Institut de Formation en Ergothérapie La Musse

Mémoire d'initiation à la recherche

Ergothérapeute/instructeur en locomotion, une collaboration qui redonne un sens à la perte de la vue

MOUSSEL Elodie

Promotion 2022-2025

MOISAN Laure

Maître de Mémoire

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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

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

Article 1 :
« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »[i].

Article 2 :
Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 3 :
Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation[ii] et du Code pénal[iii], il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

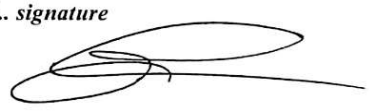
Article 4 :
Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dument signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e ....Elodie MOUSSEL.....

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

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

Fait à ..Canchez..... ***Le*** 13/05/2025 ***signature***



[i] Site Université de Genève http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf
[ii] Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».
[iii] Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

Remerciements

Ce mémoire marque l'aboutissement de 3 années de formation, un parcours fait de découvertes, de remises en question et également de satisfactions.

Beaucoup de personnes me viennent à l'esprit pour ces remerciements mais la priorité va à mon homme et mes enfants. Sans leur soutien, leurs encouragements, certains sacrifices, je n'aurai pu mener à bien cette reconversion, ce projet de famille.

Je tiens également à remercier :

Mes parents et beaux-parents qui ont répondu présents à chaque appel à l'aide.

Mes collègues et amis qui m'ont soutenu dans mon projet bien avant que je n'entre en formation.

Mme MOISAN, maître de mémoire, pour son accompagnement bienveillant, ses conseils et sa patience durant ces 9 derniers mois.

Mes tutrices, Patricia, Sarah, Sylvie, Mathilde, Antoinette et toutes leurs équipes ainsi que les responsables pédagogiques de l'Institut de Formation La Musse et l'ensemble des intervenants auprès desquels j'ai pu grandir en tant qu'ergothérapeute dans différents domaines.

Mon employeur qui m'a fait confiance en acceptant de financer cette reconversion.

Les professionnels ayant répondu favorablement afin de participer à l'enquête.

Jean-François pour la relecture de ce mémoire et ses paroles rassurantes.

Et enfin, les mamans de la promo avec qui j'ai pu partager mes moments de doute mais surtout de nombreux éclats de rire.

A toutes et à tous, merci.

« La lumière existe dans l'obscurité, ne voyez pas avec une vision obscure. »
Koan bouddhiste

« Je ne crois que ce que je vois ». Saint Thomas

Table des matières

Introduction……1

I. Cadre contextuel..... 2

1. Situation d'appel..... 2

2. Contexte actuel..... 2

3. Questionnement de départ..... 3

II. Cadre conceptuel..... 4

1. La déficience visuelle..... 4

a. De la vision vers la déficience visuelle..... 4

b. La déficience visuelle acquise..... 6

2. L'ergothérapeute..... 8

a. L'ergothérapeute et la déficience visuelle..... 9

b. Equilibre occupationnel et transition occupationnelle..... 10

c. Modèle de l'Occupation Humaine..... 12

3. La collaboration interdisciplinaire dans les déplacements..... 15

a. La collaboration pluridisciplinaire..... 15

b. Les déplacements : une spécialité de l'instructeur en locomotion..... 17

c. Lien entre ergothérapeute et instructeur en locomotion..... 19

III. Question de recherche et hypothèse..... 20

IV. Démarche méthodologique..... 20

1. Méthode et approche..... 21

2. Entretiens semi-directifs et guide d'entretien..... 22

3. Echantillonnage..... 23

4. Prise de contact et entretiens..... 23

V. Présentation et analyse des résultats..... 24

1. Données générales 24
2. L'intervention auprès des personnes ayant acquis une déficience visuelle..26
3. L'intervention ergothérapique auprès des personnes ayant acquis une déficience visuelle. 28
4. Les déplacements 30
5. L'équilibre occupationnel 33
6. La collaboration ergothérapeute/instructeur en locomotion 35
VI. Discussion 39
1. Lien entre concepts et pratique 40
2. Limites et Biais 42
3. Pistes de poursuite 43
4. Projection professionnelle 43
Conclusion 44
Bibliographie
Annexes

Introduction

La vue, l'ouïe, le toucher, l'odorat, le goût, s'ajoutant à la proprioception, sont les sens qui permettent à l'Homme de percevoir son corps et l'environnement qui l'entoure de près comme de loin.

De fait, l'absence d'un de ces sens crée un déséquilibre sensoriel. Le constat est d'autant plus vérifié lorsque c'est la vue qui est déficiente. En effet, la perception de l'espace, de l'environnement repose principalement sur la vision car "*80% des informations qui nous parviennent du monde extérieur passent par nos yeux et à chaque instant mobilise quasiment la moitié de la part active de notre cerveau*". (Chokron et Marendaz, 2005, p.5).

La perte de la vue va, de fait, constituer un handicap et engendrer une perte d'autonomie de la personne. C'est dans ce contexte que l'intervention des ergothérapeutes s'avère pertinente.

Conformément à la loi du 5 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, un plan « Handicap visuel » a vu le jour afin de favoriser « *une intégration pleine et entière des personnes aveugles et malvoyantes à la vie de Cité* ». Ce plan évoque différents domaines d'autonomie dont celui de la mobilité et de l'émergence du métier d'instructeur en locomotion, spécialiste du déplacement. (Légifrance, 2005)

A partir de ces faits découle le contexte de la réflexion de départ de ce mémoire qui sera développé en amont de la description des concepts principaux étayant le thème. Nous aborderons notamment la cécité, la profession d'ergothérapeute et le rôle de ce professionnel dans l'accompagnement de la déficience visuelle incluant sa collaboration avec les instructeurs en locomotion afin de présenter notre question de recherche. Par la suite, nous exposerons la méthodologie de recherche employée pour construire ce mémoire ainsi que les résultats et leur analyse. Avant de conclure, nous terminerons ce mémoire par la réponse à l'hypothèse de recherche en complément d'une discussion des résultats, des biais et limites de l'enquête, ainsi que d'une piste de réflexion et d'une projection professionnelle.

I. Cadre contextuel

Afin de développer le cadre contextuel de ce mémoire d'initiation à la recherche, sera développée la situation d'appel en amont du contexte actuel dans lequel la déficience visuelle est prise en compte.

1. Situation d'appel

Le souhait d'orienter ce mémoire d'initiation à la recherche vers la perte d'un sens et plus précisément de la vue repose sur diverses expériences personnelles et professionnelles à travers lesquelles ont eu lieu des rencontres avec des personnes ayant perdu la vue à cause de maladie non soignée ou d'une maladie de l'œil, mais également des proches de personnes non voyantes de naissance. Plus récemment, au cours de la première année d'études à l'Institut de Formation en Ergothérapie, nous avons rencontré des personnes déficientes visuelles et avons pu découvrir leur accompagnement avec des chiens-guides. Tout ceci a ainsi fait naître et conforté l'envie d'effectuer des recherches sur le thème général de la cécité et de la malvoyance.

2. Contexte actuel

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 2,2 milliards de personnes dans le monde sont atteintes d'une déficience visuelle allant d'une cécité totale (36 millions) à une déficience visuelle légère ; chiffre qui devrait tripler d'ici 2050 étant donné le vieillissement de la population. (OMS, 2023). En France, l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance publiée par l'INSEE en 2000 relate que 1,7 millions de personnes seraient déficientes visuelles. Ce chiffre est précisé par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, qui annonce que 207.000 personnes seraient atteintes de cécité totale ou profonde. (DRESS, 2005). Cet élément non récent ne précise pas la proportion de cécité congénitale et celle de cécité acquise. Concernant l'âge des personnes vivant avec un handicap visuel, toutes les tranches sont concernées. L'OMS précise que la déficience visuelle à des impacts divers sur l'individu. Ainsi, chez les enfants, un retard de développement de tout ordre est avéré. Chez les adultes, ce sont des problématiques liées à l'emploi et à une atteinte de la santé mentale, allant jusqu'à l'isolement social notamment chez les personnes âgées. Au-delà de l'enjeu mondial, ce handicap représente ainsi un enjeu

de santé publique national. Il est ainsi pris en compte le fait qu'au-delà d'un impact économique mondial important, le handicap visuel à un impact sur l'ensemble du quotidien et sur la qualité de vie des personnes porteuses de ce handicap.

En France, ceci est corroboré par la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances définissant le handicap comme *« toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »*

3. Questionnement de départ

Tout au long de notre vie nous rencontrons des changements volontaires ou des imprévus, des bouleversements, comme peut l'être la perte de la vue. Pour y faire face nous devons nous adapter en trouvant des stratégies. La perte de la vue va en effet engranger des changements qui vont impacter la vie des personnes subissant ce handicap mais aussi leur entourage, famille, amis, collègues.

Ainsi, dans le cadre d'une cécité acquise, différentes questions se posent. Comment une personne ayant perdu, en partie ou totalement la vue, va pouvoir continuer sa vie, ses activités, s'adapter à ce handicap acquis ? Comment en fonction du moment de vie où la cécité survient, mais aussi en fonction de la cause de cette survenue, est-il possible de rebondir ? Comment accepter le handicap et reprendre le cours de sa vie en étant autonome dans ses soins personnels, ses déplacements, ses loisirs, ses relations sociales soit l'ensemble des occupations d'une personne ?

Ces personnes, dorénavant en situation de handicap, vont avoir besoin d'un accompagnement pluridisciplinaire, qu'il soit d'ordre médical, de rééducation et de réadaptation. Ainsi, quels sont les professionnels qui interviennent dans la prise en soin d'une personne dite déficiente visuelle tardive. Comment traverser cette transition occupationnelle, et accompagné de qui, pour retrouver un équilibre occupationnel ?

Ce sont toutes ces questions qui ont mené vers le souhait d'étudier en quoi l'ergothérapie, science de l'occupation, peut aider ce public dans sa réadaptation et la récupération d'autonomie dans sa vie quotidienne.

Plus précisément, nous tenterons de répondre à la question de départ suivante : **quel accompagnement ergothérapique peut être mis en place afin d'amener la personne atteint d'une cécité acquise à accéder à un équilibre occupationnel ?**

II. Cadre conceptuel

Afin d'étayer notre réflexion de base, nous allons nous appuyer sur la littérature. Seront ainsi développés différents concepts relatifs à la déficience visuelle, l'ergothérapeute, la collaboration pluridisciplinaire.

1. La déficience visuelle

En premier lieu, il s'avère pertinent de recueillir des informations théoriques sur le thème principal de la déficience visuelle.

a. De la vision vers la déficience visuelle

Comme signifié en introduction, 80% des informations environnementales nous parviennent grâce à la vue. De ce fait, pour expliquer la déficience visuelle, partons d'une définition brève de la vision. De nombreuses actions sont permises par la vision : regarder, observer, admirer mais également appréhender l'autre ou un danger, par exemple. Dans ce sens, l'œil et le cerveau collaborent pour nous permettre de percevoir notre environnement à l'aide d'images.

