

Université Aix-Marseille

Faculté des sciences médicales et paramédicales

Ecole des sciences de la réadaptation

Formation d'Ergothérapie



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

DEYDIER Claire

UE 6.5 S6 : Mémoire d'initiation à la
recherche

22 mai 2023

L'activité signifiante en rééducation : facteur de bien-être des
personnes déficientes visuelles

Sous la direction de Julien PAVE, directeur de mémoire

Et Estelle HARINCK, référente professionnelle

Diplôme d'Etat d'Ergothérapie

Remerciements

Et voilà nous y sommes, ce mémoire d'initiation signe la fin de trois années de travail et d'apprentissage.

Je souhaite remercier monsieur Julien Pavé, mon directeur de mémoire, pour son soutien, ses conseils, sa disponibilité, ses régulations sans limites, et son accompagnement sans failles tout au long de l'élaboration de ce mémoire. Merci aussi pour tout le soutien apporté durant les trois années à l'école de formation.

Merci à Estelle Harinck, ma référente professionnelle, pour son accompagnement et ses précieux conseils, qui m'ont permis d'arriver à la fin de ce travail.

Je souhaite également remercier tous les ergothérapeutes ayant pris du temps pour répondre tout au long de cette étude.

Une attention particulière sera portée à mes deux tutrices de stage, qui m'ont permis de prendre confiance en moi et m'ont soutenue dans cette dernière phase.

Pour continuer, un remerciement général sera apporté aux différentes formatrices de l'école de Marseille, madame Géraldine Despres, madame Catheline Blanc et madame Anaïs Giraudier, qui nous ont apporté leur précieux soutien, leur écoute et leur bienveillance. Merci pour tout ce que vous avez fait durant ses trois années. Je remercie aussi Sihame Taguemount pour sa disponibilité et son aide durant ses trois ans.

Merci aussi à l'ensemble de la promotion, évoluant tout au long de ses trois années et qui ont pu apporter, chacune à leur façon, leurs connaissances et partages d'expériences. Une attention particulière sera portée Lisa pour son soutien et son aide, sans qui le travail de mémoire aurait été beaucoup plus compliqué.

Pour finir, je souhaite remercier ma famille, Ophélie, Coralie, Clémence et Valentin, pour le temps passé à me soutenir, à me conseiller, me supporter et me relire tout au long de ce mémoire. Je pense que sans eux, l'expérience aura été quelque peu compromise.

Merci à tous de m'avoir suivi dans cette expérience enrichissante et pleine de découvertes.

Table des matières

Introduction	1
1 Contexte.....	1
1.1 Émergence du thème et point de rupture	1
1.2 Thème	2
1.3 Résonance	4
1.3.1 Utilités sociales.....	4
1.3.2 Utilités professionnelles.....	5
1.3.3 Enjeux	6
1.4 Revue de littérature : analyse critique	6
1.4.1 Champs disciplinaires et bases de données	6
1.4.2 Mots clés et équation de recherche	7
1.5 Présentation de la revue de littérature.....	8
1.5.1 Aménagement de l'environnement.....	8
1.5.2 La déficience visuelle : les répercussions psychologiques et les sens compensatoires	10
1.6 Utilité sociale et professionnelle et problématisation	13
1.7 Enquête exploratoire	14
1.7.1 Objectifs généraux de l'enquête exploratoire	14
1.7.2 Objectifs spécifiques de l'enquête exploratoire.....	14
1.7.3 La population et les sites d'explorations	15
1.7.4 Outil de recueil de données.....	16
1.7.5 Avantage et inconvénient du questionnaire	16
1.7.6 Construction de la matrice de questionnement : les points de vigilance	16
1.7.7 Test de l'outil de recueil de données.	17
1.7.8 Les biais du questionnaire et de l'examineur.....	17
1.8 Présentation des résultats de l'enquête exploratoire	18
1.8.1 Analyse descriptive.....	18
1.8.2 Analyse des résultats.....	18

1.8.3	Discussion des résultats	21
1.9	Cadre théorico-conceptuel	23
1.9.1	Les activités signifiantes	23
1.9.2	Le bien-être	28
1.9.3	Problématisation théorique et recontextualisation	33
2	Matériel et méthode	35
2.1	Choix de la méthode de recherche	35
2.2	Site d'exploration pour la recherche	35
2.3	La population cible et les critères d'inclusion/exclusion	36
2.4	Choix argumenté de l'outil théorisé de recueil de données	36
2.4.1	Choix de l'outil théorique de recueil de données	36
2.4.2	Avantages et limites de l'entretien semi-directif	38
2.4.3	Biais de l'outil théorique de recueil de données et stratégies d'atténuation ou d'anticipation	38
2.4.4	Construction de l'outil théorisé de recueil de données	39
2.5	Déroulement de la recherche	40
2.5.1	Test de la faisabilité et de la validé du dispositif de recherche	40
2.5.2	Déroulement de l'étude	41
2.6	Choix de l'outil de traitement et analyse des données	41
3	Résultats	42
3.1	Présentation des ergothérapeutes interrogés	42
3.2	Analyse thématique	43
3.2.1	Les Activités signifiantes	43
3.2.2	Le bien-être	45
3.3	Analyse horizontale	46
3.3.1	Ergothérapeute 1 « E1 »	46
3.3.2	Ergothérapeute 2 « E2 »	48

3.3.3	Ergothérapeute 3 « E3 ».....	50
3.4	Cas clinique	52
3.5	Éléments de réponse à la question de recherche.....	53
4	Discussion.....	54
4.1	Interprétation des résultats	54
4.1.1	Interprétation selon la revue de littérature	54
4.1.2	Interprétation selon le cadre théorico-conceptuel.....	55
4.2	Critique du dispositif de recherche	56
4.3	Transférabilités professionnelles	57
4.4	Perspective de la recherche et ouverture vers une nouvelle question de recherche	58
5	Conclusion du travail de recherche.....	58
	Bibliographie	60
	Glossaire	68
	Annexes	69

Introduction

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE)(1), l'ergothérapie est une profession de santé qui est « spécialiste du rapport entre l'activité et la santé »(1). De par sa spécialité, le professionnel va mener des actions pour permettre à la personne de devenir ou redevenir indépendante dans l'ensemble de ses occupations significatives. Pour cela, l'ergothérapeute va évaluer « les conséquences des problèmes de santé physique et mentale, l'effet positif ou négatif de l'environnement physique et humain, les caractéristiques des activités réalisées par la personne et ses routines, ainsi que le degré d'autonomie de la personne »(2). De par cette évaluation, l'ergothérapeute va donc pouvoir adapter et choisir consciencieusement ses moyens d'accompagnement.

1 Contexte

1.1 Émergence du thème et point de rupture

Depuis le plus jeune âge, la population des déficients visuels attire mon attention et ma volonté de découvrir le fonctionnement de ces personnes dans leur quotidien a été grandissante. Grâce à la réalisation d'un stage en SMR (Services Médicaux et de Réadaptation) spécialisé en basse vision, j'ai pu rencontrer des typologies de personnes malvoyantes différentes, me permettant d'explorer les types de fonctionnement et les accompagnements proposés.

Dans nos études d'ergothérapie, nous apprenons à prendre en compte la personne dans sa globalité. En effet, nous nous servons de ses forces, ses ressources, mais aussi de ses habitudes et de son environnement. En SMR, l'environnement occupationnel est modifié, ce qui entraîne une nécessité d'adaptation pour chacun. Cette adaptation à l'environnement du SMR doit tout de même être transférable dans le quotidien de la personne une fois le retour à domicile.

Mon objet d'étude va s'axer sur les adultes déficients visuels innés et acquis. Le choix de cette population s'explique par le fait que les personnes ayant perdu la vue progressivement vont avoir d'autres capacités que les personnes aveugles innées, mais vont avoir plus de difficultés pour s'adapter à cette perte de vue.

Ce raisonnement m'a mené à plusieurs questionnements tels que : comment accompagner la personne à s'adapter au mieux à son environnement ? Et comment l'interaction avec celui-ci est-elle impactée ? De plus, quelles sont les répercussions de la perte de la vue ? Et comment agir en tant qu'ergothérapeute ? Ces questionnements mènent donc à la problématique professionnelle qui est : [comment l'ergothérapeute peut-il intervenir auprès des personnes déficientes visuelles pour favoriser leur interaction avec l'environnement ?](#)

1.2 Thème

À la suite de ces réflexions, le thème qui en ressort est : les approches utilisées en ergothérapie auprès des personnes adultes déficientes visuelles innées et acquises, pour favoriser l'interaction avec l'environnement.

En lien avec les éléments, plusieurs disciplines peuvent s'intéresser à cette thématique. En effet, la médecine est une discipline qui s'intéresse au fonctionnement du corps humain et des phénomènes qui s'y produisent. Plus précisément dans la médecine, la neurologie est une discipline intéressante. De nombreuses recherches ont été menées auprès de cette population, permettant de comprendre le fonctionnement et l'évolution des aires cérébrales au cours du temps. Dans l'ouvrage de Robert P-Y.(3), il est montré que les connexions de l'aire visuelle diminuent avec le temps, mais sont compensées par les autres modalités sensorielles, telles que l'audition. Il y a aussi les sciences de la rééducation et de la réadaptation, qui sont utiles pour connaître les rééducations proposées aux personnes déficientes visuelles, ce qui peut donner des pistes d'accompagnement. Pour finir, la psychologie est intéressante pour connaître les répercussions de la perte de vue sur la personne.

L'explication terminologique est essentielle pour comprendre les termes principaux de ce mémoire et de valoriser la compréhension de l'objet d'étude.

- **Déficience visuelle et cécité**

En médecine, la *déficience visuelle* désigne « les troubles liés à la fonction visuelle, qui persistent après traitements »(4). Elle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)(2) comme étant « le stade final d'une atteinte visuelle lorsque les différents traitements sont épuisés ».

En France, la cécité légale est définie par « une acuité visuelle corrigée inférieure à 1/20 pour les deux yeux »(6). Pour définir la déficience visuelle, l'OMS(4) la classifie en fonction de l'acuité visuelle, mais aussi en fonction du champ visuel perçu par la personne. Les typologies de personnes atteintes sont : les *personnes aveugles*, en cécité, avec une acuité visuelle inférieure ou égale à 1/20 ; les *malvoyants*, avec une acuité visuelle comprise entre 4/10 et 1/10.

L'acuité visuelle est définie en médecine comme étant « l'angle qui mesure la faculté de l'œil à distinguer deux points rapprochés le plus possible l'un de l'autre »(7).

Pour ce qui est du *champ visuel*, il est défini dans le domaine médical comme étant « la proportion d'espace qu'embrasse l'œil »(8). En effet, il s'agit de l'espace perçu par l'œil quand il regarde droit devant lui, correspondant à 90° pour chaque œil(9).

Dans la discipline médicale, *la cécité* est définie comme étant un « état d'une personne qui est privée de la vision »(10). Cependant, la cécité ne signifie pas ne plus rien voir : la cécité complète est rare et beaucoup de personnes conservent une certaine vision résiduelle(5). Les causes de déficiences visuelles innées sont d'ordre prénatal (infections, malformations...) ou périnatal (brûlure de la rétine dans les couveuses, atteintes hypoxiques ischémiques). Pour les causes de déficiences acquises, elles sont multiples : maladie touchant l'organe de l'œil, maladie touchant les nerfs ou encore traumatiques.

- **L'environnement**

L'environnement, dans la littérature française, est défini comme étant « l'ensemble des choses qui se trouvent aux environs, autour de quelque chose »(11). Selon l'OMS(12), la santé environnementale comprend les aspects de la santé en incluant la qualité de vie et est déterminée par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement. En effet, tous ces aspects jouent un rôle sur la santé de la population actuelle et future. Selon l'ANFE(13), en ergothérapie, l'environnement est défini selon quatre catégories : humain, matériel/physique, social et culturel. *L'environnement humain* va prendre en compte l'ensemble de l'entourage, comme la famille, les ami(e)s ou les collègues. Pour *l'environnement matériel*, cela va plutôt concerner les équipements, tels qu'une maison, une voiture, une télévision, etc. Il va interagir avec l'Être humain tout au long de sa vie et va avoir une incidence sur les occupations du quotidien. *L'environnement social*, lui, comprend les conditions de vie et de travail, des études, de revenus et de la communauté dont la personne fait partie. Pour finir, *l'environnement culturel* comprend les croyances et les religions auxquelles aspire la personne et qui vont avoir une place plus ou moins importante sur les occupations de la personne.

L'environnement va donc avoir un impact sur les occupations de la personne, qu'il soit facilitateur ou obstacle. En effet, les occupations peuvent être facilitées par certains facteurs de l'environnement. Cependant, suite à une modification des capacités de la personne, cela peut devenir un obstacle(13).

1.3 Résonance

La déficience visuelle apparaît dans la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies), ainsi que dans le CIH (Classification Internationale du Handicap)(14). Ce handicap est donc fréquent et répandu au niveau international.

Selon l'Organisation des Nations Unies(15), en 2020 dans le monde, 650 millions de personnes ont un handicap, dont 253 millions des personnes avec des déficiences visuelles, répartie en 36 millions en cécité absolue et 217 millions en déficience modérée ou sévère. La cécité représente donc 33,4 % de la population mondiale en situation de handicap.

En France, selon l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques)(16) en 2020, environ 1,7 million de personnes sont déficients visuels, dont 207 000 aveugles ou déficients profonds. La déficience visuelle représente donc 1,7 million de personnes sur 12 millions de personnes ayant un handicap ; ce qui représente 14 % des personnes en situation de handicap(17). La déficience visuelle est donc un handicap fortement répandu en France et dans le monde.

1.3.1 Utilités sociales

La déficience visuelle entraîne des répercussions sur l'ensemble de la sphère quotidienne.

- Répercussion sociale, professionnelle et familiale

Une étude sur les déplacements des personnes déficientes visuelles entre 1998 et 1999 à Lyon(18) indique que la déficience visuelle diminue la performance dans la vie professionnelle, familiale et sociale. Dans cette étude la population étudiée rencontre des difficultés dans leurs déplacements (58 % à l'extérieur, 15 % ont besoin d'accompagnement), limitant ainsi l'autonomie et entraînant un isolement social.

Concernant l'activité professionnelle, en France, une étude réalisée par Ipsos(19) en 2014, montre que seuls 50 % des personnes déficientes visuelles ont un emploi. Cela s'explique par un niveau d'études inférieur à la moyenne, un manque d'accessibilité ou encore un handicap qui fait « peur » aux employeurs. Cela participe à la perte d'autonomie et à la limitation de participation.

Pour finir, l'ARRADV(20) par diverses enquêtes a pu étudier les répercussions de la déficience visuelle sur les activités. Il en est ressorti que les activités du quotidien n'étaient plus réalisables par la personne, à cause de trois facteurs : la déficience visuelle, la personne dans sa globalité (vision du handicap) ainsi que l'environnement physique (luminosité, contrastes).

- Législation

La considération des personnes déficientes visuelles en termes d'accessibilité à la voirie et aux transports a vu le jour seulement à partir de la loi du 11 février 2005(21). En prônant l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, cela a permis de répondre à une certaine partie de leur demande. Cependant, malgré l'instauration de la réglementation française, il est important de souligner que des difficultés persistent, entraînant une limitation d'autonomie dans leurs déplacements(22).

De plus, une autre difficulté persiste : l'accessibilité aux nouvelles technologies pour les personnes déficientes visuelles. La loi de 2005, volet sur « accessibilité numérique pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »(23) prône cette égalité, mais elle est encore insuffisante. En agissant et réalisant de nombreuses enquêtes, la Fédération Française des Aveugles de France(23) a pu étudier l'accessibilité des sites administratifs français : seuls 3 sites de l'institution publique sur 72 seraient réellement navigables pour les personnes déficientes visuelles. On comprend donc que l'égalité des droits et des chances est encore à développer et améliorer, permettant ainsi un grain d'autonomie et de participation des personnes déficientes visuelles dans leur quotidien.

- Répercussion psychologique

L'annonce du diagnostic visuel entraîne des réponses variées chez les sujets et leur entourage. Dans l'ouvrage de Robert P-Y(3), il indique qu'une fois que le développement cognitif et psychoaffectif est développé chez la personne (au-delà de trois ans), l'annonce a des répercussions. Au plus l'annonce est jeune, plus les traumatismes vont être importants. De plus, un article de Dellabe O.(24) a montré que l'annonce d'une pathologie oculaire était un vrai choc psychologique, peu importe l'âge. Selon les psychologues Demartin S. et Demoustier S.(25), l'annonce représente un réel bouleversement identitaire. La réaction est un mécanisme de défense du patient permettant de limiter ses angoisses. Il ne faut donc pas les limiter ou les contrer, de manière à ce que la personne puisse entreprendre un travail d'évolution.

1.3.2 Utilités professionnelles

Les données précédentes nous montrent que, malgré de nombreuses actions, l'inclusion des personnes déficientes visuelles est encore à développer. Par conséquent, l'ergothérapeute peut avoir différents rôles : intervention auprès de l'État pour l'aide à l'aménagement de la voirie ; accompagnement des personnes déficientes visuelles dans leur retour à l'autonomie et l'indépendance, aussi bien professionnelle, que sociale et familiale.

1.3.3 Enjeux

Au regard de l'ensemble des documents cités au-dessus, plusieurs enjeux font surface. En effet, les enjeux sont :

- Social, par la recherche d'une égalité des chances sur le plan de l'accessibilité en général ;
- Santé publique, par la présence d'une répercussion psychologique importante peu prise en compte dans la déficience visuelle. L'accompagnement de l'aspect psychologique permettrait une meilleure acceptation du handicap et ainsi une volonté d'autonomie ;
- Économique, par des aménagements de la voirie cohérents avec les besoins de ces personnes.

Ce thème est donc socialement vif, par la présence d'un ensemble d'éléments permettant l'inclusion et prônant l'autonomie des personnes déficientes visuelles.

Cette résonance nécessite une analyse documentaire, afin d'approfondir la thématique.

1.4 Revue de littérature : analyse critique

Cette partie va être consacrée à la présentation des étapes de recherche : choix des champs disciplinaires, l'équation de recherche ainsi que la sélection des articles.

1.4.1 Champs disciplinaires et bases de données

- En lien avec la loi de 2005(23), le champ disciplinaire de la législation et du droit permettrait d'avoir une vision sur les obligations gouvernementales.
- En lien avec les répercussions psychologiques, les champs disciplinaires de la psychologie et de la médecine seraient les plus appropriés.
- La limitation de participation relève du champ disciplinaire des sciences de l'occupation, les sciences de l'activité et les sciences sociales.

Les bases de données privilégiées seront donc : Google scholar pour recenser les études autour du sujet ; Cairn, accès sur les sciences humaines et sociales ; Em Premium, pour la santé publique ; PubMed, pour les recherches médicales. De plus, les bases de données professionnelles comme l'ANFE, la revue OT (Occupational Therapist), etc. permettront de trouver des données en lien avec la pratique ergothérapique. Pour finir, le site du gouvernement peut être utilisé, pour trouver des données relatives aux lois liées à l'accessibilité des personnes en situation de handicap.

1.4.2 Mots clés et équation de recherche

Les mots-clés de la recherche sont : déficients visuels, aveugles, malvoyants, rééducation, réadaptation, interaction, environnement et Ergothérapie*

L'astérisque permet d'effectuer une recherche avec tous les mots commençant par Ergothérapie, permettant ainsi d'offrir plusieurs résultats cohérents au sujet d'étude. Cela permet d'obtenir l'ensemble des possibilités lié au mot « ergothérapie » ou « occupational therap ».

En anglais, cela donne : person with visual impairment, blind, partially sighted person, rehabilitation OR therapy, interaction, environment, occupational therap*.

Durant les recherches, les équations de recherches ont évolué, afin de cibler au mieux les résultats, en lien avec la thématique du mémoire.

Voici l'équation de recherche en français :

(([[Déficients visuels] OU [malvoyants] OU [aveugles]] ET [[rééducation] OU [réadaptation] OU [techniques]] ET [[interaction] OU [environnement] OU [quotidien] OU [autonomie]] ET [[ergothérapie*]] SAUF [[enfants]]).

En anglais, cette équation de recherche donne :

((((visual impairment) OR (blind) OR (sighted person)) AND ((rehabilitation) OR (therapy) OR (techniques) AND ((interaction) OR (environment) OR (daily) OR (autonomy) OR (self-government)) AND ((occupational therap*)) NOT ([Childrens] OR [kids]))).

Les opérateurs booléens ont été choisis de manière à prendre en compte un maximum de caractères tout en ciblant la recherche sur la thématique. Le « ET » ou « AND » a été choisie pour mettre en lien les grands points de la thématique ci-dessus. Le « OU » ou « OR » permet de trouver des documents avec l'un ou l'autre des termes liés avec le « OU ». Le « SAUF » ou « NOT » permet de n'inclure que les résultats en lien avec la population étudiée et donc exclure les enfants.

Critères d'inclusions :

Lors de recherches, des critères d'inclusions sont utilisés et se basent sur les articles en lien avec l'ergothérapie et les autres professions qui accompagnent les personnes déficientes visuelles. Le dernier critère d'inclusion comporte les articles étudiant les adultes déficients visuels, innés ou acquis, pour étudier la différence dans leurs acquisitions.

Critères d'exclusions :

À l'inverse, les critères d'exclusion sont les articles parlant des enfants, ainsi que les articles ne concernant pas la rééducation et la vie quotidienne.

Filtres employés :

Le filtre de la recherche limite aux articles après les années 2000 jusqu'à aujourd'hui, afin de comparer la rééducation avant et après la loi de 2005, sur l'égalité des chances.

À la suite de nos recherches, nous trouverons un total de 12 résultats actuels, cohérents avec notre sujet. De ce fait, 5 articles sont issus de la littérature scientifique, 4 sont extraits de la littérature professionnelle et 3 issus de la littérature grise. De façon globale, 8 articles sont français et 4 articles sont internationaux : Nazareth, Pays-Bas, Australie et États-Unis. Ces articles permettent une comparaison des pratiques et une vision globale de la population étudiée. Le tableau des résultats des bases de données est présenté en annexe 1.

1.5 Présentation de la revue de littérature

Après lecture des sources, nous pouvons constater deux sous-thématiques apparentes : l'aménagement de l'environnement nécessaire à la suite d'une déficience visuelle ; ainsi que les répercussions psychologiques à la suite d'une perte ou d'une diminution de la vision. Le tableau de synthèse d'analyse critique de la revue de littérature est présent en annexe 2.

1.5.1 Aménagement de l'environnement

La perte de la vue entraîne la nécessité d'aménager le domicile et l'extérieur des personnes déficientes visuelles pour faciliter leur autonomie. En effet, d'après Baltenneck N(26), la personne ayant une diminution visuelle va avoir des difficultés à s'adapter à un environnement qu'elle connaissait uniquement lorsqu'elle pouvait voir.

Plusieurs études font remonter les besoins d'aménagement de l'intérieur et de l'extérieur suite à une perte ou une diminution de la vue. En effet, un rapport scientifique d'ophtalmologie de V. Granette, C. Morel — Méry(27) et le code de la construction et de l'habitation(22), mettent en évidence le besoin relevé par les personnes déficientes visuelles. Ce qui en ressort est le besoin d'adaptation et d'aménagement, basés sur la valorisation des informations visuelles, l'utilisation des sens compensatoires et la nécessité d'avoir une organisation rigoureuse dans le rangement, permettant ainsi un gain d'autonomie. De plus, le code de la construction et de l'habitation(22) met en évidence le besoin d'éclairage, car les personnes déficientes visuelles sont souvent photophobes, c'est-à-dire éblouie par la lumière.

Pour répondre à ses attentes et ses besoins, un avis technique médical peut être sollicité auprès des orthoptistes, des ophtalmologues, des orthoptistes, des ergothérapeutes et des avéjistes. De plus, une étude réalisée à Montréal et Nazareth(28) a révélé les besoins en termes d'utilisation de contrastes et de revêtement de sol spécifique. Cela permet aux personnes déficientes visuelles de repérer les éléments obstacles, faciliter une activité (prise du repas par exemple) ou stimuler les sens compensatoires. Pour finir, certaines adaptations peuvent être ajoutées dans le domicile de la personne suivant ses besoins, mais cela nécessitera une évaluation préalable avec des professionnels compétents.

Ces études sont complétées par un guide réalisé par la Confédération Française pour la Promotion Sociale des Aveugles et Amblyopes(29), présentant les besoins en aménagement extérieur. En effet, suite à la loi française du 11 septembre 2005(21), l'État a dû repenser à ses aménagements de voirie, pour prôner l'égalité des droits et des chances des personnes en situation de handicap. Dans la même dynamique de l'aménagement du logement(27), le guide des besoins des déficients visuels(29) stipule la nécessité de contraste, de couleur ou revêtement de sol variés. Cela permet ainsi la sécurisation et la facilitation des déplacements, en valorisant les informations visuelles et sensorielles nécessaires à ces personnes. Cependant, cette étude est en opposition avec ce qui est réalisé actuellement dans les villes. En effet, la Fédération des Aveugles de France(30) a réalisé une enquête auprès des adhérents de l'association sur leurs besoins. Les bénéficiaires font remonter que de plus en plus de villes modifient les aménagements en défaveur de leurs capacités. Un manque d'identification de traversée ou d'obstacles perdure, diminuant ainsi la fluidité et la sécurité des trajets de ces personnes. Afin de pallier ces difficultés, les personnes déficientes visuelles souhaiteraient l'installation de répéteurs sonores sur l'ensemble des passages piétons, encore aujourd'hui peu développés. De plus, ils souhaiteraient l'utilisation de signalisations visuelles ou sensorielles afin de faciliter la prise d'information et donc diminuer les risques et rendre plus fluides les déplacements.

Cette partie entraîne des interrogations au niveau du rôle de l'ergothérapeute dans l'aménagement de la voirie. En effet, quels seraient les accompagnements spécifiques permettant la facilitation de repérage et l'adaptation à un nouvel environnement ? De plus, est-ce qu'il est recommandé de mettre en place ces aménagements sans accompagnement par des professionnels en amont ? Pour finir, quel serait le rôle de l'ergothérapeute auprès de l'État ?