Dans le rapport de la Société Française d'Ophtalmologie publié en 2017, la vision est définie selon trois catégories de fonction. La fonction de perception permet de recevoir l'information visuelle sur la rétine et d'être intégrée par le cortex occipital. La fonction d'exploration, permet de cibler, rechercher visuellement. Elle est liée aux notions de balayage, de fixation ou encore de poursuite visuelle. Pour finir, la fonction de veille contribue au bon fonctionnement de notre horloge biologique. (Bâton & Van Langdeghem, 2017)

Yvette Hatwell défini la vision comme « *le sens spatial par excellence* ». Elle explique que l'étendu du champ visuel permet de percevoir en même temps l'environnement proche et celui plus lointain. La vision est également le sens le plus performant dans les repères spatiaux de par sa rapidité de traitement ainsi que la variété et la finesse de ses discriminations. Cette forte capacité informative en terme

d'espace développée par la vision lui permet de jouer un rôle essentiel dans le déclenchement et la régulation des mouvements. (Hatwell, 2006)

Dans le même registre, pour expliquer la vision, André Bullinger distingue deux systèmes visuels :

- Le système visuel périphérique assure les fonctions d'alerte et d'orientation. Permettant la réaction tonique du corps, il agit sur les mouvements et permet à la personne de situer son corps dans l'espace lors des déplacements. Ce système régule la posture et est mobilisé pour le contrôle de tête, la coordination œil-main, les stations assise et debout ou encore la marche.
- Le système visuel focal permet de capturer et d'analyser des images.

De ce fait, la déficience visuelle lorsqu'elle porte sur la zone focale empêche l'analyse d'image mais peut également nuire au réglage postural, aux mouvements et aux déplacements lorsqu'elle concerne la fonction périphérique. (Bullinger cité dans Camaret Ninu, 2016)

Aussi, la cécité désigne l'absence partielle ou totale de vision ne pouvant être corrigées, due à une atteinte soit périphérique c'est-à-dire une atteinte au niveau des yeux soit centrale lorsque l'atteinte est cérébrale.

Plusieurs classifications de la déficience visuelle sont présentes dans la littérature. Nous retiendrons celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui, dans son rapport mondial de la vision présente le classement des déficiences visuelles (Annexe I). Il distingue les personnes non voyantes comme présentant une acuité visuelle s'étendant d'une absence totale de perception lumineuse à moins de 1/20^{e} après correction. Il existe donc des aveugles complets et des personnes dites aveugles partiels, ces dernières pouvant percevoir des lumières, des contrastes.

Selon la définition de la 11ème version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) parue en 2019, les déficiences visuelles sont déterminées en fonction de la distance de vue affectée et le classement va également s'intéresser aux répercussions fonctionnelles dans le quotidien de la personne déficiente. (Torossian M., 2021). La CIM-11 précise que la déficience visuelle est classée en déficience légère, modérée, sévère de la vision de loin, dite acuité visuelle, ou cécité mais qu'elle est également mesurée en fonction de la perte de largeur du champ de vision.

S’agissant de l’épidémiologie, cette déficience peut être congénitale ou acquise. Dans les cas de cécité congénitale, des anomalies de développement ont eu lieu lors de la grossesse. Concernant la cécité acquise, dite aussi tardive, nous évoquerons les causes dans la prochaine partie.

Au cours des échanges avec les différentes personnes sensibilisées à ce sujet rencontrées avant ou en début de cursus, un constat a été posé : naître avec une cécité ou acquérir une déficience visuelle n’engendre pas les mêmes conséquences au quotidien.

En effet, un enfant naissant mal ou non-voyant apprend à vivre, évolue dans son environnement, le découvre et se sociabilise, grâce aux autres sens et notamment grâce au développement du toucher et de l’ouïe. Certes, son développement peut être retardé par rapport aux enfants bénéficiant de la vision du fait que l’enfant déficient visuel de naissance n’a pas de curiosité spontanée ce qui entraîne moins de manipulations ou d’expériences motrices que pour un enfant voyant. (Gay-Brown, 2022). Mais parallèlement la cécité étant de naissance, elle n’est pas ressentie comme une perte puisque l’enfant n’a jamais usé du sens de la vue. De ce fait, ces enfants ne connaissent pas de période de deuil et donc pas de période de réadaptation.

Le sujet de cet écrit étant orienté sur la déficience visuelle acquise, nous ne développerons pas davantage la cécité congénitale.

b. La déficience visuelle acquise

La déficience visuelle acquise est simplement expliquée par la perte de la vue au cours de la vie. Lorsque la déficience visuelle est acquise, elle peut être progressive notamment due à certaines pathologies comme une Dégénérescence Maculaire Liée à l’Age, un diabète mal soigné, une cataracte, une tumeur ou encore ayant une origine allergique ou infectieuse. Mais la cécité peut également survenir brutalement, comme à la suite d’un accident vasculaire cérébral, ou à un traumatisme crânien ou rétinien dû à un accident domestique, industriel ou encore une agression. (Orssaud, 2018)

Ainsi, une personne voyante de naissance qui perd petit à petit, ou brusquement, la vue se retrouve dans une situation où « *ce soudain néant visuel les déstabilise jusque dans le savoir-faire du quotidien, autrefois automatique !* » (Heyraud, 2013). L’auteur explique également que les personnes ayant acquis une

cécité ont besoin de temps et d'un accompagnement personnel par des professionnels qualifiés pour parvenir à une sorte de « *renaissance* ».

En effet, la personne va connaître une période de deuil marquant la perte de sa vie de voyant. L'annonce du handicap peut être violent pour la personne et générer des angoisses. Néanmoins, cet échange est nécessaire pour comprendre les tenants et aboutissants du handicap acquis et pouvoir appréhender ce qui va être le cheminement vers une nouvelle vie. (Bâton & Van Landeghem, 2017)

Ainsi, avec une cécité acquise, la personne va devoir se réapproprier son environnement, réapprendre à se repérer dans ses différents environnements, à reconnaître les objets, les personnes en utilisant ses autres sens qui jusqu'ici, étaient utilisés en seconde intention. Parfois, en fonction de l'âge de la survenance de la cécité, et grâce à la plasticité cérébrale, un transfert des acquis peut avoir lieu du fait que les personnes peuvent reconnaître un objet grâce à leur souvenir et ainsi des comparaisons avec leur vie antérieure sont inévitables et permanentes. Josiane Heyraud parle de « *réservoir de souvenirs à faire émerger* » et cite *« C'est là l'immense privilège des aveugles qui ont vu*. » (Montalembert, cité dans Heyraud, 2013, p.35)

Ainsi, il va être nécessaire de distinguer ce que la personne ne parvient plus à faire, ce qu'elle parvient encore à effectuer et ce qu'elle aimerait refaire. L'ergothérapeute va intervenir en tant qu'analyste des occupations et plus précisément des différentes étapes constituant une occupation afin d'aider la personne à comprendre qu'elle a toujours des capacités et l'accompagner à trouver des compensations afin de retrouver de l'autonomie dans les activités de vie quotidienne de divers domaines. Dans ces circonstances la réadaptation ergothérapique s'avère nécessaire pour traverser cette transition et retrouver un équilibre de vie, un équilibre occupationnel. (Holzschuch & Fays, 2012)

En plus de la gêne fonctionnelle, apparaît une gêne dans les relations sociales. Il est difficile de percevoir fidèlement les sentiments de l'autre lorsque la communication non verbale n'est plus accessible.

De ce fait, c'est autour de ce point, qu'est le handicap visuel acquis, que vont se baser les recherches de ce mémoire.

2. L'ergothérapeute

La réflexion de départ nous amène ainsi à nous questionner sur la profession d'ergothérapeute et plus précisément le rôle qu'il détient dans l'accompagnement de la déficience visuelle acquise. En effet, du fait que le quotidien, les habitudes de vie, l'ensemble des occupations, de la personne ayant perdu la vue, soient perturbés, l'accompagnement ergothérapique va trouver sens.

Légalement la profession d'ergothérapeute est régie par l'article L4331 du code de la santé publique. L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes défini l'ergothérapeute comme un professionnel de santé spécialisé « *dans le rapport entre l'activité et la santé* » pouvant intervenir dans les secteurs du sanitaire, du médico-social et du social. « *Collaborant avec de nombreux professionnels, il est un intervenant incontournable dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes*. » L'ergothérapeute aide les personnes à maintenir ou restaurer leur autonomie dans l'ensemble de leurs occupations de vie quotidienne et de leurs différents rôles sociaux, « *de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace* ». Son intervention se base principalement sur les besoins exprimés par les personnes, avec ou sans handicap, sur leurs incapacités mais aussi leurs capacités, dans le but de permettre leur bien-être physique, psychique et social en contournant toute occupation pouvant être délétère à leur santé. (ANFE, 2025)

L'ergothérapeute agit pour réduire des incapacités et aide la personne à s'adapter aux obstacles engendrés par son handicap dans le but de réinvestir ses occupations de vie quotidienne dans ses différents environnements.

L'ergothérapeute étant le professionnel des occupations, va jouer un rôle important dans les changements de vie des personnes, dans les périodes de transition occupationnelle, pour leur permettre de s'adapter afin de retrouver d'anciennes occupations et/ou en découvrir de nouvelles, « *pour assurer l'accès des personnes aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire* ». (ANFE, 2025).

Aussi, selon le référentiel d'activités de l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'Ergothérapeute, ce professionnel vise à faciliter l'engagement de la personne dans ses activités quotidiennes et dans leur réalisation. Pour cela il « *étudie, conçoit et aménage l'environnement pour le rendre facilitant et accessible* » et préconise notamment des aides techniques ou animalières et des assistances technologiques

Ainsi, ce professionnel va évaluer les incapacités et capacités de la personne, recueillir les besoins et objectifs de cette personne avant de proposer un plan de traitement personnalisé avec préconisations d'aides techniques, humaines, de séance de rééducation par l'occupation, de réaménagement de l'environnement afin de restaurer un équilibre occupationnel.

a. L'ergothérapeute et la déficience visuelle

S'agissant de l'intervention ergothérapique auprès des personnes déficientes visuelles, elle ne s'effectue pas sur la vision mais sur la recherche de compensations pour pallier la déficience visuelle.

Comme l'explique Chantal Holzschuch et Anne Fays, « *l'apparition de la déficience visuelle, surtout si elle est brutale, va modifier les conditions habituelles de réalisation des tâches et la personne va douter de ses compétences* ». Après une évaluation des besoins de la personne et de l'analyse de la tâche à travers des mises en situation, l'ergothérapeute va amener la personne à utiliser ses capacités et à mettre en œuvre des moyens de compensation. (Holzschuch & Fays, 2012)

Dans ce sens, les auteures présentent une situation où, à son domicile, une femme non voyante devait préparer une quiche. La seule tâche non effectuable par cette femme était l'allumage du four. De ce fait, l'ergothérapeute a installé un repère tactile sur le bouton d'allumage. La personne a pu cuire sa quiche et transposer sa capacité retrouvée pour d'autres cuissons. Ainsi, un travail va être priorisé par l'ergothérapeute sur le développement du sens tactile à travers les activités de vie journalières. Il va réaménager l'environnement de la personne afin de le rendre accessible et sécuritaire. Au domicile de la personne, il pourra également positionner des repères tactiles, au sol ou sur des meubles ou encore éviter les risques de chute liés par exemple à des fils électriques.

L'ergothérapeute interviendra également dans l'apprentissage des outils de communication. La littérature fait état d'un accompagnement pour l'apprentissage de smartphone, tablette et aussi de logiciels, permettant notamment de restituer à l'oral des éléments scannés avec l'outil de communication de la personne.