1.5.2 La déficience visuelle : les répercussions psychologiques et les sens compensatoires

➤ Répercussion psychologique

La perte de la vue peut être de nature variée et donc entraîner des répercussions différentes sur la personne. En effet, dans la littérature professionnelle, l'étude réalisée auprès de cinq patients dans un SAMSAH DV (Service d'Accompagnement médico-social pour Adultes Handicapés Déficent Visuel)(31) a permis d'expliquer les difficultés psychologiques liées à la perte de la vue. Les psychologues, réalisant une analyse clinique, expliquent ici que la perte progressive de la vue entraîne le plus de troubles psychologiques. Les auteurs mettent en avant que la perte de la vision entraîne une perte de la maîtrise de l'environnement, une perte de confiance en soi, un repli et une dévalorisation ; entraînant ainsi une remise en question existentielle de la personne. Pour pallier cela, les auteurs stipulent un besoin de travail psychologique régulier, permettant le lâcher-prise de la vue et ainsi faciliter le développement des autres sens. L'évolution des autres sens va donc permettre un rétablissement de la confiance en soi et une ouverture aux autres.

Une étude réalisée en Écosse(32) complète ce résultat. En effet, une enquête auprès de 143 participants évalue la contribution de la détresse liée à la vision. Elle montre que vingt et un participants (14,7 %) ont obtenu un score supérieur au seuil de dépression modérée, 27,3 % présentent des symptômes dépressifs légers et 8,4 % suivent un traitement par antidépresseur. Au niveau de la participation, l'enquête montre que la détresse liée à la vision entraîne une limitation de participation en raison de symptômes dépressifs omniprésents. Les auteurs stipulent donc que la mise en lumière des patients à risque de dépression sévère pourrait permettre une prise en soin précoce et spécifique. Comme cette étude est la première à mettre en évidence le postulat de l'impact unique de la détresse liée à la maladie, les auteurs pensent que les professionnels présents auprès des déficients visuels ont tous un rôle à jouer. En effet, la population des déficients visuels a été identifiée comme étant la moins impactée par la dépression. De ce fait, les médecins ont plus de difficultés à reconnaître la dépression. Les auteurs suggèrent que les professionnels de la santé oculaire et les professionnels de réadaptation puissent être d'une aide précieuse pour le recensement.

Une autre étude réalisée aux Pays-Bas(33) sur la qualité de vie de 128 patients liée à la santé vient compléter les deux études scientifiques précédentes. Cette étude quantitative montre que les personnes déficientes visuelles sont les plus impactées pour la réalisation des actes de la vie quotidienne (42 % mobilité, 9 % de soins personnels, 66 % d'activités habituelles,

47 % douleur ou inconfort, 45 % anxiété ou dépression) due à une répercussion psychologique importante. En effet, la détresse psychologique limite l'ensemble des personnes dans leurs activités de la vie quotidienne. Cela engendre donc une diminution de la qualité de vie et donc un repli sur soi.

Ces articles entraînent des questions du type : quels impacts les répercussions psychologiques peuvent-elles avoir sur la rééducation ? Peuvent-elles freiner la progression de la récupération de l'indépendance ? Ou alors, quel serait l'intérêt de réaliser un accompagnement sur le versant fonctionnel en même temps qu'une prise en soins psychologiques ? Ou est-il préférable d'attendre une stabilité psychologique avant d'entreprendre une rééducation fonctionnelle ?

➤ Les sens compensatoires

Pour présenter l'ensemble des sens compensatoires développés par les personnes déficientes visuelles, nous nous sommes appuyés sur quatre documents français(26,29,34,35).

Tout d'abord, l'étude scientifique réalisée auprès de 26 personnes se déplaçant dans la ville de Lyon(26) a mis en avant les sens compensatoires les plus utilisés chez les déficients visuels. Les auteurs montrent que l'*audition* est le sens le plus utilisé pour compenser la vue, permettant ainsi de savoir ce qui les entoure, où ils se situent et connaître leurs capacités d'agir. De plus, le guide de la CFPSAA (Confédération Française pour la promotion sociale des aveugles et amblyopes)(29) complète ce résultat, en expliquant que l'audition favorise le repère du sens de déplacement et l'orientation des personnes malvoyantes.

Par la suite, l'étude réalisée à Lyon(26) complète les résultats précédents. En effet, celui-ci met en évidence l'utilisation des *sens tactiles*. Ce sens est utilisé essentiellement dans les déplacements, afin de signifier un changement de direction ou d'obstacle au cours du trajet. Pour faciliter le repérage de ce sens tactile, l'utilisation de la canne blanche peut être préconisée, pour l'identification d'obstacle ainsi que se signaler aux autres pour augmenter leur vigilance. Dans la vie quotidienne, la main est aussi un intermédiaire sensoriel, facilitant ainsi la réalisation d'une majorité des activités de la vie quotidienne. En effet, elle permet de comprendre l'espace sur un plan, accéder aux écritures en braille et se faire une construction mentale de l'espace. Une autre étude de 2021, sur la perception tactile des propriétés spatiales des objets chez les personnes déficientes visuelles(34), vient compléter ses résultats. En effet, les auteurs expliquent que la perception haptique (le touché) est l'un des sens du traitement de l'information. Cela permet à la personne de recevoir des informations aux plus proches de la réalité et ainsi faciliter la compréhension de l'espace qui l'entoure.

Pour compléter, la psychologie cognitive s'intéresse grandement à ce sujet. En effet, une étude sur l'imagerie mentale des aveugles(35) en 2006 cherche à identifier les capacités mentales des personnes déficientes visuelles à se représenter une image qu'il ne voit pas. De ce fait, cette étude met en avant la nécessité de la *mémorisation*, qui est essentielle pour les personnes déficientes visuelles. Cela permet donc à ces personnes de développer des capacités d'adaptation et d'ancrer les repères vécus, entraînant l'adaptation à l'environnement. Comme le quotidien des personnes déficientes visuelles est totalement modifié, ce sens compensatoire est capital pour faciliter l'acheminement et le gain d'autonomie. L'étude sur la perception tactile des objets(34), vient réaffirmer que les sens du touché et de proprioception sont nécessaires à la mémorisation.

Pour finir, *le sens de masse* est détaillé par deux études(26,29) qui corroborent. Le sens de masse est défini par les participants de l'étude réalisée à Lyon(26), comme étant la capacité à ressentir la présence d'une masse plus ou moins importante ou bien la discontinuité de celui-ci. La CFPSSA(29) explique que ce sens dépend de chacun et s'affine avec le temps. Cela permet à la personne de se repérer dans son environnement et lui donne des capacités d'action. L'étude réalisée à Lyon sur les déplacements(26) a montré que ce sens est d'autant plus stimulé quand les lieux sont ouverts (place, berge), car la personne n'a aucun repère. Elle va rechercher des points de résonance pour se repérer, même si le ressenti semble complexe pour l'ensemble des participants.

Nous pouvons donc voir qu'un ensemble de sens compensatoires peut être utilisé par les personnes déficientes visuelles, leur permettant ainsi de reconnaître l'environnement qui les entoure et ainsi gagner en autonomie

Cette partie suscite des interrogations telles que : Comment peut-on accompagner les personnes déficientes visuelles à développer leurs sens compensatoires ? Quel est le rôle de l'ergothérapeute dans la stimulation sensorielle auprès des déficients visuels ? Et pour finir, au niveau de l'environnement, quels seraient les aménagements nécessaires pour stimuler les sens compensatoires et rendre la personne plus autonome dans ses déplacements ?

Pour conclure cette revue de littérature, cela mène aux questionnements généraux qui sont : que proposer aux patients comme rééducation pour faciliter l'interaction avec l'environnement ? De plus, quel est le rôle de l'ergothérapeute dans l'aménagement de l'environnement commun de la personne, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur ? Et comment travailler avec les institutions, sur l'importance d'un environnement adapté pour les personnes déficientes visuelles ?

Pour finir, beaucoup d'articles font ressortir la nécessité de développer les sens compensatoires. Alors, comment faire en tant qu'ergothérapeutes pour aider la personne à développer ses sens ?

1.6 Utilité sociale et professionnelle et problématisation

Au vu des résultats obtenus dans la revue de littérature, l'objet d'étude va maintenant se spécialiser plutôt sur les dimensions psychologiques dans la rééducation fonctionnelle en ergothérapie des personnes déficientes visuelles. En effet, il est intéressant de comprendre comment l'aspect psychologique intervient dans la rééducation fonctionnelle proposée par les ergothérapeutes. Il est aussi intéressant de voir ce que peuvent proposer les ergothérapeutes auprès de ce public.

Avec les résultats précédents, nous pouvons voir que la basse vision suscite de nombreux questionnements. La déficience visuelle suscite des interrogations sur l'aspect psychologique. D'après un ensemble d'études(31–33) vues précédemment, l'aspect psychologique occupe une place importante chez les déficients visuels et peut interférer dans la réalisation des actes de la vie quotidienne. La répercussion de la perte de la vue entraîne des modifications de comportements et peut entraver la prise en soin. Cependant, aucun écrit ne relate de la considération de cet aspect, qui peut être un obstacle à l'évolution des patients. Il serait intéressant d'étudier les possibilités de travail de collaboration entre les rééducateurs et les psychologues de l'équipe, pour proposer un accompagnement complémentaire. L'enjeu est donc de faire valoir l'accompagnement psychologique que peut proposer l'ergothérapeute en complément de celui des psychologues.

La problématisation de pratique générale est donc :

[Comment l'ergothérapeute peut-il s'intégrer dans l'accompagnement de la dimension psychologique des personnes déficientes visuelles innées et acquises pour favoriser l'interaction avec leur environnement ?](#)

Il serait intéressant de connaître l'accompagnement en équipe des personnes déficientes visuelles avec des répercussions psychologiques afin de savoir comment la cohabitation des troubles psychologiques et de la rééducation fonctionnelle s'établit. Cela entraîne donc des questionnements qui sont : comment faire pour mener, dans un même temps, un accompagnement fonctionnel et psychologique par une équipe pluridisciplinaire en centre de rééducation ? De plus, quels sont les effets de la dimension psychologique sur la récupération de l'autonomie ? Et que peut proposer l'ergothérapie, sur le versant psychologique, pour retrouver de l'autonomie ?

1.7 Enquête exploratoire

Cette partie est allouée à l'enquête exploratoire, permettant de répondre aux questionnements donnant suite à la revue de littérature.

1.7.1 Objectifs généraux de l'enquête exploratoire

Les objectifs de l'enquête découlent de la revue de littérature. En effet, dans celle-ci, nous ne trouvons aucun document parlant du rôle de l'ergothérapeute dans l'aspect psychologique des personnes déficientes visuelles. De ce fait, les objectifs généraux sont :

- Étayer la matrice théorique, en identifiant les faisabilités, par les ergothérapeutes, de la prise en soin de l'aspect psychologique ;
- Se heurter à la faisabilité ou non de la recherche, en identifiant les ergothérapeutes mettant en place une prise en soin psychologique ou non ;
- Faire l'état des lieux de la pratique sur une question où il n'y a pas d'écrits de littérature professionnelle ni de recensions d'actualité. En effet, aucun document professionnel et scientifique n'a été trouvé sur le rôle de l'ergothérapeute.

1.7.2 Objectifs spécifiques de l'enquête exploratoire

Les objectifs de cette enquête vont être variés et complémentaires. En effet, l'enquête vise à :

- Identifier les ergothérapeutes considérant la dimension psychologique dans leur pratique auprès des personnes déficientes visuelles innées et acquises ;
- Identifier l'absence de considération de la dimension psychologique par les ergothérapeutes auprès des personnes déficientes visuelles ;
- Décrire les actions mises en place par les ergothérapeutes pour accompagner la dimension psychologique des personnes déficientes visuelles ;
- Décrire les bénéfices de la considération de la dimension psychologique par les ergothérapeutes auprès de ce public ;
- Identifier les besoins des ergothérapeutes pour mettre en place l'accompagnement de la dimension psychologique dans leur pratique auprès des personnes déficientes visuelles.

Tous ses objectifs vont être étudiés au travers du questionnaire et le choix de ce classement s'explique par une volonté de vision globale puis rétrécie sur la technique ergothérapeutique.

1.7.3 La population et les sites d'explorations

La population concernée va être les ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé auprès de personnes déficientes visuelles innées et acquises adultes en France métropolitaine.

Les critères d'inclusion sont donc :

- Des ergothérapeutes ayant une expérience auprès des personnes déficientes visuelles, permettant d'avoir des connaissances sur ce public et d'avoir un retour d'expériences sur l'accompagnement.
- Des ergothérapeutes travaillant de façon régulière avec des personnes déficientes visuelles, par une nécessité de savoir si l'action menée auprès de la population a pu montrer des effets.
- Des ergothérapeutes travaillant en France métropolitaine afin d'avoir un nombre de réponses importantes. Cela permet aussi de comparer les pratiques au sein d'un même territoire.
- Des ergothérapeutes travaillant avec des personnes déficientes visuelles ayant dix-huit ans et plus. En effet, ici, nous nous intéressons à la prise en soin des personnes adultes, ce qui explique le choix de s'orienter vers les patients ayant cet âge-là.

Pour les critères d'exclusions, ils sont :

- Des ergothérapeutes travaillant avec des personnes déficientes visuelles de façon ponctuelle, qui ont donc moins de recul sur leur pratique
- Des ergothérapeutes travaillant hors France métropolitaine
- Des accompagnements de la dimension psychologique par les ergothérapies chez les enfants de moins de 18 ans.

Pour les sites d'exploration, nous allons pouvoir contacter diverses structures pour voir les différences de pratiques suivant les lieux de profession.

Nous allons donc nous orienter vers des EHPAD, par la présence d'une population âgée donc avec des pathologies visuelles acquises ; vers des SAMSAH, SAAAIS et des SESSAD pour la population jeunes déficiente visuelle innée, ainsi que vers des centres de rééducation et clinique spécialisée en basse vision afin d'étudier les structures recevant exclusivement des patients déficients visuels. Concernant les SAMSAH, SESSAD et SAAAIS, il sera nécessaire de spécifier que l'étude est uniquement centrée sur les plus de 18 ans. Pour finir, nous pourrons contacter des associations pouvant recevoir ce public.

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés

SESSAD : Service d'Éducation Spécial et de Soins à Domicile

SAAAIS : Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire

1.7.4 Outil de recueil de données

Pour réaliser cette enquête exploratoire, le questionnaire semble être l'outil le plus adapté. En effet, dans l'écrit de De Singly P.(36), le questionnaire est un outil utilisé pour connaître une pratique, les raisons objectives des actions, la compréhension d'une conduite ou encore comment les individus vivent leur propre situation. Les objectifs généraux du questionnaire peuvent être multiples. Ghiglione R. et Matalon B.(37) les ont répertoriés selon quatre thématiques.

Ici, les objectifs travaillés sont l'estimation d'une grandeur relative, en recherchant le pourcentage d'ergothérapeutes qui travaillent avec les personnes déficientes visuelles. Il y a aussi la description d'une population, en identifiant les ergothérapeutes qui ajoutent à leur pratique l'accompagnement de la dimension psychologique. Pour finir, travailler sur la vérification d'une hypothèse par l'analyse du rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement de la dimension psychologique, comme stipulé dans la revue de littérature.

1.7.5 Avantage et inconvénient du questionnaire

D'après Chabal S. et Panisse G.(38), les outils de recueil de données ont tous des avantages et des inconvénients. Pour le questionnaire, un des avantages est la rapidité de la diffusion, notamment en format électronique ; qui sera utilisé ici. De plus, par le format électronique, cela facilite un envoi en grande quantité et permet de cibler des ergothérapeutes de toute la France. L'anonymat est respecté par un rappel des droits de chacun en début de questionnaire. En complément, l'envoi par mail permet une réponse à n'importe quel moment, mais aussi la limitation des biais induits par l'enquêteur, puisqu'il est absent.

Cependant, comme tous les outils de recueil de données, il y a des inconvénients. Ici, si nous cherchions des résultats qualitatifs, l'outil ne serait pas le plus adapté. Il est important d'être vigilant au nombre de questions ouvertes et à la formulation des questions, par un risque d'abandon de la part du questionné. Pour finir, il est possible que la personne concernée ne réponde pas d'elle-même. Cela reste une limite importante quand le questionnaire est en ligne.

1.7.6 Construction de la matrice de questionnement : les points de vigilance

Dans l'ouvrage de De Singly F.(39), l'auteur stipule que la construction d'un questionnaire doit être faite de façon rigoureuse et attentive. L'auteur explique la nécessité de suivre attentivement trois étapes, permettant un questionnaire cohérent et centré sur un objet de recherche. Comme un questionnaire ne permet pas de répondre à l'ensemble des objectifs de l'étude, il est

nécessaire d'identifier les priorités de celle-ci. De plus, l'auteur rajoute la nécessité d'utiliser des termes consensuels, pour limiter les incompréhensions.

Pour finir, d'après le sociologue Lazarsfeld(40), il est nécessaire d'utiliser un grand nombre d'indicateurs, permettant une réponse la plus complète possible.

Le questionnaire transmis comporte trente-trois questions. Elles sont majoritairement semi-ouvertes, pour faciliter l'expression des répondants. Deux questions sont ouvertes afin que les ergothérapeutes puissent expliquer leur méthode et leur outil d'intervention. Le reste des questions sont à choix binaire. Un renvoi est fait lorsque la personne qui répond ne met pas en place une approche psychologique dans sa pratique. Un arrêt du questionnaire est présent sur deux questions : si le répondant n'est pas ergothérapeute et s'il travaille uniquement avec des mineurs. La matrice du questionnaire est visible à l'annexe 3. Le lien permettant de répondre au questionnaire a été transmis par mail et son temps de réponse est d'environ quinze minutes.

1.7.7 Test de l'outil de recueil de données.

En amont de l'envoi à tous les ergothérapeutes, un test a été réalisé auprès de dix ergothérapeutes rentrant dans les critères d'inclusion. Au vu des résultats, certaines questions ont été retravaillées en lien avec un biais cognitif. Certaines questions nécessitaient une reformulation, avec des termes plus appropriés pour faciliter la compréhension.

1.7.8 Les biais du questionnaire et de l'examineur

Dans chaque outil méthodologique, des biais peuvent être insérés par l'examineur. La CMVRH (Centre Ministériel de Valorisation des Ressources Humaines)(41) a répertorié l'ensemble des biais existant en recherche. Ici, les biais possibles sont :

-Les biais méthodologiques liés à une erreur de méthode. Pour limiter ce biais, il faut bien établir les objectifs et déterminer en amont les lieux de recherche du public ;

-Les biais cognitifs en incluant des termes non compris par le public ainsi que des consignes trop complexes. Pour limiter ce biais, il est nécessaire de réaliser un test en amont et proposer une définition des termes pour un consensus ;

-Les biais de désirabilité sociale, en n'indiquant pas que celui-ci est anonyme. En effet, en amont de l'interrogation, il faut rendre clair cet aspect afin de respecter les répondants ;

-Les biais de subjectivité en suggérant les réponses aux répondants. Pour cela, il est intéressant d'utiliser des questions semi-ouvertes, afin que les personnes puissent compléter leurs réponses ;

-*Les biais de sélection*, en ne ciblant pas correctement la population. C'est pourquoi une première partie est construite afin de savoir si les répondants rentrent dans les critères de l'étude.

1.8 Présentation des résultats de l'enquête exploratoire

Le questionnaire transmis par mails a permis de récolter 40 réponses, mais seule 38 sont exploitables. En effet, une personne n'est pas ergothérapeute et une autre personne n'effectue pas de suivi dans son intervention.

1.8.1 Analyse descriptive.

Les ergothérapeutes répondant travaillent sur une ou plusieurs structures, dont le total est de 46. Ils se répartissent comme suit : une majorité travaillent dans des centres de Soins de Suite et de Réadaptation basse vision (9/46 réponses) ; des SAAAIS (8/46 réponses) et des SESSAD (6/46). D'autres ergothérapeutes ont répondu et travaillent dans diverses structures, étant moins représentées ; présentées en annexe 4.

Concernant l'accompagnement, sur les 38 réponses, seules 21 ergothérapeutes travaillent avec des personnes majeures. Par conséquent, seules ces réponses seront analysées.

Concernant le temps de travail, la majorité des ergothérapeutes (14/21) travaillent entre 76 et 100 % de leur temps avec des personnes déficientes visuelles. Les autres temps de travail seront visibles en annexe 4.

1.8.2 Analyse des résultats

L'ensemble des questions permettent d'analyser la pratique de l'ergothérapeute par rapport à la dimension psychologique. Certaines questions peuvent s'entrecroiser et apporter des éléments d'analyse intéressants.

Chaque résultat permet de répondre aux objectifs spécifiques établis en amont du questionnaire.

➤ *L'importance de la prise en compte de la dimension psychologique par les ergothérapeutes et leurs bénéfiques dans la pratique*

Seules 5 ergothérapeutes sur 21 expriment être intéressantes de réaliser une approche de la dimension psychologique en ergothérapie et de la mettre en place. 6 autres trouvent cela intéressant, mais ne le mettent pas en place et 2 autres expriment que cela n'est pas la place de l'ergothérapeute.

En permettant aux ergothérapeutes de s'exprimer à travers la réponse « autres », 10 ergothérapeutes ont laissé un commentaire : 7 ergothérapeutes sur 10 expliquent que la part

psychologique est toujours prise en compte dans le milieu médical et que cela est nécessaire pour accompagner au mieux les patients. Dans les mêmes commentaires, 6 ergothérapeutes sur 10 expliquent que les psychologues ont des connaissances plus adaptées.

Dans l'enquête, seules 2 ergothérapeutes réalisent un accompagnement spécifique de la dimension psychologique, mais celle-ci devrait être complétée par d'autres professionnels plus qualifiés. Pour finir, l'un des deux ergothérapeutes exprime que l'accompagnement psychologique apporte une plus-value à la pratique, permettant une meilleure compréhension et acceptation du patient sur les compensations mises en place.

Tous ses résultats entraînent des questionnements. En effet, comment savoir si la dimension psychologique n'interfère pas dans la rééducation en ergothérapie? Et comment l'ergothérapeute pourrait-elle inclure le travail réalisé avec la psychologue dans ses séances?

Nous allons voir maintenant quelles sont les actions mises en place par les ergothérapeutes, pour travailler l'aspect psychologique.

À retenir : seules 5 ergothérapeutes sur 21 réalisent un suivi psychologique. La prise en compte de la dimension psychologique est importante pour 7 ergothérapeutes sur 10, qui expliquent que cela permet d'accompagner au mieux le patient dans ses soins. De plus, 6 ergothérapeutes sur 10 expriment que la présence des psychologues permet un accompagnement plus spécifique et il semble intéressant de travailler en collaboration.

➤ *Activités proposées par les ergothérapeutes pour accompagner la dimension psychologique.*

Seuls 2 ergothérapeutes ont répondu réaliser un accompagnement spécifique de la dimension psychologique, mais l'une des deux répond plus tard que celui-ci est réalisé par un psychologue. Par l'analyse des résultats, nous voyons que l'ergothérapeute utilise le dialogue, l'observation des comportements et l'avis du patient lui-même. Par la possibilité de laisser un commentaire, le deuxième ergothérapeute stipule que la mise en place d'aide technique ou d'adaptation, répondant aux besoins de la personne, peut avoir un impact positif sur la dimension psychologique, permettant la réussite d'activités.

19 répondants ont répondu « non » et se sont vu rediriger vers des questions expliquant les raisons de l'absence d'accompagnement de la dimension psychologique. 7 ergothérapeutes expliquent manquer de connaissances pour la réaliser et 6 autres manquer de temps. Par la possibilité de s'exprimer, 14 ergothérapeutes ont laissé un commentaire : 6 d'entre eux ont

expliqué que l'accompagnement était primordial, car il impacte la rééducation, mais sans être spécifique à l'ergothérapie. Ses 6 ergothérapeutes mettent donc en place des temps de verbalisation, d'explications, d'écoute active et créent des compensations, permettant un regain de confiance et de réussite dans l'activité. Pour finir, 11 ergothérapeutes sur 14 expriment travailler en collaboration avec les psychologues de la structure, permettant un accompagnement plus global et complet de la personne.

Dans cette partie, de nombreuses questions surgissent. En effet, comment la dimension psychologique peut-elle impacter la rééducation ? Serait-il nécessaire de prévoir un suivi psychologique par des professionnels qualifiés, avant l'accompagnement en ergothérapie ? Pour finir, au vu des résultats précédents, comment l'activité et les mises en situation peuvent-elles agir sur la sphère psychologique ? À travers quelles activités cela peut-il être travaillé ? Et comment sont choisies les activités proposées par le thérapeute ?

Dans la prochaine partie, nous allons voir les raisons de l'absence de l'accompagnement psychologique par les ergothérapeutes ainsi que leurs besoins pour le réaliser.

À retenir : seul un ergothérapeute réalise un suivi spécifique de la dimension psychologique. Pour 2 ergothérapeutes sur 21, cela n'est pas la mission de l'ergothérapeute. L'ergothérapeute réalisant un suivi spécifique se base sur le dialogue, les observations et les besoins établis par le patient. Par l'analyse des résultats correspondant aux raisons de l'absence de cet accompagnement spécifique, nous nous rendons compte que 6 commentaires sur 14 considèrent tout de même la dimension psychologique. En effet, même si celle-ci n'est pas spécifique, la mise en place de compensation dans une activité peut avoir un impact positif sur le psychologique. Selon eux, cela entraîne la réussite de l'activité et une augmentation de la confiance en soi.

➤ *Manque de connaissances de la dimension psychologique par les ergothérapeutes et leurs besoins dans ce domaine*

Cette partie est intéressante par la diversité des résultats. Comme 19 personnes ont répondu ne pas mettre en place un accompagnement spécifique de la dimension psychologique, elles étaient renvoyées automatiquement vers d'autres questions. Comme dit précédemment, 7 ergothérapeutes sur 19 expriment manquer de connaissances dans le domaine psychologique pour accompagner correctement les patients, c'est pourquoi ils les renvoient vers les psychologues. De plus, 12 ergothérapeutes sur 19 souhaitent ajouter cette dimension dans leur pratique. Pour eux, cela permettrait de mieux comprendre les patients, les connaître, les orienter vers de nouvelles

activités, enrichir leur pratique et compléter leur approche. Les 7 autres ne souhaitent pas l'ajouter, leur permettant ainsi de se centrer sur des objectifs plus spécifiques. Ils ne veulent pas non plus empiéter sur le travail des psychologues et le partage en pluridisciplinarité leur semble suffisant.

Pour finir, les ergothérapeutes expriment différents besoins pour mettre en place cet accompagnement de la dimension psychologique. Les 12 ergothérapeutes auraient besoin de formations complémentaires, 11 auraient besoin d'idées d'outils et 6 d'un accompagnement par des professionnels.

Cette partie est riche en information et suscite différents questionnements. En effet, comment l'ergothérapeute peut-elle s'inscrire dans l'accompagnement de la dimension psychologique sans empiéter sur le travail de la psychologue ? Et de ce fait, comment ses deux professions pourraient-elles coopérer ? De plus, quels sont les besoins réels des personnes déficientes visuelles en termes d'accompagnement psychologique ?