De ce fait, comme expliqué plus haut, lorsqu'une personne perd la vue, l'ensemble de ses occupations, va être remis en question. Quel que soit la cause, cette

déficience va influer sur le quotidien de la personne, ses comportements, son environnement et ses relations sociales. En outre, une gêne fonctionnelle va apparaître. Comme l'a défini l'Union Européenne des Aveugles « *une personne déficiente visuelle présente une incapacité dans l'exécution d'une ou plusieurs activités suivantes : lecture, et écriture, appréhension de l'espace et des déplacements, activités de la vie quotidienne, communication, poursuite d'une activité exigeant le maintien prolongé de l'attention visuelle (réduction de la fiabilité de la perception, insécurité dans les déplacements).* » Le rééducateur va alors s'intéresser aux conséquences fonctionnelles de ce handicap. (Gay-Brown, 2022)

C'est la raison pour laquelle l'accompagnement ergothérapique s'inscrit pleinement dans cette phase de transition occupationnelle de la voyance à la non voyance. Ceci afin d'aider la personne à se réadapter à son environnement et retrouver un équilibre occupationnel alors perturbé par la survenue du handicap.

b. Equilibre occupationnel et transition occupationnelle

S'agissant du concept d'équilibre occupationnel, sont développées dans la littérature plusieurs définitions qui s'étayent et dont le point commun est de définir ce concept comme central à la pratique ergothérapique. Ainsi, ce concept se définit comme la satisfaction d'une personne par rapport à la diversité de ses occupations et à leur juste répartition dans le temps qui contribuerait ainsi à son état de bien-être, de stabilité et d'harmonie. Ce processus, en permanente évolution, est fait de déséquilibres qu'il faut de ce fait constamment réajuster. (Rousset M., 2023). C'est en cela que nous parlerons par la suite du concept de transition occupationnelle.

Par ailleurs, l'équilibre occupationnel est décrit comme un processus dynamique mettant en avant des capacités d'adaptation, d'autogestion et la perception d'une variation d'engagement à un niveau approprié dans les occupations, à quoi s'ajoute le sens que chacun y met et la diversité des occupations. (Mahdizadeh A. et al., 2023)

Aussi, l'équilibre occupationnel est dépendant de facteurs extrinsèques à la personne dans son environnement global incluant notamment ses croyances, ses valeurs, sa sphère culturelle, ainsi que ses lieux de vie (Backman, 2004). L'auteur explique aussi que les occupations menant à l'équilibre occupationnel doivent permettre de satisfaire les différents rôles de la personne. Ces occupations doivent

être compatibles entre elles, conformes avec les convictions et les aspirations de la personne et dont l'impact est harmonieux et sur lesquelles la personne a du contrôle. (Backman, 2010 dans Christiansen et Towsend)

Les contextes politique et sanitaire peuvent également influencer l'équilibre ou le déséquilibre occupationnel. Pour exemple, la crise sanitaire liée au COVID-19 a perturbé notre quotidien et, par répercussion, nos occupations créant ainsi un déséquilibre occupationnel. (Mahdizadeh A. et al., 2023)

Parallèlement, les facteurs intrinsèques que sont les émotions et les compétences des personnes, influent également sur l'équilibre occupationnel. En effet, celui-ci peut être perturbé par une augmentation de stress, de situations inattendues. En revanche, l'intérêt pour les occupations, engendrant la motivation, peut être bénéfique pour maintenir l'équilibre occupationnel. De ce fait, quel que soit le domaine de l'occupation, socio-familiale, de soins personnels, de loisirs ou encore de productivité, plus celle-ci sera signifiante pour la personne, et plus la personne se sentira compétente, plus il lui sera facile de maintenir son équilibre occupationnel. Ainsi, le maintien de l'équilibre occupationnel permet un état de santé optimal en acquérant sentiment de bien-être et activités signifiantes.

Selon Marie-Chantal MOREL-BRACQ, Leontiev explique la différence entre activité signifiante et activité significative par le sens que la personne donne à son occupation. Ainsi, s'il y a un sens pour la personne, l'occupation sera signifiante, si c'est pour la société qu'il y a un sens, l'occupation sera significative. Ce serait l'équilibre entre les deux types d'occupations qui permettrait à chacun de trouver son équilibre occupationnel ou selon l'auteure son auto-organisation. (MOREL-BRACQ, 2009)

Le concept d'équilibre occupationnel se présente ainsi comme une notion subjective pour lequel une approche client-centré est nécessaire. C'est en ce sens que l'ergothérapeute devra accompagner au plus près le patient dans ses objectifs de vie autour du changement ou de l'adaptation d'occupations ; en d'autres termes une transition occupationnelle.

En effet, pour accéder à un nouvel équilibre occupationnel, la personne perdant progressivement le sens prédominant qu'est la vue traverse obligatoirement une période de transition occupationnelle au cours de laquelle l'intervention de l'ergothérapeute devient pertinente. Durant cette phase transitionnelle la personne et

le thérapeute vont pouvoir lister les occupations facilement réalisables et celles posant problème afin d'élaborer des stratégies et définir les adaptations à mettre en place.

Le concept de transition occupationnelle a été défini comme « *le déplacement d'une occupation spécifique ou d'un groupe d'occupations, vers une occupation ou un groupe d'occupations autres* ». (Townsend & Polatajko, 2013). Ces auteurs font état également de ces transitions pouvant être autodéterminées (par exemple lors d'une reconversion professionnelle), ou survenant en réponse à des circonstances précises (comme lors d'une amputation) ou encore, simplement faisant parties du déroulement normal des évènements de la vie (par exemple, la transition entre l'enfance et l'adolescence, de l'école primaire au collège).

En parallèle de ces causes, E.A Towsend et H.J Polatajko classent également les transitions en fonction de l'environnement micro, meso et macro. Sur le plan micro, la transition se caractérise par un changement d'occupation dans un même contexte, sur le plan meso, les transitions se font entre les occupations (déplacements) et sur le plan macro, les auteurs incluent les transitions ayant trait aux transitions de la vie (déménagement).

Ainsi, s'adapter à tout moment et dans diverses situations est une activité régulière dans la vie d'une personne. Mais lorsque la situation provoque une remise en question de l'identité occupationnelle et une perte d'autonomie, l'intervention de l'ergothérapeute est nécessaire. Pour cela, ce professionnel peut baser son accompagnement sur des modèles.

c. Modèle de l'Occupation Humaine

La prise en charge holistique du patient telle que présentée ci-dessus et la finalité qu'est l'adaptation de la personne dans ses occupations et son environnement nous amène à l'utilisation du modèle ergothérapique, le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH).

Développé à la fin des années 1970 par Gary Kielhofner, ergothérapeute américain, le MOH est orienté sur l'accompagnement d'un public en transition occupationnelle basé sur l'engagement de la personne. Ce modèle est centré sur les occupations signifiantes et les occupations significatives de la personne dont nous avons décrit la différence dans le concept précédent. En effet, la personne y est définie comme un « *être occupationnel* », dans le sens où les journées de la personne sont

rythmées par les activités, dites « occupations ». Toutes ses occupations lui permettent d'évoluer et d'interagir avec son environnement. (Trouvé et al., 2016, pp 213-215)

Ainsi, ce modèle est dit hétérarchique c'est-à-dire qu'il favorise l'interrelation entre les éléments le constituant à contrario d'un modèle hiérarchique présentant une ascendance des éléments.

Ainsi, le MOH considère trois dimensions interagissant que sont la personne, l'agir et les conséquences de l'agir, chacune incluant différents éléments.

En premier lieu, la personne englobe la volition, c'est-à-dire la capacité de décision, la motivation de la personne avec ses déterminants personnels, ses valeurs, ses centres d'intérêt et également la conscience qu'à la personne de ses capacités. La personne est aussi représentée par l'habituation, en d'autres termes les comportements quotidiens de la personne, comprenant les habitudes et les rôles sociaux de la personne organisant ses occupations. Le dernier élément étant pris en compte dans la personne est sa capacité de performance, dite aussi capacité de rendement, qui est la résultante des réactions physiques et mentales de la personne pour agir. Taylor affirme que le MOH explique comment une personne s'engage dans une occupation en raison de l'interaction dynamique et réciproque de ces trois éléments et de l'environnement.

Dans un second temps, le modèle évoque l'agir. Cette entité est composée de la participation, la performance et des habiletés de la personne, qu'elles soient motrices, opératoires, sociales. Ces trois composantes agissent simultanément. La participation et la performance intègre l'engagement de la personne dans ses occupations de tout domaine qu'elles soient et dans chacune des tâches formant l'occupation. Les différentes habiletés, elles, vont permettre l'exécution des occupations.

Le troisième élément nommé « conséquences de l'agir », ou encore le devenir, inclut l'identité de la personne, en somme ce qu'elle est ou souhaite devenir, et la compétence de la personne définit par sa capacité à maintenir ses occupations en fonction de ce qu'elle est.

Ces trois principaux éléments évoluent dans un contexte environnemental, qu'il soit social, physique, occupationnel, qui peut être parfois facilitant ou bien sources de

contraintes pour l'accomplissement de ses activités et l'atteinte de son équilibre occupationnel, afin de permettre à la personne de s'adapter. Cette description du modèle a été schématisée par le Centre de référence sur le Modèle de l'Occupation Humaine. (Annexe II)

En présentant les objectifs du modèle, Marie-Chantal Morel-Bracq explique que le MOH vise à favoriser l'adaptation de la personne en prenant en compte sa volition, ses nouvelles habitudes et compétences conjointement à son environnement qu'il soit proche ou lointain. (Morel-Bracq, 2009).

De son côté Béatrice Koch rappelle le travail de Forsyth et Kielhofner qui présentaient le MOH comme un modèle de référence invitant *« les ergothérapeutes à ramener les propriétés thérapeutiques de l'activité au centre de leurs interventions afin d'améliorer le processus d'adaptation des patients et de leur permettre une meilleure qualité de vie* ». (Forsyth & Kielhofner dans Koch, 2016)

Dans la pratique ergothérapique le fait que la personne et l'environnement agissent réciproquement l'un sur l'autre est à prendre en compte. Des comportements vont être induits par l'environnement. L'ergothérapeute pourra alors apporter des modifications à l'environnement et conjointement accompagner la personne dans une évolution de sa volition, de ses habitudes et de ses capacités. (Trouvé et al., 2016, pp 213-215)

Ainsi, c'est cette résultante de l'interaction des 3 dimensions du MOH qu'est l'adaptation occupationnelle qui va nous intéresser. En effet, à la suite d'une perte de la vue, la personne va devoir s'appuyer sur ses intérêts, ses capacités et habiletés pour s'engager dans la reconquête de ses différents environnements. Elle va devoir accepter la nouvelle situation, s'engager pour s'adapter au changement dans ses occupations mais aussi entre ses occupations pour se réadapter à ses environnements. En d'autres termes, la réadaptation dans les déplacements, incluant la personne et son environnement, va être nécessaire à la personne pour accéder à ses occupations.

De ce fait, l'ergothérapie est la discipline qui va accompagner la personne dans son adaptation à des problématiques occupationnelles de son quotidien dont font partie les déplacements lorsqu'une personne perd la vue. Dans la partie suivante, nous verrons que, dans ce domaine, l'ergothérapeute intervient auprès d'autres professionnels.