À retenir : Un manque de connaissances en psychologie est relevé par 7 ergothérapeutes sur les 19 ayant répondu ne pas avoir un accompagnement spécifique de la dimension psychologique. De ce fait, 11 ergothérapeutes sur 19 renvoient les patients vers des psychologues. La coopération avec les psychologues est donc très sollicitée ici. Tout de même, 12 ergothérapeutes sur les 19 souhaitent l'ajouter à leur pratique. Cela s'explique par la volonté d'être global dans l'accompagnement ; permettre de mieux accompagner la personne et de répondre de façon plus précise à ses besoins. Pour cela, les 12 ergothérapeutes auraient besoin de formations, 11 auraient besoin d'idées d'outils et 6 auraient besoin d'un accompagnement par des professionnels qualifiés. En outre, 7 ergothérapeutes sur 19 ne souhaitent pas l'ajouter dans leur pratique, pour ne pas empiéter sur le travail du psychologue.

1.8.3 Discussion des résultats

Par cette analyse de résultats, nous pouvons voir que la dimension psychologique est un élément important que les ergothérapeutes peuvent soulever. En effet, même si cela n'est pas le rôle défini à l'ergothérapeute, nous voyons que 13 ergothérapeutes le réalisent. La dimension psychologique est incluse dans la réalisation des activités quotidiennes et la mise en place de compensations. Les ergothérapeutes expliquent que les compensations peuvent redonner le pouvoir d'agir dans des activités auparavant infaisables et donc agir positivement sur le domaine psychologique. Les ergothérapeutes savent aussi s'appuyer sur les psychologues, qui ont des connaissances plus spécifiques, permettant ainsi un meilleur accompagnement.

La partie des résultats concernant les activités proposées par les ergothérapeutes réalisant un accompagnement psychologique semble peut étoffer. Cependant, en ayant récolté les raisons de cette absence, nous pouvons voir que 6 autres ergothérapeutes prennent en compte cette dimension psychologique dans leur séance.

Il est tout de même important de voir que la question n'a sûrement pas été comprise correctement par les participants. En effet, le questionnaire établi cherche à savoir comment l'ergothérapeute peut s'inscrire dans un accompagnement pluridisciplinaire de la dimension psychologique des personnes déficientes visuelles. Cependant, ces questions ont pu porter à confusion, en pensant que l'accompagnement psychologique était uniquement fait par les ergothérapeutes. Ici, un biais de sélection et de désirabilité sociale a été introduit, ce qui a donc entraîné une mauvaise formulation de la question et une compréhension erronée. De plus, un manque de distanciation par rapport au sujet, a induit des questions trop sélectives et non orientées sur la pratique ergothérapique. Ces questions sont l'œuvre d'une élaboration psychique d'un regard personnel, induisant ainsi des biais affectifs. Les résultats de l'enquête sont donc à prendre avec parcimonie. L'objet de recherche serait à compléter par une autre enquête plus orientée sur le rôle de l'ergothérapeute dans l'identification de troubles psychologiques liés aux handicaps visuels.

En mettant en lien l'enquête et les résultats de la revue de littérature, nous pouvons voir que cette enquête complète les résultats. En effet, l'étude réalisée en Écosse(32) mettant en avant que les professionnels présents au plus proche des déficients visuels avaient tous leur rôle à jouer sur le dépistage des troubles psychologiques. Cependant, aucune donnée ne présentait le professionnel éligible à cela. Par l'enquête, nous pouvons voir que les ergothérapeutes peuvent accompagner les personnes déficientes visuelles dans ce processus psychologique, mais nous ne savons pas s'ils ont leur rôle dans l'identification des troubles. De plus, cela met en avant que ce n'est pas le rôle principal de l'ergothérapeute et que les psychologues ont plus de compétence. Cette étude serait intéressante à compléter auprès des ergothérapeutes et des autres professionnels. L'objectif de cette enquête serait de savoir si les ergothérapeutes se projeteraient dans cette détection de troubles et ce qu'en penseraient les autres professionnels.

En lien avec les résultats obtenus lors de l'enquête, plusieurs domaines de questionnement surviennent. En effet, comment l'ergothérapeute peut s'inscrire dans l'accompagnement psychologique de la personne déficiente visuelle, sans empiéter sur le travail du psychologue ? De plus, que peut proposer l'ergothérapeute pour travailler cette dimension ? Nous avons pu voir que les activités signifiantes étaient utilisées comme moyen dans la rééducation pour

travailler la dimension psychologique. Mais alors, par quel processus l'activité peut-elle participer au travail de la dimension psychologique ? Comment les activités sont-elles choisies ? Et à qu'elle phase de l'accompagnement, l'activité signifiante est-elle la plus utile ? Pour finir, est-ce que cette activité peut être un facteur facilitant le bien-être ?

Afin de remettre en lien la recherche à la pratique ergothérapique, il semble pertinent de comprendre le rôle de l'activité sur la dimension psychologique des patients. Les thérapeutes semblent mettre en avant un lien entre l'activité signifiante et le bien-être. Cela est donc intéressant à étudier pour comprendre ce phénomène et le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement de la dimension psychologique.

1.9 Cadre théorico-conceptuel

En lien avec les questionnements précédents et l'explication, la recherche s'intéressera à deux thématiques : les activités signifiantes et le bien-être. De ce fait, une question initiale de recherche en ressort, qui est :

Comment les activités signifiantes des personnes déficientes visuelles peuvent-elles influencer leur bien-être psychologique ?

Face à ce questionnement, deux concepts en ressortent : les activités signifiantes, que nous allons pouvoir développer au travers des sciences de l'occupation et de l'activité ; ainsi que le concept de bien-être psychologique, détaillé par les champs disciplinaires de la psychologie, la sociologie et les sciences de l'occupation. La matrice conceptuelle reprendra l'ensemble des éléments abordés en annexe 5.

1.9.1 Les activités signifiantes

Il est vrai que les termes « activité » et « occupation » sont souvent utilisés de manière interchangeable dans la littérature en rééducation et en santé. Cependant, il existe une différence sémantique entre ces deux termes, qui peut être éclaircie en se référant aux champs disciplinaires des sciences de l'occupation et de l'activité.

➤ Définition d'occupation et d'activité

Dans l'ouvrage de Meyer S.(42) de 2013, le groupe de recherche ENOTHE(43) a défini l'occupation, comme étant « un groupe d'activités, culturellement dénommées, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation à la société. Les occupations peuvent être classées en soins personnels, productivité ou loisir »(42). De plus,

dans l'ouvrage de Mayer S.(44), il est stipulé que l'occupation, pour se réaliser, doit être faite dans le cadre et l'environnement habituel de la personne.

Le groupe ENOTHE a aussi défini le terme « activité ». De ce fait, ils le définissent comme « une suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations »(42). Deux types d'activités existent : les activités signifiantes et significatives.

D'après l'article de Djaoui E.(45), s'appuyant sur des données en psychologie, le « signifiant » correspond à l'aspect psychoaffectif, rendant la personne singulière et unique. En sciences de l'occupation, elle est définie comme étant « des occupations qui sont porteuses de sens pour une personne, source de bien-être et cohérente avec ses valeurs »(46). Elles ont une « valeur socioculturelle et un sens personnel, permettant un support de participation au sein de la société »(46). Dans un même temps, Kielhofner développe le concept de « significatif », étant « une activité ayant du sens pour l'environnement de la personne »(45) répondant aux attentes de la vie en société. De ce fait, nous pouvons voir que dans le cadre d'une rééducation, les deux activités peuvent s'inscrire selon les besoins de la personne, permettant ainsi l'adhésion et l'engagement de celle-ci.

Au regard de ses deux définitions, il semble plus cohérent de parler « d'activités signifiantes » plutôt que « d'occupations » dues à l'absence des éléments cités précédemment. L'ergothérapeute en rééducation, va donc tendre vers des activités pouvant, par la suite, être transférables dans les occupations de la personne, lors de son retour à domicile.

➤ *Modèles conceptuels utilisés en ergothérapie*

Deux modèles créés en ergothérapie, portent une attention particulière aux activités signifiantes. En effet, le Modèle de l'Occupation Humaine et le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel ont pour objectif de déterminer les activités signifiantes pour la personne, comme base de travail. Ici, nous allons développer chaque modèle, en utilisant principalement l'ouvrage de Morel-Bracq M. J.(47).

- **Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)**

Le MOH est un modèle « Top down » ou « descendant » créé au Canada en 1980 par Kielhofner G. Il vise à étudier l'interaction entre la personne (l'Être), ses motivations, ses habitudes de vie (l'Agir) et son environnement, permettant la mise en place d'occupations (le Devenir)(48). C'est un modèle centré sur la personne, où l'on se base sur les choix et expériences du patient.

- **L'Être** contient la volition, défini comme étant « la motivation d'une personne à agir sur l'environnement »(49). Il s'agit d'un processus permettant l'engagement dans une activité. Pour atteindre la volition, la personne doit passer par de nombreuses étapes, permettant par la suite l'anticipation et le choix de futures expériences. Au cours de ses étapes, la personne fait intervenir ses valeurs, ses centres d'intérêt et développe ses capacités d'adaptations.
- **L'Agir**, permet la réalisation d'une action. Trois niveaux sont visibles :
 - *La participation occupationnelle*, étant l'engagement effectif dans l'ensemble des activités
 - *La performance occupationnelle*, permettant la réalisation des tâches soutenant la participation
 - *Les habiletés*, représentant les actions observables, afin d'atteindre un but précis.
- **Le Devenir** représentant les conséquences de l'Agir. Par l'ensemble des expériences vécues, la personne acquiert une identité occupationnelle, étant « ce que la personne est et souhaite devenir »(49). Elle acquiert aussi une compétence occupationnelle à maintenir des occupations. Ces deux acquis permettront à la personne de s'adapter à de futures activités.

Comme vu précédemment et développé dans l'œuvre de Morel-Bracq M-C.(49), l'environnement est pris en compte dans ce modèle. Il offre alors à la personne des ressources, des opportunités, des exigences et des contraintes d'action, influençant ainsi sa participation. Il comprend l'aspect physique (objets, espaces physiques) et social (humain et socioculturel).

Pour conclure, le MOH est un modèle centré sur l'interaction des éléments personnels de la personne avec l'environnement, permettant ainsi la réalisation d'une activité.

- **Le modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO)**

Le MCREO, créé par l'association canadienne des ergothérapeutes, est un modèle propre à l'ergothérapie. Il a pour objectif principal d'évaluer la perception du patient à l'égard de son rendement occupationnel(48).

Le rendement occupationnel est défini comme « la capacité d'une personne à choisir et effectuer des occupations significatives, qui lui procurent des satisfactions, qui ont une signification culturelle et qui lui permettent de s'occuper d'elle-même, de se divertir et de contribuer à l'édifice social et économique de la collectivité »(50).

Dans ce modèle, trois éléments sont interdépendants, permettant le bon fonctionnement de la personne :

- **La personne**, définie selon son aspect *physique* (fonctions sensorielles, motrices et sensorimotrices), *cognitif* (fonctions cognitives et intellectuelles), *affectif* (fonctions sociales et affectives) et *spirituel* (propres croyances, souhaits, valeurs, intérêts définissant son identité)
- **L'environnement**, portant attention sur *l'aspect culturel* (caractéristique commune à un groupe d'individus), *physique* (groupe de personnes), *institutionnel* (institutions, pratiques sociales et politiques) et *social* (communauté avec ses attitudes, croyances, regroupement social)
- **L'occupation**, comportant trois catégories : les *soins personnels* (l'hygiène, la mobilité fonctionnelle et la vie communautaire), *la productivité* (épanouissement social et économique) et les *loisirs* (les divertissements sociaux, sédentaires et activités actives). Chacune de ses catégories peut porter un sens à la personne et donc être signifiante.

Au regard de ses composants liés au rendement occupationnel, ce modèle va permettre à la personne d'évaluer sa satisfaction dans cinq domaines d'activités. Cette identification peut ainsi initier la volonté de reprendre une activité signifiante au préalable délaissée.

Dans ce modèle la théorie du flow est abordée.

Cette théorie psychologique a été définie par Csikszentmihalyi M., qui cherche à comprendre les émotions ressenties dans des activités. Au travers de ses activités, le flow a pu être défini comme étant « un état mental trouvé lorsqu'une personne est complètement plongée dans une activité »(51). Csikszentmihalyi M. stipule qu'en psychologie cognitive, cela veut dire « que la personne est dans un état de concentration maximale, de plein engagement et de satisfaction dans son accomplissement »(51). Pour compléter, d'après l'ouvrage de Morel-Bracq M.J.(52), Csikszentmihalyi explique que l'engagement dans l'activité, permet une amélioration des fonctionnements du cerveau et de l'état de conscience de la personne.

Pour atteindre cet état de flow, le psychologue identifie huit composantes majeures(52,53) :

- Une confrontation à une tâche que nous avons des chances de réussir et une perception d'un équilibre entre ses compétences personnelles et le défi à relever
- Une polarisation de l'attention sur l'action en cours
- La concentration est possible, car les objectifs sont clairs
- Des feed-backs clairs
- Investissement important, mais sans effort dans l'action. Cela éloigne la conscience des tracas et frustrations de la vie quotidienne.
- Des sensations de contrôle sur les actions réalisées et sur l'environnement,

- Absence de souci d'être (conscience de soi) qui paradoxalement émerge plus fort après. L'absence de stress, d'anxiété et d'ennui ainsi que la perception d'émotions positives,
- Altération du sens du temps (allongé ou diminué).

En effet, ces indicateurs permettent à la personne de se plonger entièrement dans l'activité. Csikszentmihalyi M. explique que pour cela, il est nécessaire d'avoir des activités ayant des compétences et des exigences « juste au-dessus des capacités de la personne »(54).

L'auteur définit alors trois niveaux de difficultés liés aux savoir-faire : la découverte/initiation, l'amateur et le professionnel. Ces niveaux permettent ainsi de proposer des activités en cohérence.

Pour faire valoir cet état de « flow », il est important que la personne établisse elle-même ses objectifs selon l'évaluation de ses possibilités d'action. Il définit donc deux types de personnalité : les personnalités autotéliques, sensibles aux expériences de flux dont toutes les expériences l'enrichissent intérieurement ; les personnalités exotéliques, dont l'état de flow est fortement impacté par les raisons externes et l'environnement.

Pour finir, le psychologue rajoute qu'il est important que la personne puisse se dégager des contraintes exercées par la société, pour pouvoir être authentique et s'accomplir. Par cela, l'état de flow sera plus facilement atteignable, permettant ainsi un développement des compétences personnelles, une estime de soi et une structuration de l'identité.

Par ce postulat, nous pouvons voir que l'activité ayant du sens pour la personne, avec un défi suffisamment intense, permet une totale immersion dans l'activité, entraînant ainsi une augmentation des compétences de la personne.

Pour conclure, le MCREO montre que les activités significantes doivent être choisies par la personne, afin de permettre une adhésion totale au soin et donc une implication dans celui-ci. De plus, par la théorie du flow, l'activité a la capacité de rendre des compétences à la personne. En effet, l'activité significative est plaisante pour la personne et peut permettre de développer et d'améliorer des capacités.

➤ *Activités significantes comme moyen thérapeutique en ergothérapie*

Au fil du temps, il est notable que les activités ayant du sens pour la personne soient mises un peu en retrait, dû à un manque de temps, de moyens ou encore d'envie.

L'utilisation de l'activité signifiante en ergothérapie est donc de pouvoir redonner sens à une activité et rendre de l'autonomie à la personne. Dans l'article de Boyer C.(55) il stipule que si, l'activité est bien choisie, en partenariat avec la personne, cela permettra un changement interne et externe. Si le changement porte sur l'environnement ou sur l'utilisation de l'activité, alors un changement extérieur sera visible. D'autres axes permettent un changement interne (modifier la façon de voir l'activité ou d'en découvrir d'autres) et psychique.

En ergothérapie, permettre à la personne en situation de handicap de réaliser une activité signifiante dans son environnement peut avoir des effets thérapeutiques et améliorer la vie quotidienne, le bien-être et la qualité de vie de cette personne et de son entourage(56).

Dans le modèle du MOH, nous avons pu voir que la personne est un être occupationnel. Par ce modèle, le but du thérapeute est d'accompagner la personne « vers un changement de structure occupationnelle, en tentant d'agir sur un ou plusieurs des facteurs identifiés grâce à l'évaluation. »(49). Cela permet à la personne de se rapprocher et de participer à une activité ayant du sens pour elle. Les évaluations se basent sur l'observation, l'auto-évaluation par la personne et des entretiens, permettant ainsi d'être centrées sur le patient et sur ses activités significatives. Comme l'outil vise l'évaluation d'activités, le thérapeute est guidé pour adapter ses réponses à la problématique du patient. Cela facilite donc l'adhésion au soin et l'engagement dans l'activité(50).

Pour conclure ce concept, nous avons pu voir que dans les sciences de l'occupation, les activités signifiantes sont utilisées comme moyen d'évaluation, et comme moyen de rééducation. Ce choix d'accès sur les activités permet de mettre en avant l'être occupationnel qu'est la personne, avant son handicap. De plus, ce choix permet d'inclure davantage la personne dans sa rééducation et de lui laisser le libre choix du travail effectué. Le rôle du thérapeute est alors de guider et d'aider la personne à définir les activités étant difficiles pour elle et qui ont un sens.

Des questions ont émergé à la suite de cet apport théorique. Les modèles conceptuels sont-ils utilisés de façon systématique en rééducation ? De plus, si une personne n'identifie pas ses activités problématiques et signifiantes, peut-on faire appel à l'entourage de la personne ? Pour finir, comment l'état de flow peut-il être atteint en rééducation ?

1.9.2 Le bien-être

Lors de la revue de littérature et de l'enquête exploratoire, nous avons pu voir que le bien-être était important à prendre en compte. De ce fait, nous allons développer ce concept à travers le

champ disciplinaire de la psychologie, de la sociologie et les sciences de l'occupation et de la médecine.

➤ *Définition du bien-être*

En médecine, le bien-être est défini comme «un sentiment général d'agrément, d'épanouissement que procure la pleine satisfaction des besoins du corps et/ou de l'esprit.»(57). De plus, une définition donnée par l'OMS(58) vient compléter cette définition. L'OMS parle du bien-être au travers de la santé mentale et le définit comme étant un « état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté »(58). Ces deux définitions sont donc complémentaires et relèvent donc du champ psychologique et mental. Au vu des résultats de la recherche et comme cela relève du domaine psychologique, il est donc plus approprié de parler de « bien-être psychologique » au lieu de « bien-être ».

De ce postulat et par des recherches complémentaires(59,60), nous avons cherché à comprendre qu'elles étaient les situations procurant du bien-être psychologique. Trois grands domaines permettant de ressentir du bien-être sont identifiés(59,60).

➤ *Le bien-être physique*

Cette composante est définie comme « la capacité à participer à des activités physiques et à effectuer des fonctions sociales qui ne sont pas gênées par des limitations physiques, par le fait de subir une douleur physique et par des indicateurs biologiques de santé»(59,60). Il s'agit ici de prendre soin de son corps en passant par le sport l'alimentation ou le sommeil.

➤ *Le bien-être mental*

Celui-ci comprend trois composants :

-*La composante émotionnelle*, correspondant à la capacité de trouver un équilibre entre les émotions positives et négatives. Cependant, il est rare de trouver cet équilibre par un manque de gestion de celle-ci. Il sera donc nécessaire de travailler sur la compréhension de ses émotions, l'acceptation ainsi que l'expression. Plus les émotions sont positives, plus cela a un effet positif sur la santé et améliore la mémoire, la créativité et l'attention.

-*La composante intellectuelle*, qui est la capacité d'apprentissage et le goût du changement. Cela passe par la curiosité, l'apprentissage permanent ainsi que la stimulation du quotidien.

-*La composante spirituelle*, qui est la capacité à se connecter à ses objectifs personnels et savoir les entreprendre.

➤ *Le bien-être social*

Cette dimension du bien-être psychologique est déterminée par deux facteurs : le facteur social, en construisant un cercle de connaissances, permettant des relations saines ; et la dimension professionnelle, relevant du ressenti vis-à-vis de son emploi, de l'engagement dans cette activité. Ces deux composants influencent donc l'accomplissement, en prenant conscience de ses besoins ainsi que la prise de confiance.

Par une veille professionnelle, l'étude du modèle biopsychosocial vient appuyer les propos ci-dessus. Ce modèle créé par Libman Engel G.(61), a la volonté de représenter l'Être Humain en tenant compte de ses facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. En effet, ces facteurs « participent simultanément au maintien de la santé ou au développement de maladie »(62). De plus, il cherche à remplacer un système cherchant des causalités simples et linéaires en un système de causalités multiples et circulaires, parfois difficiles à identifier. Par des recherches réalisées par Libman Engel G. et Grinker R.(61), l'aspect psychologique, défini dans le modèle, comme étant « les processus cognitifs, émotionnels, comportementaux "normaux" relevant de l'interprétation des symptômes par le sujet »(62) a montré l'importance de la considération de l'aspect psychologique comme déterminant de la santé. Ce modèle vise à considérer que les trois catégories (social, psychologique et biologique) ont toute la même importance dans les déterminants de la santé. Par cela, le modèle se veut holistique.

Dans les diverses études, le bien-être psychologique a pu être étudié et chacun cherche à identifier ses déterminants. Au travers des recherches, nous avons pu voir que deux courants d'étude psychologique essaient d'analyser cette théorie : l'approche hédoniste et l'approche eudémoniste.

➤ **Approche hédoniste**

Selon l'approche hédoniste de Kahnemal, Diner et Schwartz(63), le bien-être psychologique est décrit comme « un plaisir, une satisfaction ou un bonheur subjectif et la recherche du bonheur sont considérés comme les principes qui motivent l'activité humaine »(63). Dans cette approche, les auteurs expliquent que la personne doit vivre beaucoup d'affects agréables et peu d'affects désagréables, pour éprouver satisfaction, plaisir et bien être.

Cette approche met en avant l'importance d'obtenir ce que l'on désire. De ce fait, peu importe par où nous passons pour y arriver, nous serons heureux et bien si nous l'atteignons.

➤ **Approche eudémoniste**

Dans le courant eudémoniste, étudié par Cowen et Waterman(64) à partir des années 1993, le bien-être psychologique n'est pas uniquement défini par le plaisir, mais étant plus complexe. Ici, le bien-être psychologique est une « réalisation de soi et un fonctionnement psychologique optimal »(64). Un ensemble de facteurs est à observer : physique, psychologique et social. Selon les auteurs, la réalisation de soi est accessible à tous, à condition que la personne « se saisisse des occasions de se développer et les voies comme des défis de la vie qu'il se sent capable d'affronter »(63). De plus, en 1998, Ryff(65) étudie le bien-être et le définit à l'aide de six principales dimensions :

« - **L'acceptation de soi**, en portant un regard positif sur soi-même et sa vie passée, tenant compte et reconnaître les aspects de soi et ses imperfections.

-**La croissance personnelle** ; en ayant un sentiment de développement continu et de réalisation de son potentiel en restant ouvert à de nouvelles expériences

-**Les buts et le sens de la vie** ; en ayant le sentiment de vivre une vie présente et passée qui a du sens, avec des buts, objectifs, raisons de vivre et une direction

-**L'autonomie** ; en se sentant indépendant, autodéterminé et capable de résister aux pressions sociales, de penser, d'agir librement, d'auto-réguler son comportement et de s'évaluer

-**La maîtrise de l'environnement** ; en ayant le sentiment de maîtrise et de compétences pour gérer l'environnement et utiliser efficacement les opportunités environnantes ;

-**Les relations positives avec les autres**, en ayant « des relations saines, agréables et florissantes, se soucier du bien-être d'autrui, être capable de donner et recevoir et faire preuve d'empathie, d'affection et d'intimité »(65)

Au final, pour Ryff, ses six principales dimensions permettent d'atteindre le bien d'être. De plus, pour elle, le but ultime de la vie n'est pas de se sentir bien, mais de mener une vie vertueuse qui convient à chacun selon son point de vue. Afin d'évaluer l'état psychologique d'une personne, Ryff a élaboré un outil de mesure, *Échelles du bien-être psychologique de Ryff*(66). Plus le score est bas, plus le risque de dépression est important. Cela a donc un intérêt permettant la mise en lumière d'un risque de dépression chez une personne.

Au vu des dimensions, définies par Ryff(66), cette approche, mais plus en avant le plaisir, la récompense et le rendement comme si cela était le moteur de l'activité humaine. Cette dernière met donc en retrait le sens même de la vie et le but en lui-même.

Ces deux approches ont tous deux des avantages et des inconvénients. Au final, les regards se distinguent, l'une prêtant attention au besoin de multiplier les aspects positifs de la vie, l'autre en multipliant les expériences plus ou moins positives ; mais celle-ci offre alors un regard intéressant sur la façon de concevoir le bien-être psychologique.

Pour chaque être humain, celui-ci va dépendre de sa façon de voir les choses, son éducation, sa perspective de vie. Pour chacun, le bien-être est différent, prenant en considération les aspects de chaque approche.

En étudiant la définition ainsi que les facteurs nécessaires pour ressentir ce bien-être psychologique, nous avons pu voir que certaines activités pouvaient avoir une influence sur le bien-être. Nous allons donc étudier le bien-être au travers des activités de la personne.

➤ *Le bien-être au travers des activités*

Comme vu précédemment, nous savons que l'activité fait partie de l'être humain. Lors d'un changement de situation de vie ou de modifications des habitudes de vie, le bien-être peut être influencé.

Une étude de De Potter J-C.(67) sur l'activité physique et sportive des personnes déficientes visuelles, a mis en avant le lien avec le bien-être. L'étude met en avant que, par la participation à des activités physiques adaptées, les personnes déficientes visuelles retrouvent des volontés de vie, des envies de reprendre d'autres activités ainsi qu'une estime d'elles.

Concernant le modèle biopsychosocial, il est stipulé une recherche de la participation active du patient. Pour cela, le thérapeute va devoir considérer que les croyances et les attentes du patient vont influencer directement ses résultats au traitement(62). Le thérapeute devra donc devoir mettre à l'épreuve les croyances du patient, afin de progressivement atteindre une adaptation. Par cette action, la modification de la relation thérapeutique permet au patient de développer un éventail de compétences relationnelles et éducatives, lui permettant ainsi d'être acteur sur sa maladie.

Pour conclure cette partie, nous pouvons voir que la participation à une activité participe au développement du bien-être psychologique de la personne. L'étude de De Potter J-C.(67) montre que les six composants définis par Ryff sont bien identifiés(66).