3. La collaboration interdisciplinaire dans les déplacements

Intervenant essentiel dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale, l'ergothérapeute collabore avec de nombreux professionnels : médecins, travailleurs sociaux, rééducateurs. (ANFE, 2025). Cette collaboration va s'avérer essentielle dans la prise en soins des personnes déficientes visuelles récentes.

a. La collaboration pluridisciplinaire

Comme pour toute pathologie, l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire s'avère importante pour une prise en soins holistique du patient efficiente dans laquelle chaque professionnel mettra à profit les compétences relatives à son métier. Mais la diversité des professionnels d'une équipe n'est pertinente dans un accompagnement que si une collaboration existe entre les acteurs de cette équipe.

Cendrine Carrer explique que les liens créés entre les professionnels vont permettre à chacun de mettre à profit ses compétences, de découvrir celles des autres et d'en développer de nouvelles pour les transférer dans l'accompagnement des personnes. (Carrer, 2012)

Selon Maude Hatano-Chalvidan, de nombreux termes existent pour évoquer le travail en équipe mais des différences sont dans leurs définition. Nous retiendrons que l'auteure décrit la pluriprofessionnalité comme des pratiques professionnelles diverses d' « *acteurs partageant un espace de travail dont la cohérence est la position centrale du patient. ».* Elle explique que le domaine du soin met en avant le travail de collaboration entre spécialistes et les nouvelles compétences, ou compétences non encore exploitées, nécessaires à ce travail. L'auteure rapporte également que les textes légaux sur la santé visent un travail de coordination des missions, avis des différents professionnels étant chacun expert de son domaine, qui en collaborant avec des experts de domaines différents, va fournir une prise en soin efficiente au patient. (Hatano-Chalvidan, 2020)

En ce sens, dans le rapport de la Société Française des Ophtalmologistes de 2024, Dr Claire Meyniel précise qu' *« en cas de déficience visuelle sévère ou cécité, […] une prise en charge multidisciplinaire est préférable dans des centres de rééducation, des structures sanitaires telles que Services d'Accompagnement Médico-*

Social pour Adultes (SAMSAH) ou Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) » permettant *« une prise en charge pluridisciplinaire globale* ». Elle joint à cet écrit un tableau listant les différents professionnels intervenant dans la prise en soin de la déficience visuelle ainsi que leurs missions. (Annexe III). A la lecture de ce document, nous constatons que certaines missions sont partagées par plusieurs professionnels. Ceci implique la transversalité de certains champs de compétences entre plusieurs professionnels. Ce tableau évoque notamment la rééducation par les ergothérapeutes et/ou les « AVJistes » et la préconisation d'aides techniques dans les activités de vie quotidienne ou encore l'instruction des outils de communication par les ergothérapeutes et/ou les éducateurs. (Meyniel, 2022)

La notion de transversalité est reprise par Christiane Almendros qui parle de transdisciplinarité comme étant la convergence de toutes les pratiques vers le patient déficient visuel en tant qu'individu unique. Cette trandisciplinarité est *« la trame du quotidien* » dans laquelle le patient transposera ses acquis d'une discipline à une autre afin d'évoluer dans son autonomie. L'auteure donne l'exemple du jeu de petits chevaux dans lequel « *l'enfant va reprendre la numération : l'institutrice est contente. Il va appréhender tout ce qu'il y a dans le mot trajet, qu'il aborde en locomotion, les trajets des petits chevaux qui tournent à droite puis à gauche, et qui, pourtant toujours en ligne droite, finissent par tourner en rond en revenant à leur point de départ. Pas évident un trajet !* ». Elle ajoute que la transdisciplinarité c'est reconnaître les compétences de tous les professionnels, savoir s'écouter, avoir un langage commun. C'est aussi « *décider de tisser les disciplines pour agir ensemble dans un but commun* ». Elle résume par l'importance de la place de chacun dans les réunions d'équipe pour échanger autour des orientations à prendre pour le patient commun. (Almendros, 2013)

Ainsi, afin de permettre à la personne devenue déficiente visuelle d'accéder de nouveau à ses occupations, l'ergothérapeute peut être amené à collaborer avec des instructeurs en locomotion dans le but du réapprentissage du déplacement autonome par la personne.

b. Les déplacements : une spécialité de l'instructeur en locomotion

Outre l'occupation, ce qui lie la personne et l'environnement sont les déplacements. Ils représentent une part importante dans le quotidien occupationnel de toute personne. Ils font le lien autrement dit la transition entre les occupations et permettent ainsi l'équilibre occupationnel. Dans « déplacements » sont souvent entendus changement de lieux en extérieur à travers tous moyens, qu'ils soient motorisés ou non. Mais il faut également prendre en compte les déplacements en intérieur pour passer d'une occupation à une autre que ce soit dans son environnement personnel ou encore professionnel.

Pour se déplacer, le transfert des acquis va jouer un rôle pour retrouver et développer des repères. La personne « *peut réorganiser mentalement l'espace grâce à ses connaissances antérieures et à une découverte guidée* ». (Holzschuch & Fays, 2012). Egalement, la personne déficiente visuelle va devoir mettre en alerte ses autres sens. En cela la valorisation des capacités sensorielles autres que visuelles va être mise en avant. La compréhension de l'environnement de la personne déficiente visuelle à travers les autres sens que sont la perception tactile, l'ouïe, la proprioception ou encore la kinesthésie, vont permettre l'orientation et donc le déplacement. (Carrer, 2012)

Dans le domaine de la déficience visuelle un terme regroupe l'ensemble des moyens de déplacements permettant l'autonomie : la locomotion. Pour cette même notion, au-delà des frontières françaises, la littérature fait état de « mobilité et orientation ». Pour accompagner la personne déficiente visuelle dans cette problématique quotidienne, des professionnels spécialisés vont devoir être mobilisés.

En ce sens, l'enquête française Handicap-Incapacités-Dépendances présentée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques en 2005, a notamment permis d'établir les domaines les plus impactés avec un handicap. Mobilité et déplacements en sont prioritairement ressortis avec plus d'un adulte sur deux exprimant des problématiques de déplacements en extérieur et environ un sur quatre proche ou dans son domicile. Ce thème a ainsi été pris en compte dans les politiques et apparaît dans le Plan Handicap visuel (2008-2011) cité en introduction,

notamment à travers la mesure n°15 qui veut développer le métier d'instructeur en locomotion.

Les premiers instructeurs en locomotion français auraient été formés en 1967 par une équipe venue des Etats-Unis. (Buissard, 2014). Mais ce métier est entré dans le droit français que 30 ans plus tard. Ce métier d'Instructeur en Locomotion régit en première instance par l'arrêté du 19 novembre 1997 est aujourd'hui remplacé par celui d'Instructeur pour l'Autonomie des Personnes Déficientes Visuelles (IAPDV) par le décret 2020-1065 du 17 août 2020. De ce fait, à la mission d'instruction en locomotion a été ajouté celle de l'autonomie dans la vie journalière. Selon ce texte officiel l'IAPDV doit *« assurer une intervention spécifique d'accompagnement et d'aide à l'acquisition et à la restauration de l'autonomie, ou de prévention de la perte d'autonomie en raison d'une déficience visuelle* ». (Légifrance, 2020)

La formation des IAPDV, régit par l'Arrêté du 21 septembre 2020, précise notamment en prérequis les professionnels du médico-social et du para-médical pouvant y prétendre dont les Ergothérapeutes Diplômés d'Etat font partie. A travers des épreuves théoriques et pratiques, cette formation vise, dans sa partie locomotion, orientation et mobilité, à éduquer ou rééduquer les personnes atteintes de déficience visuelle à effectuer leurs déplacements en intérieur et en extérieur en toute autonomie et sécurité que ce soit en terrain connu ou inconnu. (Légifrance, 2020) Il s'agit donc d'une formation complémentaire s'appuyant sur les compétences de professionnels du handicap. (Bonnet-Macaes et al., 2017) Dans d'autres termes, la profession d'instructeur en locomotion s'appuie sur des connaissances acquises liées aux diplômes de base ainsi que sur une expérience significative. (Buissard, 2014)

Pour l'ensemble de ce mémoire, le terme « instructeur en locomotion » a été privilégié du fait de la réflexion basée sur les déplacements de la personne déficiente visuelle. De plus, sur le terrain, nous verrons par la suite que C'est resté le terme utilisé.

A travers les missions de ce professionnel il s'agira pour la personne déficiente visuelle de retrouver de l'aisance et de la sécurité dans ses déplacements pour retrouver de l'autonomie. Ceci pour toute personne présentant une gêne, consciente ou non, dans ses déplacements. (Heyraud, 2013). Ainsi, l'instructeur en locomotion peut intervenir auprès de personnes ayant acquis une cécité en intervenant dans tout

milieu, qu'il soit sanitaire, médico-social, scolaire, de la sphère privée ou encore professionnel. (Buissard, 2014).

Cendrine Carrer, instructrice en locomotion, appuie les théories ci-dessus en précisant que pour les personnes ayant perdu la vue qu'elle accompagne il est nécessaire de trouver de nouvelles stratégies, moyens et méthodes, qui leur permettra de retrouver de l'autonomie et de sécuriser leurs déplacements. Pour ces personnes ayant perdu la vue, quel que soit l'âge d'apparition du handicap et la cause, l'objectif sera de se réadapter à leur quotidien. Ceci en modifiant leurs habitudes de fonctionnement et en compensant avec les autres sens pour recréer des repères. L'auteure insiste également sur le fait que la personne ayant eu la vision peut s'appuyer sur des images mentales, sur des souvenirs visuels pour s'adapter à son handicap acquis ; ce qui implique un effort cognitif. (Carrer, 2012)

c. Lien entre ergothérapeute et instructeur en locomotion

En lisant ces auteurs, un parallèle peut être établit entre les savoir-faire et savoir-être des instructeurs en locomotion et ceux des ergothérapeutes. Les notions évoquées en locomotion telles que la recherche de nouvelles stratégies ou de moyens de compensation font écho aux missions de l'ergothérapeute. Un des auteurs cite également la mise à profit de l'écoute, l'empathie, l'adaptabilité permettant de développer la relation entre l'intervenant et l'usager tout en tenant compte des besoins et possibilités de ce dernier. (Buissard, 2014).

Nous pouvons également mettre en parallèle des deux professions l'intérêt d'une prise en charge « client centrée ». En locomotion, comme en ergothérapie, la prise en charge s'appuie sur les acquis, le vécu, les difficultés de la personne, et également sur sa motivation. Les dimensions sensorielles, cognitives, émotionnelles en interaction avec la dynamique établit entre la personne et son environnement sont analysées lors d'échanges, entre le locomoteur et la personne, et d'observations. (Carrer, 2012). Ces constats de l'instructeur en locomotion peuvent être mis en parallèle du modèle ergothérapique qu'est le MOH, développé dans la partie précédente.

Concernant la complémentarité des deux disciplines, nous pouvons ajouter que les connaissances médicales à la réadaptation fonctionnelle sont apportées par l'ergothérapeute mais ne sont pas spécifiques à la cécité contrairement aux

instructeurs en locomotion spécialistes de cette déficience. L'instructeur, à la suite d'une évaluation, va être conscient des problèmes physiques de la personne mais ne saura évaluer et développer ces capacités physiques et fonctionnelles ou compenser les incapacités. Pour exemple, un instructeur en locomotion va préconiser l'utilisation de la canne blanche et développer les apprentissages de cette utilisation avec la personne non voyante. Pour autant si cette personne présente également de l'arthrose impliquant une préhension et un maintien difficile de la canne, l'ergothérapeute va intervenir pour trouver une compensation avec la personne en adaptant, par exemple, la poignée de la canne. (Kern & Shaw, 1985)

III. Question de recherche et hypothèse

Ainsi, après avoir pris connaissance de différentes lectures abordant notre question de départ, il est constaté que l'ergothérapeute à toute sa place dans l'accompagnement des personnes ayant acquis une déficience visuelle à travers la rééducation, la réadaptation de la personne mais également de l'environnement.

D'autres professionnels et notamment les instructeurs en locomotion sont également des intervenants essentiels.

En découle la question de recherche, sur laquelle est basée notre enquête, suivante :

En quoi la collaboration ergothérapeute/Instructeur en locomotion favorise-t-elle un retour à l'équilibre occupationnel des personnes ayant perdu la vue ?

Afin de répondre à ce questionnement, l'hypothèse émise est la suivante : **la prise en soins pluridisciplinaire basée sur l'apprentissage des déplacements permet de retrouver un équilibre occupationnel.**

De manière à valider ou invalider cette hypothèse, les différents concepts clés détaillés ci-dessus vont être mis en parallèle de ce qui sera constaté en pratique.

IV. Démarche méthodologique

Avant de tenter de répondre à l'hypothèse de recherche, il est nécessaire de présenter la démarche méthodologique adoptée pour la rédaction de ce mémoire,

mettant en parallèle le cadre théorique et la pratique afin d'aboutir à une réponse de notre question de recherche.

Pour cela, seront présentées la méthode et l'approche utilisée pour recueillir des données de terrain. Puis nous présenterons le choix de l'outil ayant permis l'enquête auprès de l'échantillon défini.

1. Méthode et approche

De ce fait, pour répondre à notre interrogation de recherche, l'utilisation de la méthode qualitative semble la plus appropriée afin d'étudier des phénomènes complexes tels que les modes d'intervention de l'ergothérapeute. Ce type de méthode, permettant de collecter des données non quantifiables, s'est notamment développée depuis le début du XXIème siècle dans le domaine des recherches en santé. Elles « *s'intéressent à l'expérience des personnes, à leurs représentations, au sens qu'elles donnent à leurs actions, à leur histoire, aux relations qu'elles entretiennent, c'est-à-dire à tout ce qui est considéré comme non directement quantifiable et mesurable.* » (Winance M. et al. 2023)

De plus, afin d'élaborer la question de recherche, l'utilisation d'une approche hypothético-déductive est intéressante pour établir des hypothèses de recherche basées sur la littérature. Ce type d'approche suppose l'approfondissement théorique de concepts. Pour cela, des recherches internet ont été effectuées sur des sites scientifiques. Elles étaient basées sur des mots clés, tels que « ergothérapeute », « cécité », « équilibre occupationnel », « déplacements » ou encore « instructeur en locomotion », « collaboration pluridisciplinaire », liés par des opérateurs booléens « et », « ou », « and » et « or ».

Dans ce type d'approche, il s'agit ensuite de mettre à profit un ensemble d'outils et techniques de recueil d'informations afin de valider ou invalider ces hypothèses dans la pratique. Dans ce mémoire, nous opterons pour la technique des entretiens semi-directifs. L'intérêt de cet outil sera exposé dans la partie suivante.

Il est à préciser qu'en complément des entretiens, une demi-journée d'immersion dans un centre accompagnant des personnes déficientes visuelles a été effectué. Celui-ci a permis de rendre compte de la situation de terrain d'ergothérapeutes et instructeurs en locomotion quant à leurs missions

d'accompagnement, aux outils qu'ils utilisent, aux aides techniques qu'ils sont amenés à préconiser et aux échanges interprofessionnels existants.

2. Entretiens semi-directifs et guide d'entretien

Effectuer une enquête de terrain via des entretiens semi-guidés permet d'obtenir des données qualitatives et ainsi être au plus proche de la réalité de terrain puisque nous récoltons des informations directement face aux professionnels nous relatant leur vécu. Quelques questions peuvent être fermées mais la majorité sont des questions ouvertes. Grâce à celles-ci, nous pouvons plus facilement demander de développer certaines réponses et pour obtenir si nécessaire davantage d'explications. Parallèlement, le participant peut également développer des idées, des thèmes non prévus par l'enquêteur. L'entretien semi-directif permet ainsi une interaction et si besoin une adaptation du cadre en fonction de l'interlocuteur. Ce type d'entretien est donc un échange verbal entre un enquêteur et un enquêté. L'enquêté étant alors dans le rôle du sachant apportant des données sur le thème de recherche de l'enquêteur. (PIN, 2023)

Pour effectuer les entretiens semi-directifs deux guides d'entretien ont été rédigés, un s'adressant aux ergothérapeutes, l'autre aux instructeurs en locomotion. (Annexe IV). Cette trame de questions permet d'instaurer un dynamisme au cours des entretiens. Ce type d'entretien permet à l'interviewé de ne pas se sentir en interrogatoire et permet à l'enquêteur de comprendre le sens que les interlocuteurs donnent à leurs pratiques. Au cours de l'échange il faut veiller à ne pas orienter les réponses et ne pas juger le discours de l'enquêté mais des questions de relance ou des précisions peuvent être apportées.

Ces guides ont été construit sur la base d'une brève introduction expliquant le sujet du mémoire qui est l'accompagnement ergothérapique des personnes ayant acquis une déficience visuelle. Ensuite, les questions ont été organisées par thème : données générales, pratique professionnelle, les déplacements et la collaboration pluridisciplinaire. Il faut noter qu'en fonction des échanges, l'ordre des questions n'a pas forcément été respecté du fait du dynamisme de l'entretien semi-directif donné par la personne interrogée.

En parallèle du choix de l'outil d'investigation il a fallu définir la population à cibler pour cette enquête de terrain.

3. Echantillonnage

Concernant l'échantillonnage, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été posés. Ainsi, en premier lieu l'enquête était au départ orientée vers des ergothérapeutes de tous milieux. En effet, la cécité pouvant être le résultat d'un traumatisme ou d'une pathologie, tout ergothérapeute est susceptible d'être intervenu ou d'intervenir auprès d'un public déficient visuel. Finalement, pour cibler davantage la population, l'enquête a été effectuée auprès d'ergothérapeutes accompagnant un public déficient visuel dans des structures spécialisées dans l'accueil de ces personnes. En parallèle, dans le but de répondre à notre problématique l'échantillon comprend également des instructeurs en locomotion ou instructeur pour l'autonomie des personnes déficientes visuelles.

Un des critère d'exclusion est l'absence de diplôme d'Etat en ergothérapie ou l'absence de certificat d'instructeur en locomotion ou d'instructeur pour l'autonomie des personnes déficientes visuelles. Le deuxième critère d'exclusion est l'absence d'accompagnement ergothérapique du public visé par l'étude qui englobe, pour rappel, les personnes déficientes visuelles récentes.

4. Prise de contact et entretiens

Selon la loi Jarde du 5 mars 2012 les recherches peuvent être effectuée à travers des entretiens auprès de professionnels. Dans ce contexte, dans un premier temps, un contact téléphonique avec diverses structures spécialisées dans l'accompagnement des personnes déficientes visuelles a été effectué afin d'obtenir les coordonnées de professionnels pouvant répondre à notre enquête. Ainsi, par la suite des professionnels ont été contactés par mail afin de présenter plus précisément le projet. Celui-ci ne précisait ni la question de recherche ni l'hypothèse de ce mémoire.

Après accord de quelques professionnels, l'échange suivant s'est déroulé par téléphone afin de définir les conditions d'entretien : date, horaire, lieu, échange téléphonique, en visioconférence ou lors d'une rencontre physique.

Finalement, quatre professionnels ont accepté de participer au projet à travers des entretiens. Ainsi deux ergothérapeutes et deux instructeurs en locomotion ont été interrogés, chacun de façon individuelle, deux par téléphone, un en visioconférence via WhatsApp et lors d'un entretien physique.

Dans l'intérêt du mémoire de recherche et avec le consentement de chaque participant (Annexe V), l'ensemble des données empiriques recueillies lors des entretiens a été retranscrit puis analysé.

V. Présentation et analyse des résultats

Pour la suite de cet écrit, et toujours dans le cadre de la loi Jarde, l'anonymat a été respecté. De ce fait, toute information qui permettrait d'identifier un participant a été retirée. (Nom, structure).

Ainsi, chaque participant a été renommé. Les noms ont été remplacés par E1 et E2 pour identifier les 2 ergothérapeutes et ILE3 et IL4 pour les 2 instructeurs en locomotion.

La présentation des résultats va s'effectuer en fonction des thèmes prédominants des grilles d'entretien.

1. Données générales

Présentation des professionnels interrogés

Afin de débuter les entretiens et après avoir précisé le contexte de l'entretien concernant notamment l'anonymisation et la destruction des données, des questions d'ordre général ont été posées de manière à visualiser le profil et l'expérience de chaque participant.

E1, est diplômée depuis juin 2024. Elle est ergothérapeute dans un institut accueillant spécifiquement les jeunes déficients visuels depuis décembre 2024. Elle y intervient à 60% en parallèle d'un poste dans un Institut d'Education Motrice. Le public déficient visuel qu'elle accompagne est dans une tranche d'âge de 10 à 22 ans.

E2, diplômée en 2019, est ergothérapeute, à temps plein, dans un institut spécialisé dans l'accompagnement de personnes déficientes visuelles de tout âge. Elle intervient auprès de ce public depuis 2 ans que ce soit de l'enfant à la personne âgée « *avec des troubles associés ou non* ».

ILE3 est instructeur en locomotion depuis 2007. Le diplôme lui ayant permis d'obtenir cette certification est celui d'ergothérapeute obtenu 1 an auparavant. Après 3 ans d'intervention en maison de retraite, elle exerce désormais dans un service

spécialisé dans la déficience visuelle au sein d'un hôpital de Soins Médicaux et de Réadaptation. Le public accueilli est constitué d'adultes essentiellement mais l'établissement peut accueillir à partir de 16 ans. Elle garde un temps de travail en tant qu'ergothérapeute « *pour ne pas perdre la main* » et « *pour faciliter l'organisation interne de l'hôpital* » mais précise « *Aujourd'hui, je vous réponds en tant qu'instructrice en locomotion.* »

IL4 se présente : « *j'ai débuté en tant qu'Educatrice spécialisée dans un foyer de vie pour adultes puis je suis arrivée au centre pour déficients visuels en 2014. J'ai passé la certification d'instructeur en locomotion en 2018-2019. J'interviens avec les enfants et les adultes et exerce les 2 métiers. Le temps de travail dans chacun varie en fonction des besoins.* »

Cette présentation permet de valider le critère d'inclusion principal qui est la connaissance et la pratique du public déficient visuel. Nous constatons également que les deux corps de métiers sont représentés. Concernant l'expérience, nous constatons que les ergothérapeutes ont respectivement 8 mois et 5 ans d'expérience là où les instructeurs en locomotion ont chacune plus de 10ans d'expérience. Enfin, IL4 n'a pas de formation d'ergothérapeute.