Pour clore ce concept, nous pouvons voir que le bien-être est essentiellement étudié dans la santé mentale et dépend de divers composants et de la personne. Ces composants ont tous leur importance et influent de façons diverses sur le bien-être. De plus, l'aspect psychologique a une importance dans le bien-être, agissant sur la participation à des activités et à la santé. C'est donc un aspect important à étudier, permettant ainsi à la personne d'être en santé et de trouver un bien-être interne.

Au vu des résultats, plusieurs questionnements ressortent. En effet, comment les activités significatives peuvent-elles influencer le bien-être ? De plus, vu que l'environnement a un impact sur le bien-être, comment faire pour trouver celui correspondant au patient ? Pour finir, lorsque la personne n'a pas la capacité de participer à des activités de relations sociales, due à un mal-être, comment favoriser celle-ci ?

1.9.3 Problématisation théorique et recontextualisation

➤ *Problématisation théorique*

Nous pouvons établir des liens entre les différents concepts développés. En effet, l'activité est définie comme un ensemble d'actions qui concourt aux occupations. De ce fait, est-ce que l'ensemble des activités réalisées par la personne lui procure une sensation de bien-être ? N'y a-t-il pas des activités qui lui sont imposées par ses rôles, impactant ainsi son bien-être ? Ensuite, deux modèles conceptuels (MOH et MCREO) mettent en avant l'activité au centre de l'intervention et de l'évaluation ; permettant ainsi le retour au goût de la vie, du bien-être et de la participation. Mais alors, est-ce que l'ensemble des activités significatives sont synonymes de bien-être ? De plus, dans le modèle de la MCREO, la théorie du flow est abordée dans les activités motivantes de la personne. Est-ce que ce flow peut avoir un impact sur le bien-être de la personne ? Et dans ce cas, comment celui-ci influe-t-il ? Dans le même sens, il est montré dans le modèle MOH, que la personne est dans un processus de modification de la structure de ses activités. Alors, est-ce que cette modification de structure peut influencer le bien-être ? Et, est-ce que par la modification du bien-être cela peut permettre l'adhésion à de nouvelles activités significatives ?

Pour continuer les questionnements, dans le bien-être deux approches sont présentées. Dans l'approche hédoniste, il est stipulé de favoriser les expériences plaisantes et éviter les expériences négatives afin de favoriser le bien-être. Mais alors, lorsque la personne est en situation de handicap, est-ce que les expériences négatives dans une activité significative habituelle peuvent nuire au retour du bien-être ? Ses expériences négatives, faites par la

personne entraînent-elles donc un repli et un mal à être ? Ou est-ce que cela permet à la personne de mettre en avant ses difficultés et donc de participer à sa reconstruction ?

Ensuite, on peut voir dans le concept de bien-être que le bien-être psychologique a un effet sur la santé et améliore la participation aux activités. Est-ce que le mal-être psychologique peut entraver la distinction des activités significatives par la personne ?

Pour finir, il est stipulé que l'environnement est l'une des dimensions du bien-être, mais en rééducation l'environnement est complètement modifié. Lors de la mise en place d'activités significatives dans l'accompagnement des personnes, est-ce que celui-ci impacte le bien-être de la personne ?

➤ *Recontextualisation*

Cette problématisation théorique et le développement des concepts apportent un nouveau regard et de nouveaux éléments sur la pratique. Reprenons les résultats concernant la mise en place d'activités significatives par les ergothérapeutes permettant à la personne de comprendre qu'elle a des capacités. Nous pouvons alors nous demander comment l'ergothérapeute accompagne le patient déficient visuel à choisir ses activités significatives, quand son état de bien-être est affecté ? Pour compléter, nous pouvons voir dans le développement de ses concepts que l'environnement influe sur le bien-être, mais aucun thérapeute n'a fait remonter cet aspect dans le questionnaire. Il serait donc intéressant de savoir comment les ergothérapeutes, dans l'institution, peuvent agir sur l'environnement, facilitant ainsi le bien-être ? La question peut aussi se poser en lien avec l'ensemble des composants nécessaires pour avoir un bien-être, défini par Ryff(66). Comment, dans l'institution, l'ergothérapeute peut-il avoir une action sur l'ensemble de ses facteurs, au travers des activités ?

Pour finir, dans le concept de l'activité significative, la théorie du flow est développée. Nous pourrions alors nous demander, est-ce que le flow est recherché dans la globalité de l'accompagnement en ergothérapie ? Comment ce flow peut-il avoir un impact pour le bien-être des personnes déficientes visuelles ? Pour finir, est-il nécessaire de vivre des expériences de flow pour acheminer vers un bien-être ?

L'apport théorique de ces deux concepts et les questionnements qui en découlent ont permis d'enrichir la question initiale de recherche. De plus, le concept d'activité aborde le sujet du bien-être. De ce fait, la question de recherche est maintenant plus centrée :

Comment les ergothérapeutes lient-ils les activités significantes et le bien-être des personnes adultes déficientes visuelles dans leur rééducation ?

De par cette question, l'objet de recherche qui en découle est : l'étude sur le lien perçu par les ergothérapeutes entre les activités significantes et le bien-être, lors de la rééducation des personnes adultes déficientes visuelles.

Afin de répondre à ce questionnement, il sera nécessaire de choisir une méthode de recherche ainsi que ses biais et la population cible.

2 Matériel et méthode

Afin de mener à bien ce travail de recherche, le choix d'un outil de recherche doit être réalisé de façon contentieuse.

2.1 Choix de la méthode de recherche

Pour rappel, la question de recherche est « Dans l'accompagnement des personnes déficientes visuelles, comment les ergothérapeutes articulent-ils les activités significantes et le bien-être de ces personnes dans la rééducation ? ». L'objectif est donc de comprendre comment les ergothérapeutes articulent les activités et le bien-être des personnes déficientes visuelles dans la rééducation. De ce fait, nous cherchons à recueillir la vision des ergothérapeutes de terrain. En conséquence, cette question oriente sur une méthode clinique. En effet, dans l'ouvrage de Eymard C.(68) de 2003, l'auteur explique que cette méthode vise l'exploration, en permettant de découvrir des savoirs et des particularités d'un groupe de personnes. La technique s'intéresse donc à la personne, à ses ressentis et son point de vue en rapport à l'objet d'étude. Elle permet de recueillir un ensemble d'informations permettant ainsi d'agrémenter les réponses à la question de recherche. Eymard C.(68), présente deux techniques : une basée sur l'agir, apparentée à la clinique de l'activité ; et une casuistique, reliée à une étude d'un cas clinique. De ce fait et au regard de ces deux techniques, il semble plus cohérent de s'orienter vers une technique casuistique pour répondre au besoin de la recherche. En effet, cela permettra d'observer la pratique des ergothérapeutes dans la perception et la mise en place ou non, du lien entre les activités significantes et le bien-être, sans pour autant la modifier.

2.2 Site d'exploration pour la recherche

La recherche sera réalisée auprès de professionnels travaillant de façon globale en rééducation. En effet, comme la question de recherche s'intéresse aux activités significantes et au bien-être durant la rééducation, il semble cohérent de viser ces établissements. En analysant les réponses

au questionnaire de l'enquête exploratoire, nous avons pu identifier différentes structures réalisant une rééducation auprès de personnes déficientes visuelles. Les structures visées seront donc, des SMR gériatriques, les SMR spécialisés déficients visuels, les SMR-hôpitaux de jour et les SAMSAH déficients visuels. Ce mémoire est centré sur les personnes adultes déficientes visuelles (à partir de 18 ans), c'est pourquoi les établissements recevant des personnes mineures ne sont pas sélectionnés ici.

2.3 La population cible et les critères d'inclusion/exclusion

Afin de mener cette étude, les populations choisies seront des ergothérapeutes travaillants ou ayant travaillé dans le domaine de la basse vision, en rééducation. Les critères d'inclusion sont donc des ergothérapeutes diplômés d'état, ayant une expérience auprès de personnes déficientes visuelles, ayant pratiqué un accompagnement en rééducation et travaillant avec des personnes adultes. De ce fait, les critères d'exclusions sont les autres professionnels, les ergothérapeutes en cours de formation initiale, les ergothérapeutes n'ayant pas travaillé auprès de personnes déficientes visuelles, n'ayant pas pratiqué un accompagnement en rééducation et travaillant avec des enfants.

Le choix de ne pas mettre en critère d'inclusion l'accompagnement en lien avec les activités significatives, qui est au centre de la thématique, s'explique par la volonté d'avoir une posture ouverte, récolter des points de vue divers et visant l'objectivité de l'ensemble des réponses. Il semble intéressant de connaître le point de vue des ergothérapeutes n'ayant pas pratiqué un accompagnement en lien avec les activités significatives, car ils peuvent tous avoir une opinion.

2.4 Choix argumenté de l'outil théorisé de recueil de données

Ici, une présentation de l'outil utilisé pour mener la recherche sera faite, en indiquant ses avantages, ses inconvénients ainsi que les biais.

2.4.1 Choix de l'outil théorique de recueil de données

Comme vu précédemment, le choix de la méthode de recherche est une méthode clinique. Dans l'ouvrage de Eymard C.(68), il est noté que cette méthode est fondée sur « l'écoute et l'interprétation des signes recueillis et accueillis auprès d'un sujet »(68). De plus, l'autrice stipule que l'entretien permet alors de recueillir ces données, en lien avec la volonté de récolter le vécu de la personne. En cohérence, l'entretien serait donc l'outil de recueil de données le plus adapté.

L'entretien est défini comme étant « une méthode qui donne un accès direct à la personne, à ses idées, à ses perceptions ou représentations, découlant autour d'un thème proposé par le

chercheur »(69). L'outil d'entretien doit permettre à l'intervieweur de recueillir les expériences de la personne. De plus, deux ouvrages(70,71) expliquent que l'entretien doit permettre à la personne de parler librement, doit faciliter l'expression des points de vue et les opinions de l'interviewé et doit favoriser les échanges. De ce fait, le cadre de référence doit être maintenu tout au long des entretiens ; considérant que chaque facteur peut interférer avec celui-ci. En effet, dans l'ouvrage de Blanchet A. et Gotman A.(72), l'environnement lors de l'entretien, le cadre contractuel de la communication (les croyances et les représentations) et le mode d'intervention ; peuvent influencer la réponse des personnes interviewées. Il est donc nécessaire d'avoir une écoute active, d'exercer le moins possible d'influences, soutenir et réactiver la conversation et être ouvert d'esprit pour « faciliter l'intervention »(70).

Trois modalités d'entretien existent dans la littérature(70,71,73). En effet, il y a l'entretien directif, où l'intervieweur utilise essentiellement des questions fermées, incitant la personne à répondre par « oui » ou par « non ». Au vu de la question de recherche et de son objet de recherche, cette technique ne semble pas appropriée, car la personne n'a pas la possibilité de s'exprimer et de développer ses arguments et son vécu, ce que nous cherchons ici.

De plus, il y a l'entretien libre, où l'intervieweur pose une seule et unique question et rebondit sur les thématiques abordées par l'interviewé. Ici, cette technique ne semble pas adaptée à l'objet de recherche, car deux thématiques sont présentes dans la question. Il est aussi intéressant de laisser la personne s'exprimer sur une thématique, pouvant induire des réponses à la seconde.

Pour finir, il y a l'entretien semi-directif, établissant un ensemble de questions ouvertes au préalable, permettant de cibler les domaines à étudier lors de l'entretien. Cette technique varie les typologies de questions. Elle permet le partage du vécu de la personne, tout en orientant la discussion vers les thèmes à aborder. Cette technique semble intéressante à utiliser dans cette recherche, due à la présence de deux thématiques dans la question et l'outil de recherche. De plus, en utilisant un entretien semi-directif, la question inaugurale peut contenir une seule des deux thématiques. Cela permet une élaboration de la pensée au fil de l'interview, facilitant le discours spontané de la personne et son recueil, sans élaboration en amont.

Pour conclure, l'outil théorique de recueil de données à utiliser dans cette recherche sera donc un entretien semi-directif.

Dans la mesure du possible, les entretiens pourront se faire en visioconférence lorsque l'interviewé est disponible et si celui-ci le souhaite ou bien par téléphone. De plus, si

l'opportunité est présente et si les moyens sont réunis, des entretiens pourront être réalisés en face-à-face avec l'interviewé.

2.4.2 Avantages et limites de l'entretien semi-directif

L'entretien au sens large est un outil de recueil de données ayant des avantages et des limites. L'ensemble de ces avantages et limites peuvent donc influencer le discours de la personne interviewée.

De nombreux ouvrages(70,72,74,75) abordent ces points. Concernant les avantages, les auteurs stipulent que l'entretien semi-directif permet, en rédigeant des questions en amont, de créer un cadre à l'interviewé et de lui donner des repères dans son discours. De plus, il permet d'utiliser des questions ouvertes, permettant de relancer la personne, d'ouvrir le dialogue et d'approfondir et enrichir les connaissances. Pour finir, l'entretien semi-directif est dit comme centré sur l'interviewé, permettant une vraie discussion entre les parties. Cependant, les ouvrages expliquent que les entretiens ont aussi des inconvénients. De ce fait, l'influence du cadre va avoir une action sur les dires de la personne. Concernant l'intervieweur, celui-ci devra réussir à se mettre en retrait tout en soutenant et incitant la parole d'interviewé ; ce qui est une posture complexe à tenir dans le temps. De plus, l'intervieweur devra réguler le temps de parole sur une thématique, afin d'avoir réponse à l'ensemble de ses questions. Pour finir, l'analyse finale des entretiens est complexe et nécessite du temps.

2.4.3 Biais de l'outil théorique de recueil de données et stratégies d'atténuation ou d'anticipation

Comme dans tout outil théorique de recueil de données, des biais sont existants. Le Centre Ministériel de Valorisation des Ressources humaines (CMVRH)(41) a mis en œuvre des fiches récapitulatives des biais existants en recherche.

Dans un premier temps, le *biais méthodologique* peut venir interférer l'entretien. En effet, ce biais est relié à une erreur de méthode de recueil d'informations. Il est donc nécessaire en amont de prendre le temps et mobiliser des moyens pour permettre un travail de collecte, d'analyse et de traitement optimal. Il est aussi important de ne pas poser des questions trop orientées ou sensibles pour ne pas heurter les personnes en face et leur permettre la libre expression de leurs points de vue. Ce biais intervient donc en amont de l'entretien, mais aussi au cours de celui-ci.

Dans un second temps, le *bais de sélection*, dans la recherche des participants à l'étude, peut venir entraver la diversité du public. Ainsi, pour limiter ce biais, il sera important d'interroger des ergothérapeutes de structures différentes.

Pour continuer, *les biais de subjectivité et les biais cognitifs* peuvent influencer grandement l'entretien. En effet, selon la formulation des questions, une hypothèse peut être incluse dans la question et entraîne donc une suggestion de réponses qui va dans le sens des convictions. Pour les limiter, il sera nécessaire de prendre du temps et du recul sur la question posée, la reformuler, laisser la personne s'exprimer librement et prendre note de l'ensemble de ses dires. Dans les biais cognitifs, la présence de *l'effet de Halo* peut intervenir(76). Il s'agit du fait de généraliser une information dans le sens voulu afin de renforcer l'idée soutenue par l'enquêteur. Ici, il sera donc nécessaire d'être attentif à la formulation des questions, mais aussi à considérer l'ensemble des réponses des participants.

De plus, *le biais de désirabilité sociale* étant que le fait de se présenter sous un jour favorable peut venir interférer l'entretien. Il sera donc nécessaire de multiplier les entretiens pour avoir des points de vue variés et respecter l'anonymat des personnes interrogées en lien avec la Loi Jardé.

Pour finir, *les biais affectifs* sont les plus complexes à limiter. En effet, ce sont des biais qui sont reliés à nos propres émotions et sentiments. Pour limiter cela, il est important de prendre conscience de notre état personnel, en amont de l'entretien, et essayer d'être le plus disponible possible cognitivement pour ne pas l'interférer. Il est aussi possible d'enregistrer l'entretien pour pouvoir le reprendre plus tard.

2.4.4 Construction de l'outil théorisé de recueil de données

Après avoir défini l'outil de recueil de données et les biais à anticiper, la grille d'entretien est construite (Annexe 6). Cette grille permet de guider l'intervieweur. Dans cette recherche, deux thèmes sont abordés et le choix de l'outil de recueil de données nécessite la création de questions de relance thématique. Dans un premier temps, l'intervieweur recontextualisera le but de l'échange. De plus, les informations en lien avec la loi Jardé devront être transmises à l'interviewé. Par la suite, la question inaugurale est posée : « Pouvez-vous m'expliquer quel est l'intérêt d'utiliser les activités significantes, auprès des personnes déficientes visuelles dans leur rééducation ? ». Pour continuer, trois questions de relance thématique sont apportées, permettant la complémentation des propos par l'interviewé ainsi que de développer les axes de recherche par l'intervieweur. La première question de relance concerne les facteurs influençant l'implication des personnes déficientes visuelles dans leurs activités significantes. De plus, une autre question de relance concernera les actions de l'ergothérapeute sur ces facteurs. Les résultats de ses deux thématiques seront détaillés dans la partie 3.2, analyse thématique. Pour finir, une question sur le lien entre les activités significantes et le bien-être sera formulée.

Cela permet de recentrer l'entretien sur l'objet d'étude, une réflexion de l'interviewé et connaître s'il y a un lien, ou non entre les 2.

Concernant la loi Jardé, il sera nécessaire de transmettre en amont de l'entretien, un document dont l'objectif est de présenter le cadre de recherche, de prévenir l'interviewer de ses droits, du temps de conservation et de l'utilisation de ses données(77). Pour finir, une fiche de consentement devra être signée par les deux parties, reprenant l'ensemble de ses éléments.

De plus, le cadre d'écoute est défini. Ce cadre permet de déterminer les profils types de personnes répondant à l'entretien. Ces différents profils, déterminés en lien avec le cadre théorico-conceptuel, permettront de classer les ergothérapeutes selon leur typologie d'acteur. Ici, trois types de profils sont attendus : « L'évidence » qui incarne un ergothérapeute validant le lien entre les activités significantes et le bien-être ; « Le mitigé », qui représente un ergothérapeute ne sachant pas réellement si un lien existe entre ces deux thématiques et qui présente des arguments dans les deux cas. Pour finir « Le non convaincu », représentant un ergothérapeute n'identifiant pas de liens entre les activités significantes et le bien-être.

Pour finir cet entretien, une fiche de renseignements (Annexe 7) et le formulaire de consentement (Annexe 8) sont complétés, afin de recueillir les informations concernant les personnes interviewées ainsi que leur autorisation à l'exploitation des données recueillies.

2.5 Déroulement de la recherche

2.5.1 Test de la faisabilité et de la validé du dispositif de recherche

À la suite de la création de l'outil de recherche, celui-ci est testé auprès d'ergothérapeutes. Cela permet de savoir si les objectifs fixés sont atteints.

Le test réalisé est fait par téléphone, car un éloignement géographique est présent (Paris) et l'interviewé n'a pas les moyens suffisants pour réaliser une visio-conférence. L'entretien téléphonique peut être un frein pour la personne interrogée, limitant l'élaboration du lien de confiance et la capacité d'attention. Cependant, celui-ci peut aussi être facilitateur, par la garantie de l'anonymat ou l'aisance de la délibération d'informations. Tous les autres entretiens seront réalisés de la même sorte, par un gain de temps exprimés par les thérapeutes.

L'entretien test a permis de porter attention sur un certain nombre de facteurs. Dans un premier temps, cela a vérifié la bonne compréhension des questions et la posture du chercheur. Il est important d'avoir une posture neutre pour ne pas influencer les réponses des interviewés et biaiser les réponses. De plus, cela a enrichi le vocabulaire employé dans la profession.

De ce fait, deux modifications ont été apportées : l'utilisation unique du terme « activités significantes », au lieu de « occupations/activités significantes » dans la volonté de s'accorder avec le vocabulaire prédominant chez les professionnels ; et l'utilisation du terme « engagement » plutôt que « implication », s'inscrivant dans le vocabulaire partagé par les professionnels.

Pour finir, une organisation de l'introduction a été élaborée. Dans un premier temps, des informations liées aux personnes sont demandées, afin d'initier l'échange. Ces données seront complétées en fin d'interview, lorsque la relation de confiance sera établie. Par la suite, les bases de la recherche sont transmises, par le partage des définitions des activités significantes et du bien-être. Cela entraîne une meilleure compréhension de l'interviewé, mais aussi une uniformisation des termes entre les parties.

2.5.2 Déroulement de l'étude

À la suite de l'entretien test, la recherche d'autres thérapeutes intéressés par l'étude débute. Lors de phase exploratoire, un répertoire d'adresses mail a été construit, ce qui a permis d'avoir une base de contacts. L'ensemble des entretiens est réalisé par téléphone, car les ergothérapeutes ne souhaitent pas faire de visio-conférence ou ne disposaient pas de locaux adaptés pour cela. Lorsque les participants sont trouvés, les fiches de consentement et renseignement leur sont transmises, permettant de recueillir leurs autorisations.

D'un point de vue législatif, ces entretiens ne rentrent pas dans le cadre d'une recherche sollicitant un comité éthique selon la loi Jardé(77). En effet, cette étude s'intéresse à la pratique des thérapeutes et n'a donc pas pour but la recherche biologique ou médicale. De plus, ces entretiens ne modifieront pas l'accompagnement des patients par les thérapeutes.

Au début de l'entretien, l'enquêteur rappelle le cadre, l'objectif et les définitions des mots-clés de celui-ci. Un rappel des droits et de l'enregistrement de l'entretien est fait auprès de l'interviewé. Par la suite, la question inaugurale est posée et annonce le début de l'entretien.

Tout d'abord, six ergothérapeutes ont répondu être favorables à l'entretien, mais par manque de temps de disponibilité, seuls trois ont été réalisés.

2.6 Choix de l'outil de traitement et analyse des données

Afin de faciliter la retranscription et l'analyse des entretiens, ceux-ci sont enregistrés en audio grâce à un téléphone portable. Par la suite, la retranscription est réalisée manuscritement grâce au logiciel Microsoft Word® (annexe 9). L'ensemble des entretiens est analysé dans le but de

faire émerger les éléments transmis. Pour cela, il a été nécessaire de les écouter à plusieurs reprises, relire la retranscription manuscrite et surligner les éléments importants. Grâce à ces relectures, nous avons regroupé les informations dans un tableau d'analyse textuelle selon les thèmes abordés lors des échanges (annexe 10).

À la suite de ceci, nous réaliserons une analyse des résultats selon différentes méthodes : une analyse thématique, une analyse verticale et une analyse horizontale. L'analyse thématique et verticale seront réalisées dans un même temps, permettant d'identifier les liens, oppositions ou complémentations sur le sujet donné. En effet, l'analyse thématique nécessite en premier lieu une analyse verticale, par entretien, pour soulever les différentes thématiques. L'analyse horizontale fait ressortir les éléments clés de chaque entretien, facilitant ensuite la mise en lien avec le cadre théorico-conceptuel.

3 Résultats

Chaque ergothérapeute est nommé « E », avec comme ordre « E1 » le premier ergothérapeute interrogé, « E2 » le deuxième et « E3 » le troisième.

3.1 Présentation des ergothérapeutes interrogés

Le premier entretien a été réalisé avec une ergothérapeute « E1 », âgée de 34 ans. Elle a été diplômée en 2018 de l'école de Créteil. Cette ergothérapeute a pu découvrir le domaine de la basse vision à plusieurs reprises, puisqu'elle a travaillé dans un centre résidentiel de l'AVH, Association Valentin Haüy, dans un hôpital au service de la déficience visuelle et en libérale. Depuis septembre 2022, elle travaille au centre basse vision du département de la Vienne, à temps plein. L'accueil réalisé est en hôpital de jour, où les populations sont majoritairement des personnes malvoyantes. Madame n'a pas suivi de formations spécifiques en amont de son poste dans la déficience visuelle, mais elle a pu suivre, en interne, des formations sur les AVJ (Activités de Vie Journalière), la connaissance des aides techniques ainsi que les stratégies de compensation en lien avec les troubles visuels.

Le deuxième ergothérapeute interrogé est un ergothérapeute « E2 » âgé de 50 ans. Il a été diplômé en 1998 de l'école de Montpellier. Auparavant, il a travaillé en gériatrie et depuis 23 ans, il travaille dans un institut spécialisé en basse vision dans le Gard et en libéral. Les populations accueillies sont des personnes aveugles, congénitales et déficientes visuelles. La structure accueille les personnes à temps complet, entre 3 et 6 mois. Monsieur a pu suivre une formation en braille, qu'il met à profit auprès des personnes accueillies sur la structure.

Le dernier entretien a été réalisé avec une ergothérapeute « E3 » âgée de 25 ans. Elle est diplômée depuis juin 2021, de l'école de Lyon. Depuis l'obtention de son diplôme, elle a réalisé des remplacements dans différents domaines tels que la rééducation neurologique/traumatologie ainsi qu'en MAS. Depuis 6 mois, elle remplace une ergothérapeute, à mi-temps dans un centre d'aide en Auvergne-Rhône Alpes, qui est un lieu de vie pour personnes déficientes visuelles ou en cécité avec troubles associés. En termes de formation, madame n'a pas réalisé de formation complémentaire pour travailler dans le domaine de la basse vision, mais a pu être en contact avec l'association FIDEV, qui lui a présenté les aides techniques, les adaptations, etc. à mettre en place avec la population des déficients visuels.

3.2 Analyse thématique

Nous allons commencer par réaliser une analyse verticale, permettant de mettre en avant les thèmes répétitifs ressortis lors des entretiens. Ici, il s'agit des activités significantes, du rôle de l'ergothérapeute sur les facteurs influençant l'engagement des personnes déficientes visuelles dans leurs activités et du lien entre les activités significantes et le bien-être de ces dernières.

3.2.1 Les Activités significantes

- *L'intérêt d'utiliser des activités significantes en rééducation par les ergothérapeutes*

Les activités significantes ont un intérêt dans l'accompagnement en rééducation des personnes déficientes visuelles puisque cela part de la demande du patient (E1, L58/E2, L56/E3, L86). De plus, cela permet de répondre aux besoins des personnes (E2, L62-63/E1, L56), de les rendre autonomes (E2, L64) et de valoriser leurs capacités (E2, L65-67) qui vont influencer considérablement sur le moral. Pour finir, les activités significantes sont vues comme motivantes pour les personnes et les impliquent dans leur rééducation (E3, L87), car cela a du sens pour elle (E1, L71-72/E3, L86).

Suivant les lieux travail, les activités significantes sont utilisées comme but et non pas comme moyens de rééducation. Cela s'explique par une priorité des actes de la vie quotidienne (E3, L399).