Formation supplémentaire en déficience visuelle des ergothérapeutes

La question suivante a été posée aux ergothérapeutes : Au-delà de votre diplôme en ergothérapie (DE, Master), avez-vous suivi des formations complémentaires orientées sur la déficience visuelle ? La question n'a pas été posée aux instructeurs en locomotion, qui de par leur certification, interviennent d'office auprès du public déficient visuel.

E1 n'en a suivi aucune.

E2, quant à elle, a participé, à sa demande, à deux sessions organisées par la Fédération des Aveugles et Amblyopes de France. La première « *assez introductive ouvertes à différents corps de métier où on a revu les différentes pathologies, les moyens de communication, les grandes classes d'aides techniques et de compensation sensorielle et les différentes professions qui s'articulent autour de l'accompagnement de la personne déficiente visuelle* ». La seconde formation portait sur l'utilisation des outils numériques par les personnes déficientes visuelles. E2 explique : « *ça m'a donné beaucoup d'informations sur l'utilisation de […] tous les*

outils numériques qui peuvent être complexes, pour avoir une meilleure pédagogie. Moi, j'ai appris par exemple Voiceover. J'ai appris à l'utiliser toute seule. Donc déjà j'avais besoin de me rassurer sur ce que j'avais appris en autodidacte […], pouvoir pousser un peu plus mes apprentissages afin de perfectionner. Et puis j'avais des difficultés pour expliquer, apprendre ça à quelqu'un déficient visuel parce que je me rendais compte que mon vocabulaire n'était pas toujours adapté, que parfois ma pédagogie innée correspondait pas à la personne et donc j'avais besoin de plus de billes, plus d'outils sur ça. »

Le fait que E1 n'ait pas suivi de formation peut s'expliquer par sa courte ancienneté dans le métier (8 mois) et dans la déficience visuelle (4 mois). Contrairement à E2 avec une expérience de 5 ans, qui a pu se rendre compte que la formation lui a permis d'approfondir ses connaissances acquises en autodidactie, d'en développer de nouvelles et d'améliorer sa pédagogie.

2. L'intervention auprès des personnes ayant acquis une déficience visuelle.

Les professionnels ont été interrogés sur la présence ou non de déficients visuels acquis dans leurs accompagnements et l'éventuelle proportion entre le nombre de patients déficients visuels congénitaux et ceux ayant acquis la déficience.

E1 répond : « *Beaucoup des jeunes ont une déficience congénitale mais je suis également des jeunes ayant acquis une cécité. Je ne saurais pas dire plus l'un ou l'autre.* »

E2 répond dans l'affirmative sans pouvoir donner la proportion.

ILE3 précise qu'« *actuellement [ils accueillent] beaucoup de mal voyants sévères dont principalement beaucoup ont acquis la déficience . Ceci car, en plus du vieillissement de la population, de plus en plus de pathologies engendrent des problèmes de vue* ».

IL4 confirme « Oui, c'est beaucoup ce qu'on a sur le secteur adulte. » sans pouvoir dénombrer.

Ainsi, il apparaît que la proportion de prise en soins des personnes ayant acquis une déficience visuelle n'est pas connue par les professionnels mais qu'elle serait plus importante lorsqu'il s'agit de l'accompagnement d'adultes.

Quelles différences constatez-vous entre la prise en soin d'une personne déficiente visuelle de naissance et celle qui a acquis une cécité ?

A cette interrogation les professionnels répondent :

E1 : « *Les difficultés ne seront pas les mêmes. Pour une déficience congénitale, l'enfant est autonome dans le quotidien mais a des difficultés dans les repères spatiaux. […] Par contre, ils vont avoir une proprioception très développée car ce sens a été beaucoup plus développé. Alors que lorsque la déficience est acquise, il faut réapprendre tout le quotidien pour retrouver l'autonomie. Pareil pour l'utilisation du téléphone. […] Mais les repères spatiaux sont acquis avec le vocabulaire qui va avec*. »

E2 : « *Je dirais que ce n'est pas les mêmes difficultés ni les même leviers d'apprentissage que je vais pourvoir utiliser dans mes séances. Pour les personnes qui ont une déficience visuelle innée, je trouve qu'ils ont plus de difficultés à se représenter mentalement un espace, un volume, un objet, les quantités. Il va falloir que je compense avec d'autres méthodes pour faciliter cette représentation […].et d'un point de vue sensoriel, elles vont prêter plus attention, être plus sensible au niveau tactile, auditif, olfactif donc il y a déjà des stratégies de compensation efficaces qui sont mises en place. A contrario une personne qui a une déficience visuelle acquise je trouve que les apprentissages vont eux être freinés par la difficulté d'acceptation qui je trouve est plus importante avec des épisodes dépressifs. Ils ne veulent pas entendre parler de compensation. Ils ne sont pas dans l'acceptation de leur handicap et du coup, il faut qu'on laisse à la personne plusieurs mois avant de commencer un travail de rééducation, réadaptation. Elle va avoir du mal à se détacher de ses habitudes visuelles pour aller compenser avec les autres sens. Le passage à tout ce qui va être auditif peut être compliqué à accepter et à mettre en place. Comme la préconisation de la canne parce qu'il y a la représentation sociale, d'acceptation du handicap, d'acceptation de complétement changer leurs habitudes de vie, c'est plus difficile. Parfois on a des refus pendant longtemps avant d'accepter cette aide technique.* »

ILE3 : « *La différence est en fonction des capacités des personnes. Si l'on parle de zéro vision, la différence est énorme. Pour une personne ayant acquis, la représentation mentale est importante. Pour les déficients visuels congénitaux, c'est la représentation de ce qu'il a pu expérimenter. En zéro vision congénitale, on ne peut pas se référer sur une base visuelle commune*. »

IL4 : « *Tout dépend des personnes. Chaque personne à son développement propre. Les personnes ayant acquis une cécité ont déjà eu des expériences visuelles qui facilitent les représentations mentales. C'est déjà ancré. Pour les personnes ayant une cécité congénitale, c'est cette représentation mentale qui leur manque*. »

Les quatre professionnelles s'accordent à dire que les difficultés ne sont pas les mêmes entre une déficience visuelle acquise et une congénitale, que chaque personne à son développement et des capacités propres. Elles valident également toutes les quatre l'importance de la représentation mentale et des repères spatiaux acquis dans la réadaptation de la personne ayant été voyante.

Les deux ergothérapeutes ajoutent que les personnes non voyantes de naissance ont grandi en usant des autres sens pour se repérer contrairement aux personnes non voyantes tardives qui vont devoir apprendre à développer cette capacité sensorielle.

Egalement, nous relevons avec les dires de E2 le frein psychologique de la personne acquérant un handicap visuel, qui devra traverser une période de deuil pour atteindre l'acceptation de cette nouvelle vie ; ceci influant sur l'engagement de la personne décalant le début de la prise en soin.

3. L'intervention ergothérapique auprès des personnes ayant acquis une déficience visuelle.

Les questions suivantes ont été posées uniquement aux ergothérapeutes.

Fondez-vous votre pratique sur un modèle ergothérapique ? Si oui, lequel et expliquez l'intérêt que vous y trouvez.

E1 explique que durant ces études elle a été formée au modèle MCPO (Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle). « *La MCRO* (Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel-outil du MCPO) *j'essaie de la faire passer […] mais sans faire la partie rendement et satisfaction. Mais pour la rédaction des diagnostics, je me base sur le modèle de la MCRO, soins personnels, productivité, loisirs.* »

E2 : « *Pas vraiment…Je pense qu'en théorie je me base sur la MCRO mais je n'utilise pas ses outils et je n'y suis pas formé plus que les études, […]. Je n'utilise pas non plus les termes très spécifiques à l'ergothérapie. Par exemple, je ne parle pas de déséquilibre occupationnel. […], je souhaite que mes collègues, les autres*

professionnels de santé et le patient puissent comprendre pleinement mes propos. Donc je préfère, entre guillemets traduire ça par des éléments plus concrets. Par exemple qu'il y a un déséquilibre occupationnel, je vais écrire « on voit que la personne n'arrive plus du tout à investir ses activités de loisirs. En conséquence elle a une limitation de ses activités sociales. » Voilà, j'essaie de développer ses idées dans un langage compréhensible par tous. »

Du fait des apports théoriques identiques lors de leurs études, les deux ergothérapeutes basent leur pratique sur la Mesure Canadienne du Rendement occupationnel mais, nous pouvons constater, pas dans son entièreté. Egalement E2, explique qu'elle tente de traduire les concepts ergothérapiques afin de favoriser la compréhension de tous et la collaboration avec ses collègues.

En général, sur quels domaines d'activités/occupations orientez-vous votre prise en charge ? (ex : loisirs, soins personnels…) Et quel est le domaine le plus demandé ?

E1 intervient principalement « *au niveau de la productivité scolaire* » et parle notamment de graphisme et du fait qu'il « *est important qu'ils puissent signer eux-mêmes* » des documents. Elle précise : « *Ce qu'il faut savoir c'est que, où je travaille, moi en tant qu'ergo, je suis raccroché au service médical et en parallèle il y a un service autonomie avec des AVJistes et des instructeurs en locomotion. Les AVJistes font le travail ergo sur tout ce qui est activités de vie quotidienne. Moi on m'appelle s'il y a des difficultés motrices en plus. »* Le domaine d'intervention récurent serait l'utilisation du téléphone.

E2 : « *essayer de questionner toutes les activités du quotidien, […] Chacun peut avoir des activités très spécifiques, qui ne sont pas dans les habitudes de la majorité de la société. Je leur dis que je suis là pour parler de tout. S'il y'a une difficulté, on va l'aborder en séance*. », « *ce qui ressort le plus ça va être les outils de communication : téléphone, tablette, ordinateur* » mais aussi « *la vie sociale* » et « *la préparation et prise de repas* ».

Le constat porte donc sur le fait que l'apprentissage des outils de communication est un enjeu pour les 2 professionnels même si dans leur pratique elles accompagnent les personnes dans d'autres domaines. Nous notons également que l'une des ergothérapeutes voit certaines de ses missions effectuées par d'autres professionnels (les AVJistes) sans aucune collaboration.

Travaillez-vous au maintien ou à la restauration de l'autonomie dans les déplacements avec vos patients ?

E1 : « *Pas du tout, ce sont les instructeurs en locomotion qui font ça. […] Je ne suis pas formée à ça. Je sais qu'il y a des grilles techniques notamment pour l'utilisation de la canne. C'est un métier spécifique. […] J'interviens parfois quand il y a des difficultés motrices notamment pour le port de canne*. »

E2 : « *Non…Non…sauf si la personne a des troubles moteurs associés au trouble visuel. Si elle a des troubles moteurs, je vais me centrer sur ces troubles : travail sur la préhension, préconisation d'aides techniques, […]. Et par contre si ce sont des difficultés de déplacement dû aux troubles visuels, j'oriente vers mes collègues instructeur et instructrices en locomotion*. » Elle ajoute : « *Les ergo, on n'a pas assez de connaissances, on n'est pas formé aux déplacements. A moins d'avoir le double diplôme.* […] *Parce que l'utilisation de l'apprentissage de la technique de guide c'est particulier. L'apprentissage de l'utilisation de la canne blanche aussi, de la canne électronique, l'accompagnement pour les démarches afin d'avoir accès à un chien-guide où l'analyse de Carrefour, c'est pas des choses qui s'inventent. Y'a des vrais concepts théoriques pour faire les choses de manière la plus optimale possible.*»

Nous remarquons que la réponse spontanée des deux ergothérapeutes est négative et oriente sur le fait que l'apprentissage des déplacements est une mission spécifique, avec des outils spécifiques, qui incombe, comme le dit E2, aux instructeurs en locomotion. Puis, dans un second temps, les deux nuancent dans le sens où elles interviennent concrètement quand des troubles moteurs sont associés aux troubles visuels et notamment des problèmes de préhension pour le port de canne. L'idée que l'intervention ergothérapiques permettent l'intervention en locomotion justifie une nécessaire collaboration.