- *Les outils utilisés pour recenser les activités significantes de la personne*

Pour recueillir les activités significantes des personnes, il est spécifié l'utilisation de bilans validés (E2, L75-83) ou entretiens semi-directifs (E1, L55, L68). L'entretien permet d'accompagner la personne à verbaliser et approfondir les domaines de difficultés. Concernant

les bilans validés, ils sont utilisés pour comprendre d'où viennent les problématiques, mais aussi pour voir les points forts de la personne. Pour finalité, ces deux outils permettent de définir les axes de travail de l'accompagnement (E1, L72/E2, L88).

➤ *Les facteurs impliquant l'engagement des personnes*

L'ensemble des entretiens a permis d'identifier de nombreux facteurs favorisant ou limitant l'engagement des personnes déficientes visuelles dans les activités significatives.

➤ Facteurs personnels

Au niveau des facteurs influençant l'engagement, il s'agit préférentiellement de la volonté de la personne (E3, L162, L268/E1, L121), de ses envies (E2, L147) et de l'expression de ses besoins pour gagner en autonomie (E3, L164). En effet, cela permet l'engagement dans la rééducation et donc dans les activités significatives.

Cependant, beaucoup de facteurs viennent limiter l'engagement et la motivation à réaliser leurs activités significatives. Par conséquent, les ergothérapeutes interrogés ont expliqué que de nombreuses personnes, à leur arrivée, se mésestiment. En effet, ils ont rapporté que le manque de confiance et d'assurance, entraîne des effets importants sur le moral (E1, L139, L142/E2, L131, E3, L275). Cet impact leur amène une image négative d'elle-même et de ce qu'elles renvoient aux autres ou encore une difficulté à accéder à leur potentiel. De plus, deux ergothérapeutes rapportent qu'en général les personnes déficientes visuelles sont renfermées sur elles-mêmes (E2, L209/E3, L352). Cela est dû à un manque de confiance en leurs capacités et sens compensatoires. Pour finir, l'ergothérapeute travaillant en lieu de vie (E3) souligne que le soutien constant des professionnels dans la réalisation de l'ensemble des activités de la vie quotidienne et les freins cognitifs peuvent nuire à l'engagement de la personne.

Pour pallier cela, le rôle majeur rapporté par les ergothérapeutes est le soutien psychologique et l'accompagnement dans la démarche de rééducation (E1, L115, L119, L151/E2, L159, L228/E3, L275). Ce double accompagnement permet de travailler la confiance en eux, en passant par la relation au thérapeute (E1, L149/E2, L225); la prise de conscience de leurs ressources (E1, L119-122/E2, L203/E3, L255) ainsi que l'acquisition de nouveaux apprentissages (E2, L206-211). Pour finir, il est expliqué que face à des patients ne formulant pas de demandes, l'ergothérapeute propose des activités en stipulant que celles-ci n'engagent à rien (E1, L116-119). La personne se sent donc libre d'arrêter l'activité si besoin.

L'ergothérapeute explique aussi qu'en essayant, cela peut lui donner envie de continuer et d'initier des demandes.

➤ Facteurs environnementaux

Concernant les facteurs environnementaux, il est montré un manque d'adaptation du domicile diminuant ainsi l'engagement dans les activités significatives (E1, L124, L174). De plus, l'environnement extérieur peut aussi limiter l'engagement, par le manque d'accessibilité et d'adaptation des voiries et lieux publics (E3, L186, L189-190). Pour finir, il est abordé la question des nouvelles technologies. En effet, elles peuvent être facilitatrices d'engagement par un apport de nombreuses opportunités (E3, L178-179) ; mais limitantes par la nécessité de comprendre et apprendre les fonctionnalités (E3, L179-180)

➤ *Les actions des ergothérapeutes sur les facteurs impliquant l'engagement*

Concernant les facteurs personnels et environnementaux, les ergothérapeutes proposent des mises en situation d'activités habituelles ou nouvelles (E1, L173, L185-188/E2, L271-274, L285/E3, L251), des visites à domicile (E1, L174), des activités de loisirs type jeux ou sport adapté (E1, L236/E2, L305), ou encore des sorties extérieures (E1, L211/E2, L287). Dans certain lieu d'emploi, il y a la possibilité de participation aux journées de liaison avec les familles (E2, L261-266). Pour finir, une des activités utilisée par les ergothérapeutes est l'aménagement et l'adaptation du quotidien, facilitant la réalisation d'activités (E1, L184, L203/E2, L289/E3, L225-240).

3.2.2 Le bien-être

➤ *Le lien entre les activités significatives et le bien-être*

Au cours des trois entretiens, les ergothérapeutes ont indiqué que les activités significatives avaient forcément un impact sur le bien-être des personnes (E1, L217/E2, L253, L255/E3, L311). Cela s'explique par l'utilisation d'activités qui ont du sens pour la personne, mais aussi, car elles répondent à leurs demandes (E1, L217-220/E2, L249/E3, L323). De plus, ils expliquent que l'activité permet à la personne de se rendre compte qu'elle est en mesure de la réaliser (E1, L/E2, L230/E3, L312). En finalité, les personnes regagnent confiance en elles et sont motivées à retrouver de l'autonomie (E1, L221-225/E2, L249/E3, L314). Cela permet aussi à chacune de se projeter dans l'activité, voire même de réaliser de nouvelles demandes, sur des activités précédemment rejetées (E1, L225/E2, L247). En complément, il est stipulé que cela joue un rôle sur l'image qu'elles ont d'elles-mêmes et l'image qu'elles renvoient aux autres,

permettant une ouverture d'esprit et une ouverture de soi au monde (E1, L225/E2, L250-252). Elles osent donc faire de nouvelles activités et expliquer aux autres comment elles fonctionnent. (E2, L250-251). En utilisant un bilan validé, l'ergothérapeute explique qu'en général, la qualité de vie et la satisfaction de la personne progressent de 20 à 30 % entre le début et la fin du séjour, ce qui signifie une évolution du bien-être (E2, L253-255).

➤ *Les moyens utilisés par les ergothérapeutes*

Les moyens pour travailler le bien-être passent par les activités signifiantes des personnes. Les ergothérapeutes proposent aussi des activités telles que des groupes intergénérationnels (E1, L267) ou des temps de loisirs (E1, L249/E2, L305). Ces moyens permettent le dépassement de soi, la découverte, mais aussi le lâcher-prise, la détente et le plaisir (E1, L250/E2, L307-308). Les trois ergothérapeutes expliquent que des activités uniquement en lien avec le bien-être sont proposées par les psychomotriciennes (yoga, médiation, relaxation, gym).

3.3 Analyse horizontale

Cette analyse permet d'étudier chaque ergothérapeute indépendamment. Les données seront analysées en lien avec les thèmes précédemment établis : les activités signifiantes et le bien-être.

3.3.1 Ergothérapeute 1 « E1 »

« E1 » est une femme, âgée de 34 ans. Elle travaille dans un hôpital de jour spécialisé en basse vision, dans la Vienne.

Lors du recueil de données, madame explique qu'il y a un intérêt à utiliser les activités signifiantes et qu'elles ont forcément une action sur le bien-être, par le fait qu'elles sont choisies par la personne et qu'elles font partie de ses attentes pour l'accompagnement (L58, L217-218, L230). Le but de « E1 » est de réfléchir avec le patient à des activités plaisantes et de trouver des solutions ensemble pour les réaliser (L220). Pour cela, « E1 » utilise un entretien semi-directif pour aider le patient à exprimer ses problématiques, ses activités signifiantes, permettant d'étoffer et cibler les axes de rééducation (L55, L68-72).

Ici, « E1 » met en avant que, parfois, la personne ne souhaite pas travailler les activités signifiantes, car une organisation est présente au domicile, mais souhaite tout de même retrouver un rôle. De ce fait, le but va être de trouver de nouvelles activités permettant à la personne d'être satisfaite et de trouver le rôle qui lui convient (L131-134).

Pour elle, les facteurs influençant l'engagement sont liés à la personne et son environnement. Elle explique que souvent les patients arrivent avec un manque de confiance et d'assurance ainsi qu'un manque de motivation, voire même une dépression expliquée par une dévalorisation de leurs capacités (L111, L139, L142, L145). Concernant l'environnement, elle fait part d'un manque d'adaptation du domicile de ces personnes rendant la réalisation et l'accomplissement de l'activité impossible (L124). Le rôle de l'ergothérapeute face à cela va donc être d'accompagner la personne et de lui permettre de reprendre confiance en elle (L115, L151). Pour cela, E1 utilise différents moyens tels que des mises en situation, des aménagements de domicile, des jeux sensoriels ou encore des activités de loisirs, pour que la personne se rende compte de ses capacités (L150, L158, L173, L184, L249). Lorsque la personne n'est pas en mesure d'exprimer ses envies, « E1 » prône l'essai d'activités et explique que l'engagement n'est pas obligatoire si celle-ci n'est pas satisfaisante pour elle (L116-118). La personne retrouve donc de l'activité, tout en sachant qu'elle est libre de l'arrêter. À travers l'ensemble de ses activités, la reprise de confiance en soi et en ses capacités est prônée, tout en respectant le rythme du patient (L162).

L'ergothérapeute agit de façon à ce que le patient soit acteur de sa rééducation. Elle va donc adapter ses moyens thérapeutiques aux demandes et volontés du patient afin de prôner sa satisfaction et son bien-être (L319-320). Elle peut, par exemple, permettre à la personne de se maquiller ou se coiffer, si cela est important pour elle (L234). De plus, des groupes intergénérationnels ou des groupes de jeux sont proposés, afin de favoriser la détente et le lâcher-prise (L259, L267).

L'ensemble des activités travaillé avec la personne vont donc être vectrices de volonté, de motivation, d'ouverture au monde, de regain de confiance en elle et en ses capacités, dans une volonté d'autonomie et de bien-être (L221-222, L225, L230). « E1 » ne propose pas d'activités spécifiques en lien avec le bien-être (relaxation, méditation, gym), mais les patients peuvent en bénéficier grâce à la psychomotricienne du service (L260, L310).

Dans sa vie personnelle, E1 aime marcher, peindre, lire et faire du sport, mais ne le met pas forcément au service des patients, car cela ne répond pas à leurs demandes.

➤ *Cadre d'écoute*

Au vu des réponses obtenues, l'ergothérapeute s'apparente plutôt au profil « l'évidence ». En effet, elle établit un lien concret entre ses deux thématiques, en s'appuyant sur des exemples concrets et fournissant des arguments validant ce lien.

3.3.2 Ergothérapeute 2 « E2 »

« E2 » est un homme, âgé de 50 ans. Il travaille dans un SMR spécialisé en basse vision dans le Gard.

« E2 » explique que l'intérêt d'utiliser les activités significatives est de pouvoir répondre aux besoins de la personne. De plus, cela permet de voir les capacités d'adaptation de celle-ci et de pouvoir la valoriser dans la réalisation d'activités précédemment impossibles. En globalité, pour lui, l'activité significative permet d'améliorer le moral. (L63-68). Pour compléter, à travers celles-ci, un regain de confiance en soi, une meilleure image personnelle et une attention moindre à l'image que la personne renvoie s'opèrent (L245-250). Tous ces effets permettent, par la suite, davantage d'ouverture aux autres et entraînent les échanges entre pairs.

Pour aider à comprendre les difficultés de la personne, « E2 » utilise plusieurs bilans (L76-85). Le premier bilan 13/30 permet de connaître l'autonomie et la qualité de vie de la personne à son arrivée. Le second bilan évalue les capacités de la personne au niveau : sensitif, dextérité, organisation, représentation mentale et fonctions supérieures. Ces deux bilans permettent de mettre en lumière les problématiques de la personne, mais aussi ses points forts et ainsi d'établir les axes d'accompagnement (L88).

Dans ce centre, l'ergothérapeute utilise, dans un premier temps, des jeux éducatifs dérivés. La personne assimile donc une organisation et une méthode qui seront ensuite transférables dans les activités (L60). De plus, « E2 » stipule que cela permet l'instauration d'une communication ayant du sens pour la personne. Ainsi, elle acquiert sa propre méthodologie, lui permettant, par la suite, de l'adapter à toutes les situations rencontrées (L93-98). Au final, l'ensemble de ses acquis permettent à la personne de prendre conscience de ses capacités, mais aussi de se sentir capable de réaliser l'activité demandée. À la suite de ces acquisitions, les activités significatives sont au cœur de l'accompagnement (L86-87). Certaines, comme faire ses tartines par exemple, sont réalisables dans un même temps et permettent de faciliter le quotidien de la personne (L121-123).

Concernant les facteurs influençant l'engagement, « E2 » identifie uniquement des facteurs personnels. Pour lui, il s'agit de la motivation de la personne, ainsi que la capacité à relativiser son handicap (L134). De plus, il stipule que beaucoup de personnes sont impactées moralement. En effet, de nombreuses personnes ont une image d'elles-mêmes, et de ce qu'elles renvoient, dégradée. Elles ont l'impression qu'elles ne sont plus en mesure de réaliser l'activité ou encore ont une faible confiance en elles (L130-131). Pour finir, « E2 » rajoute que les personnes

déficientes visuelles ont souvent une carapace en lien avec leurs difficultés et leurs habilités gestuelles, qui entraîne une limitation de participation (L209).

Pour agir sur ces différents facteurs, « E2 » va utiliser divers moyens. En premier lieu, le relationnel est important et débute dès l'installation du patient dans sa chambre. En effet, l'ergothérapeute participe à l'installation du patient et à la prise de repères dans les locaux (L222). De plus, « E2 » explique s'inscrire dans le soutien psychologique et l'accompagnement du développement des compétences de la personne et de ses apprentissages (L159, L201-217). L'ensemble de ses accompagnements vont permettre à la personne de reprendre confiance en elle, mieux vivre avec son handicap et formuler de nouvelles demandes dans l'objectif de gagner en autonomie (L140, L1553-155, L217). Comme dit précédemment, les moyens utilisés sont donc, dans un premier temps, des jeux éducatifs dérivés et ensuite des mises en situation variées suivant les besoins des patients. « E2 » réalise aussi des aménagements et adaptations, pour faciliter le quotidien de la personne et lui redonner confiance (L107). Pour finir, « E2 » informe qu'il participe aux journées de liaison réalisées avec l'entourage du patient. Dans ces moments-là, « E2 » présente et soutient la parole du patient ; il met en mots ses capacités ; ce qu'il est capable de réaliser seul et les axes de travail. Cela permet alors une meilleure communication entre les parties et valorisera la personne auprès de son entourage (L257-264). De façon indirecte, cela participe à l'autonomie et bien-être du patient. Peu d'activités en lien avec le bien-être sont proposées, car il est travaillé à travers les activités définies précédemment. Avant la Covid19, les ergothérapeutes proposaient des sports adaptés (tandem et escalade) avec un partenaire extérieur. Pour « E2 », cela permet à la personne de dépasser ses limites, mais aussi de profiter d'un moment de découverte et de lâcher prise (L305-310). Néanmoins, une psychologue présente sur la structure, réalise des activités en lien uniquement avec le bien-être, telles que la gym, la relaxation et la médiation équine, qui sont complémentaires aux activités réalisées avec l'ergothérapeute (L303-304, L351).

En finalité, l'amélioration du bien-être au travers des activités significantes, participe à la projection dans des activités futures, une meilleure qualité de vie et une communication plus sûre. « E2 » stipule qu'à la fin du séjour, les bilans sont réévalués et d'ordre général, la qualité de vie et l'autonomie des patients augmentent de 20 % à 30 % à la fin de chaque séjour (L213-217, L251-255).

Concernant l'ergothérapeute, ses activités significantes en lien avec le bien-être sont des activités telles que le jardinage ou le bricolage. L'ergothérapeute ne les met pas à profit de ses patients,

mais pense tout de même que cela peut être transférable, par le fait que cela peut aussi faire ressentir du bien-être à autrui (L340-344).

➤ *Cadre d'écoute*

Au regard de ses données, « E2 » s'inscrit dans le groupe « l'évidence », en délivrant des informations tout au long de l'entretien, mais aussi en basant sa pratique professionnelle sur des outils évaluant l'évolution de la qualité de vie des patients au cours du séjour.

3.3.3 Ergothérapeute 3 « E3 »

E3 est une femme âgée de 25 ans. Elle travaille dans un lieu de vie en Auvergne-Rhône-Alpes. Il comprend un foyer de vie, un foyer d'hébergement, un ESAT (Établissement ou Service d'Aide pour le Travail) et un SAVS (Service Accompagnement à la Vie Sociale).

Pour E3, les activités signifiantes en rééducation permettent de rendre plus motivantes les séances, mais aussi, de répondre aux buts du patient (L86-87). De plus, pour elle, les activités sont liées avec le bien-être de façon positive, puisque cela donne envie à la personne d'initier une activité. Elle acquiert une volonté d'apprentissage et s'inscrit dans la rééducation (L311-31320). De plus, comme cela viens de sa demande, l'incidence du bien-être est d'autant plus marquée.

Dans son lieu de travail, les activités signifiantes sont plutôt utilisées comme finalité plutôt qu'en tant que moyen de rééducation (L108-114). En effet, « E3 » stipule que son rôle est essentiellement tourné sur l'aménagement et l'adaptation de l'environnement, pour l'autonomie dans les activités signifiantes. De plus, elle stipule que l'autonomie est plus complexe à obtenir sur son lieu de vie, du fait de troubles cognitifs importants (L144). « E3 » fait part, qu'un « domicile collectif » a vu le jour sur la structure, permettant aux personnes de vivre de façon autonome, toujours sous la surveillance d'éducateurs. Cela leur donne plus d'indépendance aux personnes (L153).

E3 identifie deux sortent de facteurs influençant l'engagement dans les activités signifiantes : la personne et l'environnement. Concernant la personne, ce qui facilite l'engagement est la volonté d'être indépendant et une demande clairement formulée par celle-ci (L162-165). Cependant, des facteurs viennent expliquer la limitation de l'engagement. En effet, sur cette structure, E3 identifie que le soutien constant des professionnels dans la réalisation de l'ensemble des activités de la vie quotidienne peut nuire à l'engagement de la personne. Par ce soutien, les personnes se laissent aller et ne participent pas aux activités qui seraient réalisables

par elles-mêmes (L168-173). En complément, E3 explique que beaucoup de personnes déficientes visuelles sont repliées sur elles-mêmes, car elles n'ont pas confiance en leurs capacités (L351-354). Pour finir, les freins cognitifs viennent limiter l'engagement, par des capacités de compréhension limitées (L175-176).

Concernant les facteurs environnementaux, les nouvelles technologies sont identifiées comme, à la fois facilitant et à la fois limitant l'engagement. En effet, elle facilite, par une accessibilité et un accès à de nombreuses informations pour les déficients visuels ; mais elle limite par la complexité d'apprentissage et de fonctionnement des applications (L177-184). E3 rajoute que l'environnement de la voirie et l'accessibilité aux infrastructures publiques limitent l'engagement. En effet, elle explique que cet environnement ne garantit pas des déplacements en sécurité et de façon autonome (L186-190).

Pour pallier ces facteurs, le rôle de l'ergothérapeute va donc être majoritairement tourné vers les mises en situation et les adaptations et aménagements de l'environnement (L225-230). Par cela, E3 cherche à répondre au mieux aux besoins exprimés, ou non, des patients. L'ergothérapeute exprime que la demande peut nous paraître anodine, mais en la prenant en considération, cela impacte très positivement la personne et redore l'image qu'elle a d'elle-même (L321-326). De plus, elle s'inscrit dans un soutien psychologique de la personne, en l'accompagnant dans ses démarches d'apprentissages et de conscientisation de ses capacités (L252-256). Concernant l'aspect cognitif, dû à un mi-temps, « E3 » n'a pas la possibilité de réaliser un axe de travail unique sur celui-ci. Cependant, au cours des séances, elle simplifie et répète les informations pour faciliter la compréhension de chacun (L243-247). En lien avec l'environnement, « E3 » n'a pas d'action sur l'environnement extérieur. Pour finir, concernant les nouvelles technologies, « E3 » réalise de nombreuses séances sur l'apprentissage de l'outil et propose des supports adaptés aux capacités de la personne (L231-240). Comme dit précédemment, la rééducation n'étant pas une priorité, aucune activité en lien uniquement avec le bien-être n'est réalisée ni par l'ergothérapeute ni par la psychomotricienne.

Lors de l'entretien, E3 fait part d'un manque de réflexion d'équipe, tant sur ce que la personne est capable de réaliser seule, tant que sur ses limitations d'activités. En effet, elle exprime que la rééducation n'est pas une priorité sur le lieu de vie, entraînant ainsi une grande limitation d'engagement dans les activités significatives et de vie quotidienne (L396-401). Elle souhaite que la rééducation (ergothérapie et psychomotricité) soit plus considérée, afin que les personnes, malgré leur handicap, puissent être actrices de leur vie quotidienne et gagnent en autonomie. De plus, leur volonté, avec la psychomotricienne, était de travailler les

déplacements autonomes, par la mise en place de circuits sensoriels, afin que les personnes prennent confiance en leurs capacités, et s'épanouissent en s'ouvrant au monde (L368-375).

Concernant l'ergothérapeute, ces activités significantes en lien avec le bien-être ne sont, pour elle, pas suffisantes. Ses activités sont : regarder des séries ou des films et faire du yoga. Elle ne met pas à profit ses propres activités auprès des patients, toujours dus au manque de temps.

➤ *Cadre d'écoute*

« E3 » s'inscrit dans le cadre d'écoute « l'évidence », par l'argumentation de ses propos avec des exemples concrets. De plus, elle démontre, tout au long de l'entretien, le lien entre les activités significantes et le bien-être, en valorisation ses expériences auprès de cette population.

3.4 Cas clinique

Le cas clinique correspond à une synthèse des données recueillies auprès de la population interrogée.

Concernant l'objet de recherche, sur le lien perçu entre les activités significantes et le bien-être, l'ergothérapeute met en avant un lien considérable auprès des patients déficients visuels. En effet, cela permet de répondre à un objectif précis pour le patient ainsi qu'à sa demande et permet de mettre en avant les capacités de la personne. Que ce soit un objectif de rééducation ou bien une finalité, les situations de réussite dans une activité significative, permettent au patient d'augmenter sa confiance et son estime de soi, l'ouverture au monde qui l'entoure et favoriser la communication avec l'entourage. Cela participe ainsi à la projection du patient dans son futur et la formulation de nouvelles demandes pour gagner en autonomie.

Afin de connaître les activités significantes de la personne, l'ergothérapeute utilise des bilans validés ou des entretiens semi-directifs, facilitant l'étayage de leur propos. Cependant, l'ergothérapeute identifie de nombreux facteurs personnels et environnementaux pouvant influencer l'engagement de ses activités significantes. Certains facteurs sont favorisants, tels que la motivation et l'envie d'apprendre, mais peuvent être entravés par un mal-être. En effet, l'ergothérapeute exprime que beaucoup de patients, à leur arrivée, manquent de confiance en eux, ont une image négative d'eux, et de ce qu'ils renvoient, et sont repliés sur eux-mêmes.

Concernant l'environnement, l'ergothérapeute identifie des facteurs inter-domicile et extra-domicile. En effet, certaines fois le domicile du patient n'est pas adapté aux capacités de la personne, limitant ainsi sa participation. D'autres fois, c'est l'environnement urbain qui n'est pas adapté, limitant l'autonomie des déplacements des personnes déficientes visuelles.

Pour pallier ces facteurs, l'ergothérapeute s'inscrit dans un soutien psychologique et un accompagnement dans les apprentissages de chaque patient, permettant un travail global. Il va donc proposer des mises en situation diverses, des aménagements, des activités de loisir, permettant ainsi à la personne de reprendre confiance en ses capacités et de mieux vivre avec son handicap. De plus, cela permet de travailler le bien-être, permettant ainsi le dépassement de soi, le plaisir et le lâcher-prise. Toutes ces activités sont choisies en partenariat avec le patient, permettant un engagement de celui-ci dans la rééducation, mais aussi pour faire valoir ses propres volontés.

Cependant, il est notable que, par un problème de temps et de compétences, certaines activités soient réalisées avec d'autres professionnels, tels que les psychomotriciens ou les instructeurs en locomotion.

3.5 Éléments de réponse à la question de recherche

Pour rappel, la question de recherche est la suivante : Comment les ergothérapeutes lient-ils les activités significatives et le bien-être des personnes adultes déficientes visuelles dans leur rééducation ?

Les activités significatives et le bien-être sont liés au cours de la rééducation auprès des personnes déficientes visuelles. En effet, que les activités soient utilisées comme moyen primaire, secondaire ou comme finalité, l'enquête met en avant que celles-ci permettent d'améliorer le bien-être et la qualité de vie des patients. Les ergothérapeutes, au travers des entretiens, ont expliqué qu'à leur arrivée, les patients étaient souvent démotivés et avaient peu d'estime d'eux-mêmes. La mise en place d'activités significatives par les ergothérapeutes, permettait d'améliorer l'estime de soi, la revalorisation des capacités et une ouverture au monde. De plus, les ergothérapeutes ont stipulé que le bien-être ressenti au cours d'activités significatives, permettait aux patients de se projeter, de s'impliquer dans la rééducation et de formuler de nouvelles demandes pour gagner en autonomie. Le thérapeute réalise ainsi un accompagnement centré sur la personne en s'appuyant sur les activités significatives de cette dernière : ceci permet ainsi un lâcher-prise et le développement de nouvelles habiletés. Dans l'étude, les ergothérapeutes complètent leur propos en expliquant que des activités uniquement en lien avec le bien-être pouvaient être proposées par les psychomotriciens, s'inscrivant ainsi dans la complémentarité du travail de l'ergothérapeute.

4 Discussion

À la suite des analyses réalisées concernant les entretiens, nous allons interpréter ces résultats en fonction de la revue de littérature ainsi que du cadre théorico-conceptuel. Nous allons aussi discuter les résultats, permettant de répondre à la question de recherche. Par la suite, le dispositif de recherche sera critiqué, mettant en lumière les points forts et les limites de cette recherche. Pour finir, une ouverture sera réalisée, autorisant une émergence d'ébauche de questionnement.

4.1 Interprétation des résultats

4.1.1 Interprétation selon la revue de littérature

La revue de littérature a été accès sur différentes thématiques, pouvant être mise en lien ici.

Concernant l'environnement, la revue de littérature avait mis en avant la nécessité de réaliser des aménagements intérieurs et extérieurs, pour favoriser les déplacements et repérages des personnes déficientes visuelles(22,28).

Par cela, il a été expliqué que la valorisation des informations visuelles et des sens compensatoires étaient nécessaire, mais aussi un besoin d'ajustement des éclairages et revêtements de sol.

De plus, il avait été expliqué qu'un avis technique auprès de professionnels qualifiés, tels que des ophtalmologues, des ergothérapeutes, et bien d'autres, était nécessaire pour répondre clairement aux besoins des personnes déficientes visuelles. La recherche appuie bien ce besoin d'aménagements et le professionnalisme de l'ergothérapeute dans ce domaine-là. Cependant, la recherche semble aussi en opposition, car seules deux ergothérapeutes ont identifié des facteurs environnementaux pouvant impacter la réalisation d'activités. Il serait donc nécessaire de réaliser d'autres entretiens, car nous ne sommes pas arrivés à saturation des données et d'autres facteurs environnementaux auraient pu être décelés.

Pour finir sur l'environnement, la Fédération des Aveugles de France(30) expliquait, par leur étude, que les aménagements urbains sont en opposition avec la loi sur l'égalité d'accessibilité(21). Dans la recherche, seul un ergothérapeute met en avant ce manque d'aménagement et montre aussi une non-action dans ce domaine. Nous pouvons donc nous questionner sur le rôle de l'ergothérapeute dans le domaine de l'aménagement de la voirie.

Concernant les répercussions psychologiques, la revue de littérature stipulait que la perte de la vision avait un effet majeur sur la dimension psychologique(31). De ce fait, cela entraînait une perte de la maîtrise de l'environnement, une diminution de la confiance, un repli sur soi et une

dévalorisation. La recherche vient donc compléter ces résultats, par l'ajout d'une démotivation, d'une dépression, ainsi que d'une perte d'élan vital. De plus, deux autres études venaient compléter ce postulat, en exprimant la nécessité d'un suivi psychologique régulier puisque les répercussions psychologiques limitent la participation à des activités(32,33). Ici, la recherche complète ces études, en montrant que l'ergothérapeute s'inscrit dans le travail psychologique, en proposant des activités signifiantes, de détente et de plaisir. Cela permet de travailler les capacités résiduelles et nouvelles de la personne et ainsi favoriser l'engagement dans les activités. Pour finir, une étude stipulait que les professionnels aux plus proches des personnes déficientes visuelles pouvaient participer au décèlement des troubles psychiatriques(32). Ici, la recherche ne permet pas d'identifier l'ergothérapeute comme identificateur de ces troubles, mais c'est un professionnel s'inscrivant dans le travail psychologique proposé aux personnes déficientes visuelles.

4.1.2 Interprétation selon le cadre théorico-conceptuel

Deux concepts avaient été développés.

Concernant l'activité signifiante, deux modèles avaient été présentés : le MOH étudiant la relation entre la personne, ses habitudes de vie et son environnement ; et le MCREO évaluant la perception de la personne à l'égard de son rendement occupationnel. Au cours de la recherche, aucun ergothérapeute n'a exprimé l'utilisation de ces modèles, mais ils utilisaient des évaluations et entretiens semi-directifs pour compléter l'identification des activités signifiantes de la personne. Malgré la non-identification de ses modèles, nous pouvons voir que certains éléments délivrés par les ergothérapeutes s'accordent avec ces derniers. En effet, en lien avec le modèle du MOH, les ergothérapeutes accompagnent la personne dans son évolution et son changement, pour que celle-ci puisse s'inscrire dans un engagement et une participation occupationnel(49). De plus, les ergothérapeutes prennent en considération l'ensemble des composants de la personne (l'Être), comment la personne interfère avec son environnement actuel (l'Agir) et comment elle agit après adaptation (le Devenir) ? En lien avec le modèle MCREO, l'ergothérapeute aide la personne à identifier ses occupations problématiques, dans le but de les réaliser en rééducation(48). Cela s'inscrit donc dans la même dynamique que le modèle MCREO. Sans les nommer, nous pouvons voir que les ergothérapeutes s'inscrivent dans ces modèles.

De plus, dans le développement du concept, nous avons pu voir qu'en choisissant l'activité avec la personne, cela permettait un changement interne (psychologique) et externe (ajustement de l'environnement). De ce fait, la recherche a pu appuyer ces résultats, en expliquant que

lorsque la personne choisit ses activités significantes cela facilite son engagement et permet un bien-être et une meilleure qualité de vie.

Pour finir sur ce concept, la théorie du flow était abordée, étant un plein engagement et une satisfaction d'accomplissement de l'activité. Cette théorie mettait en avant la nécessité d'avoir des défis à relever suffisamment élevés et des tâches réalisables. La recherche n'ayant pas abordé cette thématique, nous ne pouvons pas l'exploiter. Cependant, lors d'un entretien, un des ergothérapeutes avait expliqué la nécessité de réaliser l'activité significative uniquement lorsque la personne aurait acquis une méthode et organisation dans son quotidien. Cela permettrait d'éviter les situations d'échec, ce qui va donc dans le sens de la théorie du flow. Il serait donc intéressant de voir comment les ergothérapeutes perçoivent le flow, si cela est atteignable en rééducation et les effets de ce flow sur la personne à long terme.

Concernant le bien-être, sa définition était d'avoir un sentiment d'épanouissement et de satisfaction des besoins du corps et de l'esprit ; permettant ainsi la réalisation d'activités et de contribution à la communauté(57,58). Au vu de ces définitions, plusieurs composants intervenaient : les aspects physique, mental et social(59,60). De plus, nous avons vu l'utilisation du modèle biopsychosociale. Ce modèle visait à considérer la personne selon ses facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, étant tous impliqués dans les déterminants de la santé(62). Lors de la recherche, nous avons vu que les ergothérapeutes identifiaient ces trois facteurs, mais avec une considération moindre de la sphère sociale.

Pour finir, deux courants psychologiques tentaient de décrire le bien-être : l'approche hédoniste, qui expliquait la nécessité de vivre des expériences positives ; et l'approche eudémoniste, qui était plutôt un mélange de diverses expériences, permettant à la personne de vivre une vie vertueuse. La recherche ne permet pas de savoir quel courant est le plus utilisé, mais un ergothérapeute avait expliqué que la personne devait acquérir des savoirs avant de les transférer dans les activités significantes, afin d'éviter toute situation d'échec. Il serait donc intéressant de savoir si d'autres thérapeutes ont la même perception et quelles sont les retombées de ses expériences négatives sur le patient.

4.2 Critique du dispositif de recherche

Au cours de la recherche, de nombreux points de vigilance ont fait surface. Tout d'abord, le choix de la thématique de recherche a été complexe, par une volonté d'étudier de nombreux facteurs. De plus, lors des recherches pour la revue de littérature, nous nous sommes confrontés

à peu de données exploitables. Il a donc été nécessaire d'ouvrir la thématique et ainsi élargir la recherche.

Dans un second temps, lors de l'enquête exploratoire, des biais ont été insérés dans l'étude, rendant les résultats peu exploitables. En effet, le biais majoritaire a été la subjectivité, en incitant les répondants à répondre selon les envies de l'enquêteur. De plus, un biais méthodologique a été introduit, par une mauvaise formulation des questions. Il a donc été nécessaire de prendre beaucoup de recul sur les résultats obtenus ainsi qu'une remise en question pour éviter de réitérer l'erreur dans la suite de la recherche. Cette prise de recul a été bénéfique, permettant une remise en question en amont de la réalisation et du choix de l'outil, pour la recherche.

À l'étape de recherche, l'approche et la réalisation ont donc été plus fluides et mieux élaborées, permettant ainsi la limitation des biais. De plus, la phase de test de l'étude a montré son importance, afin d'affiner les termes et de correspondre plus amplement au discours des ergothérapeutes du terrain. Pour finir, concernant l'étude, les biais ont essayé d'être atténués au maximum et une attention particulière aux expériences passées a été nécessaire. Malgré tout de légers biais cognitifs ont été introduit durant les différents entretiens. Cependant, grâce à l'enregistrement des entretiens, ils ont pu être atténués, par une reconsidération de l'ensemble des réponses des répondants.

Cette recherche a aussi permis d'acquérir une méthodologie, tant pour la recherche et la lecture documentaire, que pour l'esprit de synthétisation. La synthétisation est un exercice complexe, nécessitant reformulation, sélection d'informations et esprit de synthèse d'éléments. Tout au long du processus de recherche, un gros travail cognitif a donc été nécessaire. Pour finir, cette recherche a permis une meilleure organisation des idées, permettant de simplifier et faciliter la compréhension par tous.

4.3 Transférabilités professionnelles

Au regard du processus de la recherche, nous voyons que les activités signifiantes ont un rôle à jouer, tant au niveau de l'engagement de la personne, que sur son bien-être. Il semble important de mettre cette étude au profit de la pratique professionnelle, car parfois s'intéresser au bien-être et plaisir du patient est suffisant pour l'ancrer dans la rééducation et ainsi participer à son processus d'autonomisation.

Au regard des recherches, nous avons aussi pu voir qu'actuellement, le système de santé considère la personne comme plusieurs entités influençant sa santé. L'étude va donc dans ce

sens, où l'entité psychologique est considérée par tous les professionnels au même titre que le physique et le social. L'étude montre que la dimension psychologique a une importance dans le processus d'engagement du patient, mais aussi de son bien-être dans le quotidien.

Pour finir, cette recherche semble donc à transférer dans la pratique professionnelle, en montrant que les ergothérapeutes s'inscrivent aussi dans le travail de la dimension psychologique, permettant l'évolution globale du patient.

4.4 Perspective de la recherche et ouverture vers une nouvelle question de recherche

D'un point de vue global de la recherche, nous voyons que deux thématiques restent en suspens. En effet, l'environnement avait été abordé dans la revue de littérature et à travers le développement des concepts. Cependant, lors de l'étude, nous voyons que deux ergothérapeutes définissent l'environnement comment influençant l'engagement, mais celles-ci n'ont pas d'action directe concernant l'environnement urbain. Nous pourrions alors nous demander comment l'ergothérapeute pourrait faire valoir les besoins des personnes déficientes visuelles auprès de l'État et quelles seraient leurs actions auprès de celui-ci.

De plus, la deuxième thématique intéressante apparaît lors d'un entretien au niveau de l'étude. En effet, en réalisant un entretien avec une ergothérapeute travaillant en lieu de vie de déficience visuelle, elle stipule que la rééducation du patient n'est pas une priorité par rapport aux troubles sous-jacents. Il serait donc intéressant de savoir si, dans l'ensemble des lieux de vie, ce phénomène est présent et identifié ; en connaître les raisons et savoir comment l'ergothérapeute agit.

5 Conclusion du travail de recherche

Pour conclure ce travail, je pense que la réalisation de ce mémoire m'a beaucoup apporté. Dans un premier temps, celui-ci m'a permis de me former sur l'utilisation des activités significatives comme moyen de rééducation ; mais aussi l'intérêt de prendre en considération l'ensemble des composants de la personne.

En effet, j'ai pu remarquer, lors de mes stages durant le mémoire, que mon attention était portée sur d'autres facteurs que le fonctionnel. De plus, j'essayais de proposer des activités ayant un sens pour le patient, afin que celui-ci ressente considération et compréhension, facilitant ainsi l'engagement dans la rééducation. Finalement, la théorie m'a permis d'acquérir des bases que j'aie ensuite pu mettre à profit auprès des patients.

Cette approche me semble totalement appropriée dans la profession d'ergothérapeute et peut être transférable auprès de divers patients, car une situation de handicap entraîne de nombreux changements. Je pense donc avoir la capacité d'inclure cette approche multifactorielle auprès des patients ; être capable de leur proposer des activités signifiantes, dans la limite du possible, permettant ainsi de participer à l'évolution de leurs changements et favoriser leur bien-être.

Dans un second temps, ce mémoire m'a permis d'acquérir un esprit de synthétisation, et aussi d'analyse rapide des documents. En effet, ceci était pour moi très compliqué. Je n'arrivais pas à déterminer les éléments clés à présenter et comment transmettre toutes mes idées en quelques phrases, ce qui a entraîné un nombre de pages beaucoup trop important. La lecture rapide de textes était complexe pour moi, par peur d'omettre des idées essentielles transmises dans l'écrit. À force de relectures, prises de recul et analyses répétées, cela est devenu plus fluide et agréable. Au final, aujourd'hui, je suis en mesure d'analyser des textes de façon rapide et claire.

Troisièmement, ce mémoire m'a aussi permis de travailler la qualité de mes écrits. Malgré une dyslexie très présente à l'écrit, j'ai pu améliorer mon attention concernant la grammaire et la conjugaison, facilitant ainsi la compréhension par tous.

Pour finir, réaliser un dossier aussi long nécessite rigueur et patience, n'étant au premier abord pas un exercice facile. Au final, cette patience a permis de nombreuses prises de recul et ainsi un écrit à la hauteur de mes espérances.

Pour conclure, tout ce travail me rend aujourd'hui très fière, par la maturité professionnelle acquise et la persévérance tout au long de son écriture ; et l'intérêt croissant pour l'objet d'étude.

Bibliographie

1. ANFE. Qu'est-ce que l'ergothérapie. [En ligne]. https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/ Consulté le 11 mars 2023.
2. Ordre des ergothérapeutes du Québec. Qu'est-ce que l'ergothérapie. [En ligne]. <https://www.oeq.org/m-informer/qu-est-ce-que-l-ergotherapie.html>. Consulté le 11 mars 2023.
3. Robert P-Y. Déficiences visuelles. [En ligne]. https://www.em-consulte.com/em/SFO/H2017/file_100015.html. Consulté le 24 septembre 2022.
4. Handicap.fr. La déficience visuelle. [En ligne]. <https://informations.handicap.fr/a-deficience-visuelle-6023.php>. Consulté le 4 mars 2022
5. Arradv. Comprendre les déficiences visuelles. [En ligne]. <https://www.arradv.fr/comprendre-deficiences-visuelles/>. Consulté le 4 mars 2022
6. SNOF. Malvoyance et handicaps visuelles. [En ligne]. <https://www.snof.org/public/conseiller/malvoyance-et-handicaps-visuels>. Consulté le 11 mars 2023.
7. CNRTL. Acuité : Définition de l'acuité. [En ligne]. <https://www.cnrtl.fr/definition/acuit%C3%A9>. Consulté le 1 octobre 2022
8. CNRTL. Champ : Définition de champ. [En ligne]. <https://www.cnrtl.fr/definition/academie9/champ>. Consulté le 1 octobre 2022.
9. Institut Laser Vision : Qu'est-ce que le champ visuel ? [En ligne]. <https://www.institut-laser-vision.paris/glossaire/champ-visuel/>. Consulté le 1 octobre 2022.
10. CNRTL. Cécité : Définition de Cécité [En ligne]. <https://www.cnrtl.fr/definition/c%C3%A9cit%C3%A9>. Consulté le 4 mars 2022
11. CNRTL. Environnement : Définition de Environnement. [En ligne]. <https://cnrtl.fr/definition/environnement>. Consulté le 15 juin 2022
12. Ministère des Solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées. Santé et environnement. [En ligne]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/sante-et-environnement/>. Consulté le 15 juin 2022
13. Monjeot A. L'impact de l'environnement des services d'ergothérapie sur l'engagement thérapeutique des patients. Thèse en ergothérapie. Rouen ; 2020 : 82p. [En ligne].

https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/02/MONJEOT-ENGAGEMENTTHERAPEUTIQUE.ERGOTHERAPIE.ENVIRONNEMENTDESSERVICES.MISESENSITUATION.OCCUPATION_f14b2255628fb8a5ba4cbf6eac491efd-032f5455.pdf. Consulté le 15 juin 2022

14. OMS. Critères Déficience Visuelle [En ligne] <http://www.thebaudieres.org/index.php/la-population-accueillie/38-pathologies>. Consulté le 15 mars 2022

15. Nations Unies. Faits et chiffres sur le handicap. [En ligne]. <https://www.un.org/development/desa/disabilities-fr/faits-et-chiffres-sur-le-handicap.html>. Consulté le 6 juin 2022

16. Access Market. L'essentiel à savoir sur le handicap visuel en France. [En ligne]. <https://www.access-market.com/blog/infos-pratiques/lessentiel-a-savoir-sur-le-handicap-visuel-en-france->. Consulté le 6 juin 2022

17. Fondation Valentin Haüy. Les chiffres clés de la cécité [En ligne]. <https://www.fondationvalentinhaüy.fr/fondation/comprendre-la-deficience-visuelle/les-chiffres-cles-de-la-cecite>. Consulté le 15 mars 2022

18. Baltenneck N. Chapitre 5 : Point de vue des personnes aveugles sur la ville : Construire une géographie urbaine sans vision. In : Popescu C. Rapegno N. Géographies du handicap : Recherches sur la dimension spatiale du handicap. La Plaine-Saint-Denis : Éditions des maisons des sciences de l'homme associées ; 2021 : 103-126. [En ligne]. <http://books.openedition.org/emsha/792>. Consulté le 15 mars 2022

19. Fédération des Aveugles - Pôle Travail Adapté et Protégé. Handicap visuel et emploi. [En ligne]. <https://www.aveugles-pole-travail.fr/notre-identite/handicap-visuel-et-emploi>. Consulté le 15 mars 2022

20. ARRADV. La déficience visuelle dans la vie quotidienne. [En ligne]. <https://www.arradv.fr/consequences-deficience-visuelle/dans-la-vie-quotidienne/>. Consulté le 1 octobre 2022.

21. République Française. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. JORF n° 0036 du 12 février 2005. p 53 [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000809647/#:~:text=%C2%AB%20To>

ute%20personne%20handicap%C3%A9e%20a%20droit,plein%20exercice%20de%20sa%20citoyennet%C3%A9. Consulté le 6 juin 2022

22. République Française. Arrêté du 1 août 2006 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-18 à R. 111-18-7 du code de la construction et de l'habitation relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des bâtiments d'habitation collectifs et des maisons individuelles lors de leur construction - Légifrance. 1 avril 2016. p 17. [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000635063/>. Consulté le 6 juin 2022

23. Fédération des Aveugles de France. Nouvelles technologies. [En ligne]. <https://aveuglesdefrance.org/nos-combats/nouvelles-technologies/>. Consulté le 6 juin 2022

24. Cflou magazine Les impacts psychologiques de la malvoyance. [En ligne]. <https://magazine.cflou.com/impacts-psychologiques-malvoyance/>. Consulté le 24 septembre 2022.

25. Demoustier S. La place de l'accompagnement psychologique au sein de la réadaptation fonctionnelle : 12 p.

26. Baltenneck N, Portalier S, Chapon PM, Osiurak F. Parcourir la ville sans voir : effet de l'environnement urbain sur la perception et le ressenti des personnes aveugles lors d'un déplacement in situ. L'année psychologique. 2012 ;112 : 403-433. [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-l-annee-psychologique1-2012-3-page-403.htm>. Consulté le 6 juin 2022.

27. Aumeunier C., Desbordes L., Guillot G., Bonnet-Macaes F., Gauthier M. Chapitre 10 : Adaptation. In: Robert P-Y. Déficiences visuelles. Paris : Elsevier Masson ; 2017. [En ligne]. https://www.em-consulte.com/em/SFO/H2017/file_100022.html. Consulté le 6 juin 2022

28. Institut Narareth et Louis-Braille. Aménagements intérieurs [En ligne]. https://www.santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/2022/04/amenagements_interieurs.pdf. Consulté le 6 juin 2022

29. CFPSAA. Les besoins des personnes déficientes visuelles accès à la voirie et au cadre bâti. Paris : Auran ; 2010 : 65 p.[En ligne]. <http://accessibilite-universelle.apf.asso.fr/media/02/01/1082664205.pdf>. Consulté le 6 juin 2022.

30. Fédération des Aveugles de France. Augustin, papa malvoyant. Accessibilité. [En ligne]. <https://aveuglesdefrance.org/nos-combats/accessibilite/>. Consulté le 6 juin 2022

31. Oyonarte M, Pauc M, Villard M. Perdre la vue : de la révolte et du désespoir... A une nouvelle indépendance ? *Le journal des psychologues*. 2020 ; 383 (1) :62-66. [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2021-1-page-62.htm>. Consulté le 6 juin 2022.
32. Rees G, Hui Wen T, Manjula M, Eva F, Dirant M. Vision-specific distress and depressive symptoms in people with vision impairment. *IOVS*. juin 2010;51(6): 2891-2895.
33. Langelaan M, De Boer MR, Van Nispen RMA, Wouters B, Moll AC, Van Rens GHMB. Impact of visual impairment on quality of life: A comparison with quality of life in the general population and with other chronic conditions. *Informa Healthcare*. 2007 ; 14 : 119-126.
34. Valente D, Bara F, Afonso-Jaco A, Baltenneck N, Gentaz É. La perception tactile des propriétés spatiales des objets chez les personnes aveugles: *Enfance*. 4 mars 2021 ; N° 1 :69-84. [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-enfance-2021-1-page-69.htm?ref=doi>. Consulté le 12 mars 2022.
35. Dulin D, Martins D. Expérience tactile et capacités d'imagerie mentale des aveugles congénitaux. *Bulletin de psychologie*. 2006 ; Numéro 482(2) :159. [En ligne]. <http://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2006-2-page-159.htm>. Consulté le 12 mars 2022.
36. De Singly F. Pourquoi produire des chiffres ? In : *Le questionnaire*. 4ème édition. Paris : Armand Colin ; 2016 : 18-19.
37. Ghiglione R, Matalon B. Comment interroger ? les questionnaires. In : Ghiglione R., Matalon B. *Les enquêtes sociologiques Théories et pratique*. Nancy : Armand Colin ; 1985 : 94-95.
38. Lettre du CEDIP. Modalités de recueil d'information : un tableau comparatif. [En ligne]. https://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_EL58_modalites_de_recueil_d_information_cle2c6239.pdf. Consulté 3 oct 2022.
39. De Singly F. La conception du questionnaire. In : De Singly F. *Le questionnaire*. 4ème édition. Paris : Armand Colin, 2016 : 21-32.
40. Boure R. Paul Lazarsfeld (1901-1976), sociologue des médias. [En ligne]. <https://sms.hypotheses.org/19820>. Consulté le 5 octobre 2022.

41. La lettre de CEDIP. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information. [En ligne]. https://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf. Consulté le 15 février 2023.
42. Meyer S. Le projet terminologique de ENOTHE. In : Mayer S. De l'activité à la participation. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur ; 2013 : 16.
43. Hanneke van Bruggen. Conférence ENOTHE. [En ligne]. http://enothe.eu/Wordpress%20Documents/Galway/Conf%C3%A9rence%20ENOTHE2016_05_03%20french%20version.pdf. Consulté le 28 avril 2023.
44. Meyer S. Démarches et raisonnements en ergothérapie. [En ligne]. https://www.hetsl.ch/fileadmin/user_upload/rad/editions/45_de__marches_et_raisonnements_en_ergothe__rapie.pdf. Consulté le 25 mars 2023.
45. Djaoui E. Rôle sociaux et activité : éclairage psychologique de la notion d'activité dans ses liens avec le rôle sociale. In : Morel-Bracq M-C. Trouvé E. Offenstein E. Quevillon E. Riguet K. Hernandez H. Ung Y. et al. L'activité humaine : un potentiel pour la santé ? Louvain-la-Neuve : de boeck solal; 2015 : 207-216.
46. Ergopsy. Activités et médiations. Activités ou médiations ? Activités thérapeutiques [En ligne]. <http://www.ergopsy.com/activites-therapeutiques-a404.html>. Consulté le 11 janv. 2023.
47. Morel-Bracq MC. Les modèles conceptuels en ergothérapie. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur ; 2017.
48. Ergopsy. Modèles en ergothérapie. [En ligne]. <http://www.ergopsy.com/modeles-en-ergotherapie-a358.html>. Consulté le 11 janv. 2023.
49. Morel-Bracq M-C. Modèles généraux en ergothérapie. In: Morel-Bracq M-C. Les modèles conceptuels en ergothérapie. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur ; 2017 : 72-85.
50. Bigex A. Le patient acteur de sa prise en charge en ergothérapie : de l'activité analytique à l'activité signifiante. Hand Surgery and Rehabilitation. 2017 ;36(6) : p 502. [En ligne]. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468122917303924>. Consulté le 11 janv. 2023.
51. Duarte A, Bru S. Outil 32. La théorie du flow. In : Duart A., Bru S. La boîte à outils de la gamification. Paris : Dunod ; 2021 : 100-101. [En ligne]. <https://www.cairn.info/la-boite-a-outils-de-la-gamification--9782100816903-p-100.htm>. Consulté le 11 janv. 2023.

52. Morel-Bracq M-C. Activité et qualité de vie, la théorie du flow. *Ergothérapies*. 2001 ; 4(4) : 19-24.
53. Demontrond P, Gaudreau P. Le concept de « flow » ou « état psychologique optimal » : état de la question appliquée au sport. *Staps*. 2008; 79(1): 9-21. [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-staps-2008-1-page-9.htm#:~:text=En%20r%C3%A9sum%C3%A9%20le%20flow%20appara%C3%AEt,r%C3%A9alisation%20d'une%20haute%20performance>. Consulté le 11 janvier 2023.
54. Lecomte J. La théorie du flux. Comment la motivation intrinsèque donne du sens à notre vie. In : Carré P., Fenouillet F. *Traité de psychologie de la motivation*. Dunod ; 2009 : 107-24. [En ligne]. <https://www.cairn.info/traite-de-psychologie-de-la-motivation--9782100515837-page-107.htm>. Consulté le 3 février 2023.
55. Boyer C. La motivation et ses théories. In: Morel-Bracq M-C. Trouvé E. Offenstein E. Quevillon E. Riguet K. Hernandez H. Ung Y. et al. *L'activité humaine: un potentiel pour la santé ?* Louvain-la-Neuve : de boeck solal; 2015: 89-95
56. Ordre des ergothérapeutes du Québec. L'activité : un besoin fondamental de l'être humain. 2008. [En ligne]. <https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/4-l-activite-un-besoin-fondamental-de-l-etre-humain.html>. Consulté le 1 mai 2023.
57. CNRTL. Définition de bien-être. [En ligne]. <https://www.cnrtl.fr/definition/bien-%C3%AAtre>. Consulté le 11 janvier 2023.
58. Santé Public France. Santé Mentale. [En ligne]. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale>. Consulté le 4 fév 2023.
59. YOZE. Les 6 dimensions du bien-être. [En ligne]. <https://yoze.fr/blogs/le-blog-yoze/les-6-dimensions-du-bien-etre>. Consulté le 4 février 2023.
60. Fabien. Les 6 composants du bien-être. [En ligne]. <https://fabiencoachsportif.fr/composantes-bien-etre/>. Consulté le 4 février 2023.
61. Siksou M. Le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical. *Le Journal des psychologues*. 2008 ; 260(7) : 52-55. [En ligne]. <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2008-7-page-52.htm>. Consulté le 20 janvier 2023.