4. Les déplacements

Lorsque vous accompagnez les personnes dans le domaine des déplacements, quelle en est la raison première : est-ce une demande du patient sur ce thème ou bien le proposez-vous obligatoirement car il s'agit d'un élément essentiel pour aboutir à un objectif du patient ?

E1 : « *Ce n'est pas systématique parce que ce n'est pas mon rôle. Mais par exemple, tout à l'heure je suis allée chercher un jeune dans une autre salle pour venir en séance*

car il ne se repère pas encore seul dans la structure. Et j'essaie de le guider au mieux ou au moins pour qu'il puisse se repérer seul. »

E2 : « *Je ne les accompagne pas dans les déplacements… mais c'est souvent une demande de la personne. »*

ILE3 : « Généralement c'est à la demande du patient. Mais j'ai quelques patients qui n'ont pas été orienté au départ et pour qui les collègues demandent un bilan en locomotion. Ceux qu'on ne voit pas en loco sont ceux qui ont un minimum de vision. Tous les patients déficients sévères, on les voit tous en locomotion sauf s'il y a des troubles associés : ne marche pas, trouble de l'équilibre. »

IL4 : *« Il n'y a pas de bilan d'office lorsque la personne vient. On répond à une demande de la personne. L'instructeur en locomotion n'intervient pas sur prescription. Parfois, la demande est encouragée vivement par la famille. La personne peut venir à reculons mais elle est quand même d'accord. Sans ça on n'intervient pas. Si on veut que ça fonctionne il faut un minimum d'adhésion de la personne. Et parfois, le bilan peut déclencher l'adhésion de la personne. […] Le fait de sortir pour le bilan peut aussi donner l'envie de ressortir. »*

Ergothérapeutes et instructeurs en locomotion sont en accord pour dire que dans la plupart des cas il s'agit d'une demande, d'un besoin de la personne. Pour les deux instructeurs en locomotion, qui n'ont pas besoin de prescription médicale, la demande peut parfois venir des collègues ou encore de la famille. La collaboration est induite par le fait que l'instructeur en locomotion peut avoir besoin de la vision de l'ergothérapeute pour débuter son accompagnement.

Est-ce pour des déplacements : à l'intérieur du domicile – aux abords du domicile – à plus grande échelle ?

E1 explique : *« Pour le peu de fois où j'interviens c'est à l'intérieur de l'établissement, de la salle d'ergo à la classe ou entre les salles de rééducation. Et en locomotion ils apprennent à se déplacer en dehors pour aller au métro, aller à des rendez-vous, rentrer à leur domicile. »*

E2 : « Les collègues accompagnent dans le centre-ville proche de la structure. »

IL3 : « *Très peu à domicile. Ici, les patients sont en hospitalisation complète et peuvent habiter loin. Donc très peu de domicile.[…]. On met les techniques en place dans l'hôpital puis autour de l'hôpital, dans les petites rues proches. Il existe d'autres*

structures comme les SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale) *plus proches du domicile pour intervenir sur l'environnement familier*. »

IL4 : « *La plupart c'est en extérieur. On a parfois des demandes en intérieur mais pas tant que ça. Souvent les gens, avant d'arriver au centre, ont déjà expérimenté. La situation change, entre le moment où ils deviennent déficient visuel et le moment où ils arrivent ici, il s'est passé un certain temps. Pour certains plusieurs mois… voire plusieurs années. […]. Donc, ils ont déjà expérimenté chez eux. Et parfois, ils vivent depuis longtemps chez eux donc ils connaissent par cœur. Ça facilite le repérage.* »

Nous constatons que les déplacements effectués sont, pour les ergothérapeutes, uniquement dans les structures pour accéder à la salle d'ergothérapie ou en repartir, donc à petite échelle. Alors que pour les instructeurs en locomotion, les déplacements sont, à travers des mises en situation, à moyenne échelle, dans un quartier, mais rarement au domicile ou dans les lieux familiers de la personne. IL4 évoque aussi les représentations mentales que les personnes ont qui facilitent leurs déplacements.

Si on résume, quels sont les éléments facilitateurs et/ou les freins que vous retenez à l'accompagnement dans les déplacements de la personne ayant perdu la vue ?

E1 : « *Quand la personne a de bonnes notions spatiales. Il faut un bon tonus du tronc et une bonne motricité fine pour le maintien de la canne.*
Il faut aussi un environnement adapté avec des repères tactiles au sol, sur les marches, les rampes. C'est hyper important. Que ce soit à l'institut ou ailleurs. Facilitateur aussi, quand il y a un sens de circulation dans les bâtiments. »
E2 : « *la personne doit avoir accepter son handicap, accepter de changer ses habitudes.* »

ILE3 évoque différents éléments tel « *un environnement urbain », « l'engagement de la personne, si la personne est prête à se déplacer seule », « avoir des proches encourageant et compréhensifs ». […] « Il faut également une bonne représentation mentale. Il ne faut pas de troubles associés (surdité, troubles d'équilibre, de mémorisation, d'attention). ». ILE3 dit également :* « *le déplacement c'est marcher avec la tête* ». Elle explique que la personne doit avoir une bonne attention, concentration ainsi que la capacité d'analyser et de retenir. Au niveau des freins, ILE3 évoque les capacités cognitives et l'environnement de vie. Elle dit que la locomotion

« *est très compliquée pour quelqu'un qui habite en campagne où il n'y a pas de trottoir, par exemple* ».

IL4 : « *Déjà les capacités dans les autres sens. Ça fait partie des choses, forcément, qu'on questionne. Surtout l'auditif, c'est hyper important. On va énormément dans le déplacement forcément s'appuyer sur l'auditif. Donc si l'auditif est défaillant, ça va être plus compliqué. Après, les capacités de représentation mentale de l'espace sont hyper importantes. |…] Quelqu'un qui a une cécité acquise, qui a déjà des notions de code de la route, etc, tout ça va énormément faciliter les apprentissages dans les déplacements. Le principal frein, […] ça va être l'aspect psychologique.* »

Plusieurs thèmes sont récurrents dans les réponses. Par trois fois sont évoqués les repères spatiaux et représentations mentales et le développement des autres sens (E1, ILE3 et IL4). E1 et ILE3 font référence à un environnement facilitant, adapté. En supplément, E1 parle d'une bonne condition physique et ILE3, de bonnes capacités cognitives et d'un entourage bienveillant. Le frein principal mis en avant par E2 et IL4 est l'aspect psychologique.

5. L'équilibre occupationnel

Connaissez-vous le concept ergothérapique d'équilibre occupationnel ? Si oui, pouvez-vous me donner votre définition ?

E1 : *« Oui. Je vais baser encore une fois sur les 3 notions soins personnels, productivité, loisirs. L'équilibre occupationnel c'est d'avoir un équilibre satisfaisant pour la personne dans ses 3 notions. Dans une journée de 24h qu'il y ait un équilibre satisfaisant propre à la personne dans ces 3 notions. »*

E2 : *« Pour moi, l'équilibre occupationnel c'est : que la personne va avoir un investissement et un accès à toutes ses activités significatives et signifiantes pour elle et pouvoir s'investir dans ces activités de manière équilibrée avec une bonne satisfaction par rapport à la réalisation de ces mêmes activités. Je pense que c'est nécessaire pour être en bonne santé. Et effectivement l'apparition d'une situation de handicap peut venir bousculer ça. Soit parce que la personne ne parvient plus du tout à réaliser ces activités soit parce qu'elle n'est plus satisfaite de la manière dont elle les réalise. »*

E1 et E2 s'accorde sur le fait que l'équilibre occupationnel est une notion propre à la personne, un équilibre satisfaisant pour elle de l'ensemble de ses activités.

Pensez-vous que l'accompagnement autour des déplacements joue un rôle dans le retour à un équilibre occupationnel après la perte de la vue et dans quel cadre ?

E1 : « *Oui. Les déplacements c'est une énorme partie de l'autonomie en général. Si on ne peut pas se déplacer, si on ne peut se rendre seul dans certains lieux, on ne peut pas être autonome. Par exemple, pour aller aux toilettes. Il faut pouvoir se repérer dans les lieux comme le collège. On ne peut pas avoir une personne par élève. C'est compliqué et ce serait pénible pour eux aussi. Même pour aller en séance de rééducation. Certains, je vais les chercher mais la plupart viennent tout seul.* »

E2 *: « Oui bien sûr. Parce que ça va permettre aux personnes d'avoir une autonomie à l'extérieur de chez eux même dans le lieu de vie. On intervient, nous au niveau du centre, avec mes collègues instructeurs en locomotion, à domicile, dans les EHPAD, enfin quel que soit le lieu de vie. Ils interviennent en intérieur comme en extérieur et c'est sûr que ça permet à la personne d'avoir beaucoup plus de mobilité d'accéder du coup à des activités. Si la personne n'arrive pas à se déplacer dans son logement elle ne peut pas accéder à ses activités. De même si elle souhaite faire des activités qui sont à l'extérieur de son logement et si elle ne peut pas s'y rendre, elle peut pas être autonome, indépendante et elle peut pas avoir un bon équilibre occupationnel. Donc ça me semble essentiel. »* E2 ajoute que « *les instructeurs en locomotion n'utilisent pas le terme d'équilibre occupationnel mais ils y contribuent* ».

Les deux instructeurs ne connaissant pas le concept d'équilibre occupationnel, une définition issue de la littérature leur a été donné afin qu'ils se positionnent sur la question.

ILE3 : « *Bien sûr étant donné que les déplacements permettent d'aller faire nos activités. Que ce soit en extérieur comme chez soi*. »

IL4 : « *Effectivement, déjà l'autonomie c'est important pour les personnes. C'est ce dont elles se plaignent. A un moment donné ne peut plus pouvoir aller et venir, aller faire ses courses mais aussi juste sortir pour prendre l'air c'est important pour plein de gens. Donc en général, pour la plupart des gens, mon accompagnement fait partie de leur équilibre.* »

S'agissant de la question sur l'impact de l'intervention de chacune des professionnelles sur le retour à l'équilibre occupationnel, toutes conviennent que

l'apprentissage des déplacements y contribue. Elles parlent de l'impact sur l'ensemble des occupations de la personne, d'une perte d'autonomie en cas d'impossibilité de se déplacer. Et ceci que ce soit à l'intérieur du domicile ou à l'extérieur.

6. La collaboration ergothérapeute/instructeur en locomotion

Avez-vous déjà collaboré avec des instructeurs en locomotion (pour les ergothérapeutes) ? Avec des ergothérapeutes (pour les instructeurs en locomotion) ?