62. Revue Medicale Suisse. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie [En ligne]. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2010/revue-medicale-suisse-258/le-modele-biopsychosocial-beaucoup-plus-qu-un-supplement-d-empathie>. Consulté le 20 janv. 2023.
63. Heutte J. Bien-être psychologique : hédonisme ou eudémonisme ? [En ligne]. <http://jean.heutte.free.fr/spip.php?article110>. Consulté le 11 janvier 2023.
64. Gendron B. Chapitre 4. Capital émotionnel et approche eudémoniste d'une performance et d'une économie mieux-/bienveillantes. In : Gendron B. Mindful management & capital émotionnel. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur ; 2015 : 55-63. (Manager RH). [En ligne]. <https://www.cairn.info/mindful-management-et-capital-emotionnel--9782804188917-p-55.htm>. Consulté le 11 janv. 2023.
65. La Psychologie Positive pour tous. Modèle du bien-être psychologique de Carol Ryff. 2020. [En ligne]. <http://psychologie-positive.blogspot.com/2020/12/modele-du-bien-etre-psychologique-de.html>. Consulté le 11 janvier 2023.
66. Réseau Québécois de Recherche sur le Vieillissement. Echelle du bien-être psychologique de Ryff. [En ligne]. <http://www.rqrv.com/fr/instrument.php?i=181>. Consulté le 11 janvier 2023.
67. De Potter J-C. Contribution de l'activité physique et sportive au bien-être des personnes déficientes visuelles. Science & Sports. 2006 ;21(4) : 249-250. [En ligne] <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0765159706000955>. Consulté le 11 janv. 2023.
68. Eymard C. Chapitre 1 : Approche méthodologique : comprendre et choisir une méthode de recherche. In : Eymard C. Initiation à la recherche en soins et santé. RUEIL-MALMAISON : Lamarre ; 2003 : 49-56.
69. Tetreault S. Guillez P. Entretien de recherche. In : Tetreault S. Guillez P. Guide pratique de recherche en réadaptation. Paris : De boeck Supérieur ; 2014 : 215-45.
70. Bellenger L, Couchaere M-J. Chap 1: Questionner: un acte essentiel de communication. In : Bellenger L, Couchaere M-J. Les techniques de questionnement. Tout sur l'art de questionner. 7eme éd. ESF sciences humaines ; 2018.

71. De Ketele JM, Roegiers X. Chapitre 1 : Approche générale du recueil d'information. In : De Ketele JM, Roegiers X. Méthodologie du recueil d'informations. Fondement des méthodes d'observation, de questionnaire, d'interview et d'étude de documents. 5eme édition. Louvain-la-Neuve : De Boeck supérieur. ; 2015 : 7-29.
72. Blanchet A, Gotman A. chapitre 2 : la préparation de l'enquête. Chapitre 3 : La réalisation de l'enquête. In : Blanchet A.,Gotman A. L'entretien. Malakoff : Armand Colin ; 2015 : 35-83.
73. Romelaer P. Chapitre 4. L'entretien de recherche. In : Roussel P., Wacheux F. Management des ressources humaines (Méthodes & Recherches). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur ; 2005 :101-37. [En ligne]. <https://www.cairn.info/management-des-ressources-humaines--9782804147112-p-101.htm>. Consulté le 9 février 2023.
74. IMT Atlantique - Business Intelligence. L'entretien comme technique de collecte de données. [En ligne]. http://formations.imt-atlantique.fr/bi/bi_entretien.html. Consulté le 9 février 2023.
75. Claude G. L'entretien de recherche : définition, utilisation, types et exemples. 2019 [En ligne]. <https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-recherche/>. Consulté le 9 février 2023.
76. Effet de halo. [En ligne]. https://www.toupie.org/Biais/Effet_halo.htm. Consulté le 3 mai 2023.
77. République Française. Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine. Loi n° 2012-301 du 5 mars 2012 relative au suivi des enfants en danger par la transmission des informations. JORF n° 0056 du 06/03/2012. p 317. [En ligne]. https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=RmLuYk2_t0sMKpcoquw-OaBVOO4Ees1U922iCwIn4_8. Consulté le 17 avril 2023.

Glossaire

ANFE : Association National Françaises des Ergothérapeutes

SMR : Services Médicaux et de Réadaptation

OMS : Organisme Mondiale de la Santé

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies

CIH : Classification Internationale du Handicap

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

ARRADV : Association de Réadaptation et de Réinsertion pour l'autonomie des Déficients Visuels

CFPSAA : Confédération Française pour la promotion sociale des aveugles et amblyopes

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SESSAD : Service d'Éducation Spécial et de Soins A Domicile

SAAAIS : Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire

CMVRH : Centre Ministériel de Valorisation des Ressources Humaines

AVJ : Activité de la Vie Journalière

FIDEV : Formation Insertion et Réadaptation pour Déficients Visuels

Annexes

1. Résultats des bases de données.....	p 70
2. Tableau de synthèse d'analyse critique de la revue de littérature.....	p 71
3. Matrice de questionnaire de l'enquête exploratoire.....	p 94
5. Matrice théorico-conceptuelle.....	p 100
6. Matrice de la grille d'entretien de l'étude.....	p 105
7. Fiche de renseignement de l'étude.....	p 107
8. Fiche de consentement de l'étude.....	p 108
10. Matrice d'analyse textuelle des entretiens de l'étude.....	p 109

Annexe 1 : Résultats des bases de données

Base de données	Équation	Sélection selon le texte	Sélection selon le résumé	Sélection selon le titre	Articles retenus
Cairn	[(rééducation) OU (réadaptation) OU (techniques)] ET [(Déficients visuels) OU (malvoyants) OU (aveugles)] ET [(interaction) OU (environnement) OU (quotidien) OU (autonomie)]	16 604	400	150	6
Pubmed	[(visual impairment) OR (blind) OR (sighted person)] AND ((rehabilitation) OR (therapy) OR (techniques) AND ((interaction) OR (environment) OR (daily) OR (autonomy) OR (self-government)))	62 261	61 975	400	3
Google scholar	(((visual impairment) OR (blind) OR (sighted person)) AND ((rehabilitation) OR (therapy) OR (techniques) AND ((interaction) OR (environment) OR (daily) OR (autonomy) OR (self-government))))	17 800	200	20	3
Em premium	(((visual impairment) OR (blind) OR (sighted person)) AND ((rehabilitation) OR (therapy) OR (techniques) AND ((interaction) OR (environment) OR (daily) OR (autonomy) OR (self-government))))	100	50	15	1
Gouv.fr		5	2	2	1
Total analysé					12

Annexe 2 : Tableau de synthèse d'analyse critique de la revue de littérature

+++ : degrés de scientificité fort /++ : degrés de scientificité moyen/ +/- : degrés de scientificité faible / - : source non scientifique

Sources / Niveau de scientificité

+++.

L'année psychologique

Parcourir la ville sans voir : effet de l'environnement urbain sur la perception et le ressenti des personnes aveugles lors d'un déplacement in situ

Psychologie

Population : 26 aveugles moyenne d'âge 45 ans 14 femmes et 12 hommes. 9 personnes en cécité précoce (avant 3 ans) et 17 personnes en cécité tardive

Thème/ Objet traité/ Méthode utilisée/ Approche privilégiée

Capacité de déplacement des personnes aveugles de façon sécuritaire dans la ville et leurs ressentis

Equilibre posturale de la vision

Etude impact des ambiances urbaines sur les modalités sensorielles sollicitées par les marcheurs aveugles.

Expérience de déplacement commentée dans le 3eme arrondissement de Lyon dans différents lieux (ruelle, place, berge, rue). Parcours de 900 mètres environs

Principaux résultats

Sens les plus utilisés : -**Audition** : perception de l'environnement, action/ -**Sens de masse** : perception (env ouvert), action (fermé). Interaction entre audition, touché et proprioception/ -**Tactile** : perception (env fermé), action (env ouvert)

Ressentis : Anxiété : 17% : diminue dans espaces encaissés type ruelles : Désorientation tactile (dim repère au sol = 34%) / Désorientation auditive (15%) / Crainte de la chute (13%) ou collision (9%) / Insécurité (19%) ou gêne à causes des obstacles (10%). / **Plaisir** : 9% Perception : pleine de l'env dans la diversité et richesse sonore (40%) / Facilité de déplacement avec des repères identifiable et mémorisables (20%) / Sécurité (40%) + dans les ruelles : env sonores favorables, sécurité par l'identification des positions

Questions : Comment sont fait les aménagements dans les autres villes ? Y a-t-il un travail a faire en amont avec les personnes DV pour faciliter et affiner leurs sens ? Rôles de l'ergothérapeute auprès des collectivités pour faire valoir les problématiques et besoins des personnes DV ?

Sources / Niveau de scientificité

+++

Déficiência visuelle chapitre 10 : Adaptation

Ophthalmologie

Population : Mal-voyants, très mal voyants, aveugles

Thème/ Objet traité/ Méthode utilisée/ Approche privilégiée

Adaptations pour les personnes DV

Techniques de guide

Adaptation du domicile

Technologie innovante de l'intelligence artificielle

Principaux résultats

Technique de guide : Déplacement confortable, efficace, attrice de son déplacement

Adaptation du domicile : Valorisation des infos visuelles, utilisation des sens compensatoires, organisation rigoureuse, ...

Respect des normes du Code de la construction et de l'habitation : Tester et avis auprès des ophtalmo, orthoptiste, ergothérapeutes, avjistes peut être nécessaire

Questions :

Sources / Niveau de scientificité

+++ Octobre 2003

Société Logique / Institut Nazareth et Louis-Braille

Critères d'accessibilité répondant aux besoins des personnes ayant une déficience visuelle

Expert, architecte, spécialistes dans la basse vision

Thème/ Objet traité/ Méthode utilisée/ Approche privilégiée

Promouvoir et intervenir dans le développement et la création d'environnements universellement accessibles,

Favoriser la participation sociale des personnes ayant une déficience visuelle en contribuant à éliminer les obstacles environnementaux

Fiches techniques

Faciliter l'accessibilité des personnes DV et aveugles

Principaux résultats

Besoin de réaliser des aménagements aussi bien à l'extérieur, qu'à l'intérieur des bâtiments pour faciliter les déplacements et la vie des personnes DV : éclairage, changement de revêtement de sol, alerte en début et fin d'escalier, signal tactile sur les parois vitrées, éviter les espaces vastes, signalisation en gros et police sans empâtement, adaptation des boutons en tactile, retours sonores, ...

Questions : Y a-t-il des ergothérapeutes travaillant dans ce domaine-là ? Est-il nécessaire de faire intervenir des professionnels spécialisés en basse vision pour faciliter l'adaptation ?

Sources / Niveau de scientificité

+++ 2010

Confédération Française pour la Promotion Sociale des Aveugles et Amblyopes (CFPSAA)

Les besoins des personnes déficientes visuelles accès à la voirie et au cadre bâti

Préconisation

Population : Malvoyants

Thème/ Objet traité/ Méthode utilisée/ Approche privilégiée

Relever les besoins des personnes DV pour l'accès à la voirie et au cadre bâti

Guide pour faciliter l'autonomie des personnes DV pour les concepteurs de projet et acteurs de terrains

Rédaction avec le support des lois et par les ressentis et besoins identifiés auprès des personnes DV de l'association

Principaux résultats

Moyens compensations : Ouïe / Audition : guidance déplacement, identification d'espace/ **Perception de masses** : présence d'une masse ou de discontinuité, maintien du sens de déplacement ou repères / **Toucher** : informe de ce qui l'entoure : main, canne blanche, pied, odorat, mémoire, aides humaines/animalières

Fiches thématiques : Ambiances visuelles, Chemin et revêtement au sol, traversée piétonne en sécurité, escaliers, équipements mécaniques, ascenseurs, sanitaires

Questions : Comment faciliter la construction mentale de l'environnement ? Prise en charge en amont pour faciliter le repérage, ...

Sources / Niveau de scientificité

++ Journal de psychologie

Perdre la vue : de la révolte et du désespoir... A une nouvelle indépendance ?

Psychologie

Population : Personnes ayant perdu la vue progressivement

Thème/ Objet traité/ Méthode utilisée/ Approche privilégiée

Lâcher prise

Restauration narcissique

Investissement mental des autres sens

Principaux résultats

Perdre la vue = perdre maîtrise de l'environnement / Annonce : perte de confiance en soi, repli et dévalorisation

Progressivement un lâcher prise de la vision opère avec un investissement mental des autres sens : atteindre une nouvelle façon d'être → rétablir la confiance en soi, communication avec les autres

Être non plus géré par l'atteinte visuelle, mais la gérer ; ne plus être son objet, mais devenir sujet.

Questions : Comment est fait ce revirement de situation ? Quels supports utilisent les professionnels pour aider les personnes à retrouver cette interaction avec l'environnement ?

Sources / Niveau de scientificité

++ 2007 Epidémiologie ophtalmique

Impact of visual Impairment on Quality of Life: A Comparaison with Quality of Life in the General Population and With Other Chronic Conditions

Ophtalmologie

Population : 128 patients d'un centre de rééducation Pour adultes déficients visuels aux Pays-Bas

Thème/ Objet traité/ Méthode utilisée/ Approche privilégiée

Etude néerlandaise visant à évaluer les répercussions de la déficience visuelle sur la qualité de la vie des deux populations

Echelle HRQoL : échelle de la qualité de vie liée à la santé

Description de la HRQoL générique et l'état de santé des personnes malvoyantes

Comparaison des HRQoL des patients malvoyants avec celle de la population des Pays Bas et des patients souffrant d'autres maladies chroniques

Principaux résultats

Soins personnels : pas une tâche du quotidien nécessitant une capacité oculaire important

DV : impact significatif dans les activités de la vie quotidienne

Limites : -Personnes âgées très peu représentées dans l'étude / -Administration du questionnaire en face à face donc impact psychologique car sujets intimes = peur de répondre, peur de jugement / -Nécessité d'avoir une bonne mémoire = limitée avec l'âge

Questions :

Sources / Niveau de scientificité

+++ 2010

Investigation Ophtalmologique et sciences visuelles

Vision-Specific Distress and Depressive Symptoms in People with Vision Impairment

Population : 143 patients d'une Clinique de soins oculaire en Australie

Thème/ Objet traité/ Méthode utilisée/ Approche privilégiée

Explorer les contributions de la détresse visuelle spécifique dans la prédiction des symptômes dépressifs chez les personnes ayant une déficience visuelle en Australie

Apporter de nouveaux résultats aux études précédentes

Principaux résultats

Emotion de la déficience visuelle : symptômes dépressifs chez les personnes malvoyantes. Activités réduites = symptômes dépressifs

Mise en évidence pour la première fois de l'impact de la détresse liée à la maladie, contribuant à la dépression

Limites : -Echantillon petit / -Transversale : ne permet pas de comprendre la causalité de ses troubles → besoin d'une étude longitudinale sur l'impact de la détresse liée à la maladie sur la qualité de vie

Questions :

Sources / Niveau de scientificité

+ 2021

Enfance

La perception tactile des propriétés spatiales des objets chez les personnes déficientes visuelles

Psychologie

Thème/ Objet traité/ Méthode utilisée/ Approche privilégiée

Propriétés spatiales des objets (y compris le corps propre) et les relations spatiales que ces objets entretiennent entre eux.

Intérêt à la perception haptique (tactilo-kinesthésique) qui nécessite une exploration active de l'environnement par l'individu

Recherche de savoir si les processus perceptifs mis en œuvre sont similaires dans les modalités visuelle et haptique ou/et s'il existe des processus haptiques spécifiques.

Principaux résultats

Perception cutanée (passive) : Perception haptique (active) : stimulation de la peau, résultant des mouvements d'exploration de la main entrant en contact avec les objets. / Percevoir et se représenter l'espace et propriété spatiale de l'objet = différents sens : -**Vision** : accès rapide et simultané à un ensemble d'infos. -**Perception haptique** : propriétés spatiales des objets, mais moins précise que la vision alors qu'elle excelle pour les propriétés matérielles. Perception haptique explique en partie les différences observées dans la performance des personnes avec les yeux bandés et les aveugles : aveugles : représentation mentale s'appuient sur un ensemble d'expériences tactiles et proprioceptives

Questionne l'accès à la compréhension des images tactiles que l'on peut trouver dans les livres tactiles pour enfants → propositions mieux adaptées pour illustrer des livres

Recréer des expériences tactiles plus proches des représentations mentales des personnes aveugles : utiliser des formes texturées, objets miniatures à manipuler ou scénarios en 3D

Questions :

Sources / Niveau de scientificité

+ 2006

Bulletin en psychologie

Expérience tactile et capacités d'imagerie mentale des aveugles congénitaux

Psychologie cognitive

Population : Sujet aveugles congénitaux dans des activités

Thème/ Objet traité/ Méthode utilisée/ Approche privilégiée

Imagerie mentale sur modalités sensorielle

Vérifier l'hypothèse de Thimus-Blanc et Gaunet selon laquelle ce serait la variabilité des capacités interindividuelles d'imagerie mentale, qui expliquerait certaines des divergences observées.

Etudes de précédents résultats

Réalisation de 3 épreuves (rotation mentales, parcours mentaux et estimations de longueurs) = comparaison des performances des voyants yeux bandés et les non-voyants sur différentes tâches

Principaux résultats

Perception visuelle et représentation mentale si proche que recherche actuelle essaie de déterminer l'influence du 1er sur la 2eme

En accord avec l'hypothèse avancée : différences interindividuelles constitueraient l'une des origine des divergences relevées dans la littérature

Ensembles de facteurs et histoire personnelle : emprise sur les performances (difficile de mesurer le poids de chaque facteurs)

Existe des imageants plus ou moins compétents chez les aveugles congénitaux : il faut les classer en fonction des groupes d'appartenance

Image de nature picturale plus facilement imaginable par les sujets ayant perdu la vue tardivement : garde des traces visuelles des images qui sont remplacé progressivement par une représentation fondée sur les expériences haptiques. **Limites** : -Interroge sur l'étendue des résultats de recherche / -Comparaison de résultats obtenus par des échantillons de populations diverses

Questions :

Sources / Niveau de scientificité

+++ 2006

Arrêté du 1 août 2006 sur l'application des codes de construction et d'habitation relatifs à l'accessibilité aux personnes handicapées des bâtiments d'habitation collectifs et des maisons individuelles construction – Législation

Population : Personnes âgées, handicapées, famille

Thème/ Objet traité/ Méthode utilisée/ Approche privilégiée

Code de la construction et de l'habitation pour les personnes âgées, handicapées et la famille

Code de construction et habitation

Principaux résultats

Accessibilité des bâtiments, possibilité de localisation, orientation sur les cheminements, signalisation, revêtements avec contraste visuel et tactile, place adaptée pour les personnes handicapées proximités des entrées et ascenseur, ...

Questions : Y aurait-il un rôle pour l'ergothérapeute au niveau des décisions dans le code de construction et d'habitation ? Comment pourrait intervenir l'ergothérapeute ?

Sources / Niveau de scientificité

+++ 2005

LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Législation

Population : Personne handicapées, représentants, asso de gestion d'établissement

Thème/ Objet traité/ Méthode utilisée/ Approche privilégiée

Egalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Loi

Principaux résultats

Politique en faveur des personnes handicapées ; droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale

Accès de l'enfant, ado ou adulte handicapé aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et son maintien dans un cadre ordinaire de scolarité, travail et de vie

Accompagnement et soutien des familles et proches

Organisation d'une conférence nationale du handicap tous les 3 ans

Questions : Tous les articles de lois sont-ils respectés ? Quel serait le rôle de l'ergothérapeute dans ses décisions ?

Sources / Niveau de scientificité

+

Fédération des Aveugles de France

Augustin, papa malvoyant

Population : Personne ayant une rétinite pigmentaire héréditaire

Thème/ Objet traité/ Méthode utilisée/ Approche privilégiée

Accessibilité du cadre bâti, voirie et transport

Témoignage et appui sur d'autres études réalisées par l'association

Principaux résultats

Malgré diverses lois, constate qu'il reste beaucoup de points à améliorer dans le domaine de l'accessibilité. Beaucoup d'actions mises en place par l'association.

Bâti : beaucoup de thématiques sont restées au stade de travaux et régression généralisée dans ce domaine → attente de l'asso : donner aux personnes les possibilités de se repérer, s'orienter, se localiser, s'informer le plus facilement possible

De plus en plus de difficultés à se déplacer : avènement des voitures électriques silencieuses, trottoirs qui s'abaissent au niveau de la chaussée et qui sont partagés avec les cyclistes, rues transformées en zones et espaces de rencontres, traversées piétonnes toujours pas identifiables et de plus en plus implantées en diagonale dans des arrondis de chaussées, développement du tramway, usure de bandes de vigilance, défaut de maintenance des systèmes sonores, etc. → attente de changements et aménagements pour favoriser un meilleur accès des voiries et transports

Questions : Y a-t-il des ergothérapeutes dans cette association ? Comment faire pour que la parole des acteurs soit plus prise en compte ?

Sources / Niveau de scientificité

+

Fédération des Aveugles de France

Augustin, papa malvoyant

Population : Personne ayant une rétinite pigmentaire héréditaire

Thème/ Objet traité/ Méthode utilisée/ Approche privilégiée

Accessibilité du cadre bâti, voirie et transport

Témoignage et appui sur d'autres études réalisées par l'association

Principaux résultats

Malgré diverses lois, constate qu'il reste beaucoup de points à améliorer dans le domaine de l'accessibilité. Beaucoup d'actions mises en place par l'association.

Bâti : beaucoup de thématiques sont restées au stade de travaux et régression généralisée dans ce domaine → attente de l'asso : donner aux personnes les possibilités de se repérer, s'orienter, se localiser, s'informer le plus facilement possible

De plus en plus de difficultés à se déplacer : avènement des voitures électriques silencieuses, trottoirs qui s'abaissent au niveau de la chaussée et qui sont partagés avec les cyclistes, rues transformées en zones et espaces de rencontres, traversées piétonnes toujours pas identifiables et de plus en plus implantées en diagonale dans des arrondis de chaussées, développement du tramway, usure de bandes de vigilance, défaut de maintenance des systèmes sonores, etc. → attente de changements et aménagements pour favoriser un meilleur accès des voiries et transports

Questions : Y a-t-il des ergothérapeutes dans cette association ? Comment faire pour que la parole des acteurs soit plus prise en compte ?

Annexe 3 : Matrice de questionnaire de l'enquête exploratoire

Numéro des questions	Indicateur par variable	Intitulé	Modalité de réponse	Objectifs
Ce questionnaire est réalisé dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche. L'anonymat sera respecté tout au long du questionnaire. Les données recueillies seront gardées durant cinq ans maximum et seront utilisées à des fins uniques pour le mémoire d'initiation à la recherche. Les critères d'inclusions sont les ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé(e)s avec un public adultes (18 ans et plus) de personnes déficientes visuelles de façon régulière.				
Q1	Consentement	Acceptez-vous de répondre à ce questionnaire ?	Question fermée binaire (cocher la réponse qui convient) : OUI/NON	Connaître le consentement des interrogées
Si non : arrêt du questionnaire				
Q2	Modalité d'exercice	Êtes-vous ergothérapeute ?	Question fermée binaire (cocher la réponse qui convient) : OUI/NON	S'assurer que le public entre dans les critères d'inclusions
Q3		Dans quelle structure travaillez-vous ?	Question semi-ouverte à choix multiple (cocher la réponse qui convient) : SMR/Lieu de vie/SESSAD/SAMSAH/ Autres :	S'assurer que le public entre dans les critères d'inclusions + connaître le lieu d'exercice
Q4		Avec quel public travaillez-vous ?	Question fermée binaire (cocher la réponse qui convient) : Mineurs / Majeurs	Si mineurs, fin du questionnaire
Q5		Si vous travaillez avec des personnes majeures, quelle est la tranche d'âge de votre public ?	Question semi-ouverte (cocher la réponse qui convient) : 18 à 65 ans / Plus de 65 ans/ Les deux	Connaître le public pris en soin en ergothérapie
Q6		Depuis combien de temps travaillez-vous avec ce public ?	Question fermée binaire (cocher la réponse qui convient) : - de 6 mois / + de 6 mois	Connaître la durée d'exercice des ergothérapeutes
Q7			Quel est le pourcentage de votre travail avec des personnes déficientes visuelles ?	Question semi-ouverte (cocher la réponse qui convient) : Entre 0% et 15% / Entre 16% et 25%/ Entre 26% et 50% / Entre 51% et 75%/ Entre 76% et 100%

Définition de prise en soin psychologique (définition psychologique) :				
La prise en charge psychologique se réduit souvent en psychologie de la santé à un ensemble de démarches plus ou moins proches de l'éducation à la santé, où il s'agit d'éduquer les patients à avoir des comportements plus adaptés à leur nouvelle situation de malade. L'objectif est de favoriser la mise en mots de l'expérience subjective du patient sur les plans affectif, corporel et relationnel (Gustave-Nicolas Fischer, Cyril Tarquinio)				
Q8	Connaissances des ergothérapeutes sur la prise en soin psychologique	Avez-vous des connaissances sur la prise en soins psychologique auprès des personnes déficientes visuelles ?	Question fermée (cocher la réponse qui convient) : OUI/NON	Connaître les connaissances des ergothérapeutes sur le sujet
Q9		Quel est votre avis sur la prise en soin, par les ergothérapeutes, de l'approche psychologique ?	Question préformée à choix multiple et semi ouverte (cocher la réponse qui convient) : Bonne idée et déjà mis en place/ Bonne idée mais non mis en place/ Pas intéressant/ Pas la place de l'ergothérapeute/ Ne se prononce pas / Autres :	Connaître l'avis des ergothérapeutes sur la pratique
Q10		Mettez-vous en place une prise en soin spécifiquement psychologique ?	Question semi-ouverte (cocher la réponse qui convient) : OUI/NON	Connaître la mise en pratique de l'approche psychologique avec ce type de public
Q11	Ergothérapeutes pratiquant l'approche psychologique auprès des personnes déficientes visuelles	Quels accompagnements proposez-vous aux patients pour travailler la dimension psychologique ?	Question préformée à choix multiples et semi-ouverte (cocher la réponse qui convient) : Travail en groupe / Travail individuel/ Travail personnel/ Autre	Connaître les modalités d'accompagnements proposés
Q12		Quels supports de médiations proposez-vous aux patients pour travailler la dimension psychologique ?	Question ouverte	Connaître les supports de médiation pour l'accompagnement de l'aspect psychologique

Q13		Quels outils utilisez-vous pour évaluer la répercussion de la déficience visuelle sur l'aspect psychologique des patients ?	Question ouverte :	Connaître les outils utilisés par les ergothérapeutes pour évaluer l'impact psychologique chez les patients
Q14		Mettez-vous en place la prise en soin psychologique dans un même temps que la prise en soin rééducative ?	Question fermée binaire (cocher la réponse qui convient) : OUI/NON	Connaître la possibilité de mise en pratique de deux approches dans un même temps
Q15	Retour sur votre pratique	Quels ont été les retours sur votre approche psychologique par les patients ?	Question à choix multiple semi ouverte (cocher la réponse qui convient) : Beaucoup de bénéfice/ Bénéfice à compléter par d'autres professionnels/ Pas de bénéfice/ Doutes sur les bénéfices / Autres	Connaître de façon subjective les retours des patients sur la pratique proposée
Q16		Quels ont été les retours sur votre approche psychologique par l'équipe pluriprofessionnelle ?	Question à choix multiple semi ouverte (cocher la réponse qui convient) : Beaucoup de bénéfice/ Bénéfice à compléter par d'autres professionnels/ Pas de bénéfice/ Doutes sur les bénéfices / Autres	Connaître de façon subjective le retour des professionnels sur la pratique proposée
Q17		Est-ce que la mise en place de la prise en soin psychologique apporte une plus-value à votre pratique ?	Question fermée binaire (cocher la réponse qui convient) : OUI/NON	Connaître l'utilité de la prise en soin psychologique dans la pratique de l'ergothérapeute
Q18		Pourquoi ?		
Q19	Besoins	Au sujet de l'accompagnement de l'aspect psychologique des patients déficients visuels, diriez-vous que vos connaissances sont :	Question à choix multiples et semi-ouverte (cocher la réponse qui convient) : Suffisantes/A approfondir/A mettre à jour/ Volonté de me former sur d'autres outils/ Autres :	Connaître les besoins des ergothérapeutes pour la mise en place efficiente de la pratique de l'aspect psychologique

Q20	Raison de la non mise en place	Quelles sont les raisons de la non mise en place de l'accompagnement psychologique auprès des personnes déficientes visuelles ?	Question semi-ouverte (cocher la réponse qui convient) : Pas de nécessité/Manque de connaissance dans ce domaine/ Matériels non adaptés/Manque de temps/ Autres	Connaître les raisons de la non mise en place de l'accompagnement psychologique par l'ergothérapeute
Q21	Volonté des ergothérapeutes d'ajouter l'aspect psychologique dans leur pratique	Aimeriez-vous ajouter à votre pratique, l'approche psychologique des patient déficients visuels ?	Question fermée binaire (cocher la réponse qui convient) : OUI/NON	Connaître la volonté d'ajouter la pratique psychologique dans la pratique rééducative
Q22	Pourquoi ?			
Q23	Besoins pour mettre en place l'approche psychologique	De quoi auriez-vous besoin pour mettre en place cette pratique ?	Question à choix multiples et semi ouverte (cocher la réponse qui convient) : Formations/ Accompagnements par des professionnels/ Idées d'outils/ Autres	Connaître les besoins des ergothérapeutes pour ajouter l'aspect psychologique dans leurs pratiques

Annexe 5 : Matrice théorico-conceptuelle

Variables	Modalités	Indicateurs
Activités significantes	Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)	Interaction entre -la personne, -ses motivations, ses habitudes de vie, ses capacités -son environnement pour la mise en place d'une activité
		Centrée sur la personne
		Basée sur les choix de la personne, ses actions et ses expériences
		Être : volition
		Agir : réalisation de l'activité
		Devenir : conséquence de l'agir
		Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO)
	Personne : physique, cognitif, affectif, spirituel	
	Environnement : culturel, physique, institutionnel, social	
	Occupation : soins personnels, productivité, loisirs	
	Théorie du flow	Théorie du flow
		Comprendre les émotions ressenties dans des activités État mental trouvé lorsqu'une personne est complètement plongée dans une activité

		Amélioration des fonctionnements du cerveau et état de conscience de la personne
		Établissement par la personne de ses objectifs selon l'évaluation de ses possibilités d'action
		8 composants :
		Confrontation à une tâche que l'on a des chances de réussir et une perception d'un équilibre entre ses compétences personnelles et le défi à relever
		Recentrer son attention sur l'action en cours
		Concentration possible car les objectifs sont clairs
		Feed-back clairs
		Investissement important mais sans effort dans l'action : éloigne la conscience des tracas et des frustrations de la vie quotidienne
		Sensations de contrôle sur les actions réalisées et sur l'environnement,
		Absence de souci d'être (conscience de soi) qui paradoxalement émerge plus fort après.
		Altération du sens du temps (allongé ou diminué).
		3 niveaux de complexité de l'activité :
		1 ^{er} niveau : découverte, initiation
		2 ^e niveau amateur
3 ^e niveau : professionnel		
2 types de personnalité :		

		Autotéliques
		Exotélique
	L'activité comme moyen thérapeutique	Pouvoir de redonner sens à une activité
		Rendre autonome la personne
		Changement interne (psychologique) et externe (environnement)
		Amélioration de la qualité de vie, bien-être et vie quotidienne de la personne et de son entourage
		Modèle positif : permettre à la personne de se rendre compte de ses ressources et ses potentialités
		Redonner confiance à la personne
MOH :		
<ul style="list-style-type: none"> - Thérapeute accompagne la personne vers des changements en intervenant sur les différents facteurs - Thérapeute s'adapte à la demande d'activités du patient - Permet une adhésion au soin et à l'engagement dans une activité 		
Bien-être	Domaines du bien-être	Bien-être physique : prendre soin de son corps
		Bien-être mental : -émotionnelle : équilibre entre les émotions + et - -Intellectuelle : apprentissage et goût du changement

		-Spirituelle : connexion aux objectifs personnels et les entreprendre
		Bien-être social : -Social : cercle de connaissances permettant les relations saines -Professionnelle : ressentis vis-à-vis de son emploi, engagement dans des activités
	Modèle biopsychosocial	Représentation de l'Être Humain en tenant compte des composants biologique, psychologique et social
		Tous participent au maintien de la santé ou à la maladie
		Causalités multiples et circulaires de la maladie
		Trois composants ont tous la même importance dans les déterminants de la santé
		Holistique
	Principales dimensions du bien-être selon l'approche hédoniste	Affecte agréables multiples
		Obtention de ce que l'on désire
		Ensembles de facteurs à observer : physique, psychologie et social

	Principales dimensions du bien-être selon l'approche eudémoniste	Réalisation de soi accessible à tous
		Mener une vie vertueuse qui convient à chacun selon son point de vue
		Plaisir et récompense : essence de l'activité humaine
		6 dimensions principales :
		Acceptation de soi
		Croissance personnelle
		But et sens de la vie
		Autonomie
		Maîtrise de l'environnement
	Relation positive avec les autres	
	Éléments occupationnels influençant le bien-être	Activités physiques adaptées
Participation active du patient		

Annexe 6 : Matrice d'entretien de l'étude

Question de recherche : Comment les ergothérapeutes lient-ils les activités significantes et le bien-être des personnes adultes déficientes visuelles dans leur rééducation ?

Objet de recherche : étude sur le lien entre les activités significantes et le bien-être, par les ergothérapeutes lors de la rééducation des personnes adultes déficientes visuelles.

Objet de recherche : étude sur le lien entre les activités significantes et le bien-être, par les ergothérapeutes lors de la rééducation des personnes adultes déficientes visuelles.				
Question inaugurale : Pouvez-vous m'expliquer quel est l'intérêt d'utiliser des activités significantes, auprès des personnes déficientes visuelles dans leur rééducation ?				
	Thèmes	Questions de relance	Sous-thèmes	Objectifs
1.	Facteurs influençant l'engagement des personnes adultes déficientes visuelles dans leurs occupations/activités significantes lors de la rééducation	Pour vous, quels seraient les facteurs influençant l'engagement des personnes déficientes visuelles dans leurs activités significantes durant la rééducation ?	Activités significantes	Identifier les facteurs influençant l'engagement des personnes dans une activité significative

2.	Actions de l'ergothérapeute sur les facteurs influençant l'engagement des personnes adultes déficientes visuelles dans leurs occupations/activités significantes	Comment agissez-vous en tant qu'ergothérapeute, sur les facteurs déterminés auparavant ?	Activités significantes	Identifier les actions de l'ergothérapeute sur les facteurs influençant l'engagement des personnes déficientes visuelles dans leurs activités significantes
3.	Le bien-être	Selon vous, comment les activités significantes peuvent-elles avoir une influence/impact sur le bien-être ?	Bien-être	Identifier si les ergothérapeutes font le lien entre les activités significantes et le bien-être.
4.	Présentation de l'ergothérapeute et son parcours		Ergothérapeute	
5.	Question libre	Avez-vous des questions, conseils à me donner à la suite de cet entretien ?	Mémoire	Laisser libre les personnes interrogées de revenir sur des éléments qui leur semblent importants ou des éléments nouveaux qui ne seraient pas ressortis durant la discussion

Annexe 7 : Fiche de renseignement de l'étude**Fiche de renseignements**

Sexe : M F Non-binaire

Âge :

Année d'obtention du diplôme :

Lieu d'obtention du diplôme :

Lieu(x) d'exercice(s) actuel(s) :

Temps exercé dans ce lieu :

Autre domaine d'exercice :

Types de population prise en soin :

Formation(s) complémentaire(s) :

Réalisez-vous des activités signifiantes en dehors de votre emploi ? Si oui, lesquelles

Réalisez-vous des activités en lien avec votre bien-être ? Si oui, lesquelles ?

Annexe 10 : Matrice d'analyse textuelle des entretiens de l'étude

Ergothérapeutes	Modalité du séjour	Thème 1 : l'intérêt d'utiliser des OS auprès des personnes DV	Thème 2 : les facteurs influençant l'implication de la personne DV dans ses OS et comment les paliers en tant qu'ergothérapeute	Thème 3 : les moyens utilisés par les ergothérapeutes	Thème 4 : Le lien entre OS et B-E + les résultats	Thème 5 : L'intérêt du travail en pluridisciplinarité	Thème 6 : les activités proposées en lien avec le bien-être par l'ergothérapeute	Thème 7 : activités que font les ergo à l'extérieur pour eux
E1	Hospitalisation de jour où les personnes viennent par demi-journée	Bilan sous forme d'entretien semi-directif : patient exprime ses demandes, problématiques et activités significantes Forcément un intérêt vu que c'est la	<u>Facteurs personnels :</u> – L'impression qu'elle ne peut plus rien faire – Manque d'assurance – Motivation – Confiance en soi	– Cuisine thérapeutique – Visite à domicile : marquage au domicile (plaque de cuisson, four, boîtes, paramétrage d'ordinateur aident aux	Forcément un impact – Activité a du sens pour eux – Attente de la personne – Demande initiale de la personne	Division des tâches en fonction des services. – Ergonome : travail le domaine de l'emploi. Entreviens 1 ou 2 fois pour voir le poste de travail de	Dépend des demandes des patients Tâches du quotient Tâches administratives Cuisine	Marche, lecture, peinture, sport = ne met pas forcément en place ces activités-là auprès des patients. Va se renseigner sur la peinture gonflante (je

	<p>personne qui formule la demande</p> <p>Réalisation d'un bilan sous forme d'entretien semi-directif donc le patient exprime clairement ses demandes,</p> <p>Entretien semi-directif permet d'aider la personne évoquer ses situations problématiques et permet de cibler et étoffer</p>	<p>– Dépression/Élan vital</p> <p>– Implication dans la rééducation</p> <p><u>Facteurs de l'environnement :</u></p> <p>– Manque d'adaptation en lien avec le handicap visuel dans le domicile</p> <p><u>Rôle de l'ergothérapeute :</u></p> <p>– Réassurance : porter la personne et lui dire d'essayer et que si cela ne lui convient pas changer ; pas</p>	<p>repérages spatiaux suite à une hospit)</p> <p>– Retrait d'argent</p> <p>– Peu de mise en situation course par manque de temps, mais les mises en situation retrait d'argent sont parfois suffisantes pour donner l'élan à la personne d'initier par</p>	<p>– Le but est de réfléchir et trouver une solution ensemble</p> <p>– Motivation</p> <p>– Réalise que certaines choses sont de nouveau accessibles</p> <p>– Comme cela est une demande de leur part, forcément un sens de bien-être</p>	<p>la personne. Compléter par ergothérapeute e par exemple avec l'outil informatique.</p> <p>– Psychomotricienne : mise en place d'activité de bien-être : relaxation, méditation, sport adapté (escalade et voile avec des associations de sport adapté</p>	<p>Notion pure : maquillage, soins</p> <p>Jeux</p> <p>Activités manuelles</p> <p>Groupe personnes âgées/enfants déficients visuels autour des jeux = lien intergénérationnel</p> <p>Loisir : penser à autre chose,</p>	<p>lui ai donné l'idée).</p>
--	---	---	--	--	--	--	------------------------------

	<p>un peu pour comprendre ce qui pose problème dans le quotidien, pour que cela ait un sens.</p> <p>Pas d'action directe dans le domaine de l'emploi sauf si c'est une activité signifiante demandée par le patient.</p> <p>Certaines personnes ne veulent pas travailler sur les AVQ, car</p>	<p>d'engagement dans quelque chose, peut changer à tout moment</p> <p>– Rappeler à la personne qu'elle peut avoir un rôle social : possible de retrouver cette activité même si celle-ci n'est pas faite de la même façon</p> <p>– Mettre en avant ses capacités tactiles, sensorielles et cognitives</p> <p>– Trouver de nouvelles activités significatives</p>	<p>elle-même l'activité.</p> <p>– Entretien du linge : étendage ou les gens peuvent mener leurs vêtements complexes à étendre, repère pour fer à repasser</p> <p>– Jeux et activités faisant intervenir le sens du toucher</p>	<p>Résultats :</p> <p>– De plus en plus ouverts</p> <p>– Augmentation de la confiance en eux</p> <p>– A l'aise</p> <p>– Retrouve de l'autonomie dans le quotidien</p> <p>– Se sent capable de le faire</p>	<p>extérieures),</p> <p>gym douce</p> <p>– Psychomotricien : activités liées au bien-être</p> <p>– Association sport handicap</p>	<p>détente, s'amuser</p>	
--	--	--	--	--	--	--------------------------	--

		organisation familiale qui convient → but va être de chercher de nouvelles activités significantes avec la personne	– Le mettre en confiance, travailler la confiance en lui, réapprécier des activités, mettre en mot le sens que ça a pour la personne	– Activités de loisir				
E2	Hospitalisation complète de 3 à 6 mois (5 personnes en long séjour et 15 en court séjour)	Activité significative utilisée dans un deuxième temps. 1 ^{re} partie : éducative avec supports ou activités non significantes (jeux éducatifs	– Relation avec le thérapeute (accueil en chambre à son arrivée, accompagnement, revenir sur les éléments, explication des choses qui vont être faites...)	– <u>Jeux éducatifs</u> : voir l'utilisation des référentiels spatiaux, faire verbaliser le ressenti de la personne	– Se rendre compte que malgré son handicap il est en mesure de faire les choses – Projection dans les activités	Échange entre les professionnels : – Informelle : problèmes ponctuels, infos à transmettre	Proposé par le psychomotricien (séance individuelle ou en groupe) : gym, relaxation, atelier, médiation équine.	Jardinage, bricolage, moto, chien = ne les met pas en place auprès des patients, mais pense que quand on connaît l'activité, plus à l'aise pour

		<p>dérivés) pour acquérir une certaine méthode et organisation.</p> <p>2e partie : Transposition des méthodes dans les activités significantes (mise en situation AVQ ou loisir) pour éviter l'échec et être le plus efficace possible</p> <p><u>Intérêt :</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Image qu'ils ont d'eux-mêmes - Image de leurs capacités à faire les choses - Morale par rapport à leur vie sociale en générale (familiale, pro...) - Capacité à relativiser leur handicap - Leur envie de réussir à refaire une activité - Acceptation du handicap - Reprise de confiance en soi 	<ul style="list-style-type: none"> → instaurer une communication qui a du sens pour la personne. → Communication verbale très importante chez les DV pour la localisation et description : employer les mêmes termes que la personne = donne du sens, permet de guider, 	<ul style="list-style-type: none"> - Reprise de confiance - meilleure image d'elle-même - Plus de partage - Fait moins attention à l'image qu'elle renvoie aux autres - Vivant mieux - Refait bilan 13/30 fins séjours : évolution de 	<ul style="list-style-type: none"> - Réunion de synthèse (2 ou 3 suivant la durée du séjour) : points sur les bilans, travail effectué, comportement, acquisitions, difficultés, progression, motivation : médecin généraliste, cadre, infirmière, éduc, assistantes sociales, 	<p>Ergo : activités sportives (tandem, escalade) = dépassement de soi, découverte</p>	<p>l'expliquer aux autres et les motiver. Pense que si on nous fait du bien pourquoi cela ne ferait pas du bien à quelqu'un d'autre ?</p>
--	--	---	--	---	---	---	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> – Pouvoir répondre à un besoin de la personne, de savoir si elle va pouvoir être capable de faire autrement. – Continuer à être autonome – Pouvoir être valorisé parce qu'elle va se rendre compte qu'elle est capable – Avoir un retour de 	<ul style="list-style-type: none"> – Carapace assez importante par rapport à leurs difficultés et manque d'habiletés gestuelles – Échange avec d'autres personnes du centre : évoque des solutions, partage d'expérience <p><u>Rôle de l'ergothérapeute</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Soutien psychologique et accompagnement – Mettre en avant les sens 	<ul style="list-style-type: none"> ajuster sa façon de faire pour qu'elle soit la plus performante possible et qu'elle ait une meilleure représentation mentale de l'activité Ne pas rendre la personne dépendante de la méthode, mais qu'elle puisse mettre en place une stratégie pour se 	<ul style="list-style-type: none"> presque 20 à 30 % à chaque fois – Présence du thérapeute aux journées de liaison qui met en avant les capacités et difficultés de la personne → permet une meilleure compréhension de l'entourage et permet de faciliter la communication entre eux 	<ul style="list-style-type: none"> orthoptistes, psychomotriciennes, instructeurs en locomotions, ergo (braille, informatique, Avéjiste) – Psychologue (proposé aux patients pas une obligation) : déclic pour l'acceptation du handicap, accepter de fonctionner différemment, accepter de 		
--	--	--	--	---	---	--	--	--

		<p>l'entourage sur ses capacités</p> <p>– Moralement : arriver à faire quelque chose qu'on arrivait plus c'est toujours intéressant</p> <p>Utilisation d'un bilan validé 13/30 :</p> <p>bilan d'autonomie et qualité de vie : cibler les AVQ prioritaires qui intéressent la personne +</p>	<p>compensatoires de la vision</p> <p>– Apprendre à se servir de ses sens</p> <p>– Accompagnement dans la prise de conscience de leurs ressources</p> <p>– Accompagnement à être plus à l'aise au niveau des habilités gestuelles</p> <p>– Réapprendre à appréhender l'espace</p> <p>– Adaptée sa vitesse d'exécution</p> <p>➔ mieux vivre le handicap, mieux</p>	<p>représenter, comprendre et avoir une réponse adaptée</p> <p>– Mise en place <u>d'aides techniques</u> dans les AVQ suivant les besoins</p> <p>– <u>Mise en situation intérieure et extérieure de la structure :</u> repas thérapeutique, faire les courses</p>		<p>prendre le temps de faire et d'arriver à le faire quand même.</p> <p>– Instructeurs en locomotions : durant les séances, aller dans un magasin et la personne achète quelque chose pour le lendemain.</p>		
--	--	--	---	---	--	---	--	--

		<p>précision du niveau de difficulté et la façon de réaliser l'activité</p> <p>Complété par un autre bilan :</p> <p>aptitudes, sensibilité, dextérité, organisation et représentation mentale et fonctions supérieures</p> <p>Séjour qui permet de bien séparer les deux phases.</p>	<p>vivre la réalisation de l'activité, plus de satisfaction, meilleur moral, retrouve des objectifs, transposition, projections</p>	<p>– <u>Activité avec des difficultés croissantes</u></p> <p>– Reconnaissance des pièces de monnaie, rangement des billets, réglage du matériel électroménager, écrire dans un guide main, utilisation de l'ordinateur, adaptation du téléphone, étiquetage,</p>				
--	--	---	---	--	--	--	--	--

		<p>Certaines activités (couper une tartine est la beurrer par exemple) vont être travaillées en analytique et en mise en situation au long court finalement. Mais dépend des activités.</p>		<p>administratif, application téléphonique pour les magasins</p> <p>– Journée de liaison : reçoit les familles ou proches</p> <p>→ permettre de mettre en avant les capacités de la personne, ce qu'il faut laisser faire à la personne, les endroits où il a besoin d'aides</p>				
--	--	---	--	--	--	--	--	--

E3	Lieu de vie : Foyer de vie et foyer d'hébergement ESAT SAVS (Service d'accompagnement à la Vie Sociale) :	But derrière Plus motivant pour la personne Intégrée à la rééducation DV : beaucoup tourner autour des AT → apprentissage du téléphone. Mise en place et apprentissage de l'application en lien avec les transports Fermer une fermeture, se	– Indépendance au quotidien : pouvoir faire des choses par eux-mêmes sans avoir besoin d'avoir quelqu'un avec eux → demande qui vient du patient, volonté d'apprendre de nouvelles choses – Effet secondaire : quand quelqu'un s'occupe de nous : agréable donc on se laisse porter – Frein cognitif – Nouvelle technologie : + et — : super, car	– Mise en situation – Adaptation de l'environnement	Impact positif : – Donne l'envie de travailler, d'apprendre de nouvelles choses et de venir aux séances – Apprendre à faire les petites choses du quotidien qui paraissent sans importance, mais qui peuvent être importantes pour la	Beaucoup en lien avec la psychomotricienne, car que deux rééducateurs. Lors de réunions de synthèse, peu de temps était alloué à la partie rééducation (tourné ++ sur le quotidien, accompagne ment éducatif, troubles psy)	peu de temps (mi-temps) donc intervenait qu'avec la demande du patient Auraient voulu monter des ateliers avec la psychomotricienne sur des circuits sensoriels : exploitation de l'espace, gestion du déséquilibre, gestion du stress,	Yoga Séries Films
----	---	--	---	--	---	--	--	---------------------------------

<p>intervention à domicile</p> <p>Personnes DV avec troubles associés (cognitifs, psychiatriques)</p>	<p>coiffer, utiliser une cafetière</p> <p>Aménagement de chambre</p> <p>On va faire des choses pour que l'activité signifiante soit réalisée plutôt que de réaliser une activité pour rééduquer.</p> <p>Domicile collectif : studio pour patient avec une certaine autonomie = au début prêt du</p>	<p>apporte plein de choses au niveau DV, existe beaucoup de choses/très compliqué à apprendre et comprendre fonctionnement (troubles cognitifs, personnes âgées qui ne connaissent pas...)</p> <p>– Environnement qui entoure la personne : déplacements</p>			<p>personne, pour l'image d'elle-même</p>	<p>Pouvaient quand même poser des questions, mais plutôt en individuel</p> <p>Manque de réflexion d'équipe sur ce que la personne est en capacité de faire, ce qu'ils pourraient faire, ce qu'ils savent faire</p>	<p>développement de l'aspect sensoriel...</p>	
---	---	--	--	--	---	--	---	--

		matériel, mais ensuite achat par les patients (dans le but de gagner encore en autonomie)	<p><u>Rôle de l'ergo :</u></p> <p>– Environnement extérieur : pas d'actions</p> <p>– Environnement intérieur : réaménagement, adaptation pour un espace de circulation, limitation des risques de collision dans les meubles = coin en mousse</p> <p>– Nouvelles technologies : apprentissage long : apprentissage des bases du téléphone, adaptation du type</p>				
--	--	---	--	--	--	--	--

			<p>de téléphone (+ ou - complexe de s'en servir)</p> <p>– Cognitifs : pas de rééducation cognitive par manque de temps : adaptation des explications et des séances suivant les capacités des personnes, répétition pour automatiser</p> <p>– Effet secondaire qu'on s'occupe de nous : mise en situation pour qu'ils se rendent compte de leurs capacités</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--	--

			<p>– Indépendance au quotidien : patients qui venaient faire des demandes par eux-mêmes ou incitées par les éducateurs</p> <p>– Soutien psychologique, leur montrer leurs capacités.</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Résumé : *Introduction-* L'accompagnement des personnes déficientes visuelles en rééducation nécessite une attention particulière aux facteurs environnementaux et aux dimensions psychologiques. Le recours à des compensations, aménagements et mises en situation s'inscrivent dans l'accompagnement de la dimension psychologique, permettant ainsi d'agir sur l'autonomie des patients. Ainsi l'objectif est d'étudier le lien perçu par les ergothérapeutes entre les activités significantes et le bien-être des personnes déficientes visuelles. *Méthode-* Une méthode clinique est utilisée. Des entretiens semi-directifs sont menés avec des ergothérapeutes abordant les thèmes : activités significantes et bien-être. Une analyse thématique, verticale et horizontale permettent de mettre en lumière l'objet de recherche. *Résultats-* Trois ergothérapeutes établissent un lien étroit entre les activités significantes et le bien-être. Ainsi les facteurs environnementaux et personnels évolueront au cours de celles-ci. *Conclusion-* La considération des activités significantes en rééducations permettront de répondre aux besoins de la personne, influençant ainsi sa satisfaction, sa confiance en elle et sa volonté d'autonomie, donc son bien-être. L'utilisation de l'activité significative en ergothérapie, comme moyen primaire ou secondaire ou comme finalité, ne modifie pas ce lien avec le bien-être.

Mots-clés : Ergothérapie, Déficience Visuelle, Activités Signifiantes, Environnement, Bien-Être

Abstract: *Introduction-* The accompaniment of visually impaired people in rehabilitation requires a special attention to environmental factors and psychological dimensions. The use of adjustments, offsets and scenarios are part of the psychological dimension's support, thus making it possible to act on the patients' autonomy. The objective is to study the perceived link between meaningful activities and the well-being of visually impaired people. *Method-* A clinical method is used. Semi-structured interviews are conducted with occupational therapists addressing the themes: meaningful activities and well-being. A thematic, vertical and horizontal analysis shed light on the research object. *Results-* Three occupational therapists make a strong link between meaningful activities and well-being. Environmental and personal factors will evolve during them. *Conclusion-* The consideration of meaningful activities in rehabilitation will make it possible to respond to the person' needs, thus influencing their satisfaction, self-confidence and desire for autonomy, therefore his well-being. The use of meaningful activity in occupational therapy, as a primary or secondary means or as a goal, does not alter this link with well-being.

Keywords: Occupational therapy, Visual Impairment, Meaningful Activities, Environment, Well-Being