E1 : « *Oui, ici pas beaucoup. J'ai échangé une fois avec l'un d'eux qui a fait appel à moi pour des problèmes de préhension d'un jeune qui ne parvenait à tenir la canne. Par contre, pendant un stage à l'Institut des Jeunes Aveugles de Toulouse, avec l'ergo, nous avons collaboré avec des instructeurs en locomotion sur des projets concernant une application qui permettait au téléphone de décrire tout ce que le patient filmait*. »

E2 : « *Oui. Dans ma structure il y a 2 instructeurs en locomotion. Je travaille avec eux avec toutes les populations que j'accompagne de 2 façons.* » Elle décrit que des structures médico-sociales demandent des interventions pour améliorer l'accessibilité où chacun va apporter ses compétences. « *Et au domicile des personnes pour faire une évaluation et ensuite envisager potentiellement un suivi ergo/loco avec des séances de rééducation-réadaptation.* » « *Puis on accompagne les personnes isolément. Du coup, on va échanger régulièrement pour savoir où en sont les acquis ou les difficultés en ergothérapie et en locomotion parce que ça va nous apporter mutuellement des billes pour l'accompagnement. C'est arrivé ponctuellement qu'on fasse des séances en binôme. 2 professionnels qui vont avoir un regard spécifique sur 2 axes différents. [*Elle donne l'exemple de faire ses courses au supermarché*] On avait fait un binôme ergo/loco ce qui était intéressant mais en fait ça faisait beaucoup de conseils différents en même temps à la fois sur l'utilisation de la canne, sur l'utilisation des applications adaptées, sur le code de la carte bleue, puis en même temps repérer les panneaux en hauteur… Finalement on s'est dit que ça aurait été bien de le travailler en 2 séances distinctes et de beaucoup faire le lien entre nous. […] ça permettait de ne pas surcharger la personne avec beaucoup de préconisations en même temps pour qu'elle puisse mieux les retenir et mieux les appliquer.* » E2 évoque aussi que le fait de partager les locaux, les échanges sur les patients entre professionnels, formels ou informels, sont quotidiens. Ils peuvent concerner les acquis du patient, ses difficultés ou une méthode pédagogique qui fonctionne avec lui.

ILE3 : « *Le lien qu'on va faire c'est parfois moi qui le lance. Je dis « il est capable d'aller jusqu'au distributeur » L'ergo va lui apprendre le fonctionnement du distributeur. S'il peut faire le trajet jusqu'au supermarché, je vais lui apprendre comment se déplacer dans le supermarché et après l'ergo va luire apprendre comment faire un paiement par exemple. Et parfois, l'ergothérapeute demande de travailler la locomotion car l'objectif du patient est de retirer de l'argent seul. Il y a un lien important entre les deux métiers. L'ergo va plus penser aux aides humaines à mettre en place, à faire l'argumentaire pour les aides sociales. Il n'y a pas d'argumentaire en loco. Le lien se fait aussi avec le smartphone. L'apprentissage de l'utilisation va se faire en salle par l'ergo et le loco met en place l'utilisation en déplacement avec le GPS piéton.* »

IL4 : *« Oui sur certaines situations. C'est important d'avoir un regard croisé sur la situation et en même temps ça peut permettre de définir des objectifs, des priorités. »*

Les ergothérapeutes interrogés comme les instructeurs en locomotion connaissent réciproquement le métier de l'autre et estiment que leur collaboration est importante mais pas systématique. Ils l'envisageraient plus sur le domicile.

Des expérimentations ont été réalisées en binôme. Les actions sont complémentaires, mais le constat est que l'afflux d'informations venant des deux professionnels semble trop dense pour la personne. Des séances séparées sont privilégiées suivies d'échanges réguliers entre professionnels afin de s'adapter ensemble à l'évolution de la personne.

Pour vous, dans la prise en soin de la déficience visuelle acquise, quelle est la plus-value du métier d'ergothérapeute et celle de l'instructeur en locomotion ?

E1 : « *Coté ergothérapie, c'est hyper important pour tout, pour l'autonomie dans les activités de vie quotidienne. Il faut tout réapprendre quand on devient aveugle, dans les façons de faire avec une réorganisation de l'environnement, mettre des repères tactiles. Si on parle de l'environnement micro, à l'échelle individuelle mais aussi plus large à l'échelle scolaire ou professionnelle. L'apprentissage du téléphone, l'accessibilité des smartphones est primordiale aussi. L'instructeur en locomotion est la personne formée spécifiquement pour les déplacements. C'est donc hyper important.* »

E2 : *« Je pense qu'on (ergothérapeute) a des compétences importantes dans la mise en place des compensations sensorielles même si on n'est pas AVJistes et du coup faut bien baliser le rôle de chacun. Par exemple, les sensibilités tactiles. Et surtout je pense qu'on est expert dans la réadaptation de l'activité et la préconisation d'aide technique…mais pas d'aide technique au déplacement. L'instructeur en locomotion a une vraie expertise dans ce que sont les déplacements. Que ce soit le signalement aux autres, la détection d'obstacles, l'orientation dans l'espace, le fait de pouvoir préparer un itinéraire, d'analyser un carrefour, de pouvoir mettre la personne en situation pour la rendre plus autonome et d'évaluer aussi avec elle quelle serait l'aide technique la plus adaptée. Il y a différentes cannes, différentes techniques. »*

ILE3 : *« Il n'y a pas de plus-value. »*

IL4 : « *Il y a des choses un petit peu plus techniques. C'est là où nous, loco, on va être moins calés*. » Elle cite l'exemple du GPS piéton qui va être mis en place par l'ergo et travailler en séance avant de la « *mettre en exercice à l'extérieur*. » elle explique qu'après il y aura un échange interprofessionnel sur les acquis du patient. « *Ça c'est intéressant comme collaboration.* » Aussi *« Ça arrive qu'on fasse des visites communes au domicile…dans l'aménagement où chacun apporte sa contribution dans l'organisation de l'espace. »* Dans le détail de cette situation, elle ne sait distinguer les missions des deux professionnels.

Les deux ergothérapeutes se décrivent comme expert de « l'activité », de l'autonomie, de la vie quotidienne, de l'aménagement de l'environnement et de la mise en place de compensations (sensorielles, de communication). Les instructeurs en locomotion sont reconnus comme experts du déplacement. La collaboration est envisagée sous l'angle des visites en binôme au domicile des personnes.

Pour résumer, quelle est, pour vous, la plus-value de la coopération professionnelle de ces 2 métiers ?

E1 : *« Beaucoup d'IL n'ont pas de formation paramédicale. Ici, beaucoup sont éducateur spécialisé à la base. L'ergo peut donc apporter une plus-value au niveau des pathologies. On ne va pas travailler les mêmes choses. C'est hyper important de travailler en interdisciplinarité. La spécialité de l'un permet de voir des choses que nous, ergo ne verront pas car on ne va pas faire déplacer le patient et inversement on va percevoir des problèmes de motricité qu'eux ne verront peut-être pas. Il faut travailler ensemble pour échanger et s'apporter des choses. »*

E2 « *pense que c'est vraiment essentiel pour un accompagnement de bonne qualité parce qu'on ne peut pas isoler les déplacements des activités de vie quotidienne*. ». Elle explique que les patients ne sont pas obligatoirement suivis dans les deux disciplines mais au besoin, l'un des professionnels peut diriger le patient vers l'autre discipline pour compléter la prise en soin. E2 donne l'exemple d'une application GPS qui semble maîtrisée par le patient en séance d'ergothérapie mais en mise en situation de locomotion ce dernier est incapable de l'utiliser. Les professionnels échangent sur l'avancée du patient et ajuste l'accompagnement. E2 conclut en disant : « *les 2 professions sont vraiment liées. On se nourrit les uns les autres.* ».

ILE3 : *« C'est complémentaire. En loco, il faut une formation en plus pour se déplacer qu'on ne peut pas apprendre quand on est ergo. Car cela ne fait pas partie de ce qu'on apprend pour le diplôme d'état d'ergo. Pour quelqu'un avec une déficience acquise, c'est obligé qu'il y ait ergo et locomotricité. Y'a des choses qu'on ne peut inventer. L'ergothérapeute apporte plus d'astuces sur le quotidien. »*

IL4 : « *La collaboration est essentielle dans les situations où les deux professionnels interviennent pour se partager des informations sur une situation. Parfois les gens ne nous disent pas tout, le disent aux collègues alors que ça va concerner le domaine d'un autre collègue. |…] Donc échanger est important pour suivre la progression de la personne. |…] Ce sont des séances distinctes car on travaille des objectifs différents. Par exemple, le GPS piéton. Il faut d'abord apprendre à gérer l'application avant de s'en servir concrètement.* »

En fin d'entretien, chacune des 4 professionnelles étaient invitées à approfondir un élément ou ajouter des informations.

E2 est alors revenu sur la collaboration en disant que *« La distinction ergo/loco est claire dans les tâches de chacun. Quand on regarde les textes légaux, les référentiels de chaque diplôme, c'est assez clair de comprendre qui fait quoi et je pense que ça facilite énormément la collaboration, quand c'est bien délimité »*. Elle a également relaté un autre exemple de collaboration concernant une patiente qui, lorsqu'elle portait des gants, ne percevait pas suffisamment les vibrations de sa canne électronique. L'un des objectifs ergothérapiques était de pouvoir continuer à tricoter, l'ergothérapeute a mis en place une séance pour que la patiente se tricote un manchon pour canne de détection lui permettant d'avoir la main au chaud et en direct sur la

poignée pour un meilleur ressenti. Ainsi, « *ça faisait vraiment le lien entre les activités de loisirs travailler en ergo et les activités de déplacement travaillées en loco* ».

ILE3 a complété ses propos sur la collaboration. « *Ce sont deux professions nécessaires pour accompagner la perte de la vue. C'est bien que les 2 soient fait en même temps. Parce qu'on développe le sens de manière différente et complémentaire. Pour la personne c'est rassurant et valorisant de voir qu'on avance sur des points même si sur d'autres on stagne. Y'a aussi une dimension psychologique importante. Le suivi psy est hyper important dans la représentation du handicap, d'eux-mêmes.* »

L'analyse permet de constater que les dires des quatre professionnelles convergent vers l'idée que la collaboration est essentielle pour une prise en soin holistique du fait de la complémentarité des compétences de chacun. « *Les 2 professions sont vraiment liées. « On se nourrit les uns les autres.* »,… *« C'est complémentaire ». « La distinction ergo/loco est claire dans les tâches de chacun.»,* ce qui facilite les échanges sur des champs de compétences différents, avec une réflexion commune des besoins et de l'évolution de la personne *: « C'est bien que les 2 soient fait en même temps ».*

E2 et IL4 évoquent le lien des deux métiers à travers des aides techniques mises en place en séance d'ergothérapie puis mise en pratique en locomotion.

Les données empiriques maintenant analysées, nous pouvons les discuter afin de valider ou d'invalider notre hypothèse et également d'étudier es biais et limites de cette enquête.

VI. Discussion

Cette recherche avait pour objectif d'établir si la collaboration ergothérapeute/instructeur en locomotion à travers l'apprentissage des déplacements jouait un rôle dans le retour à un équilibre occupationnel de la personne ayant perdu la vue. Ainsi, considérant les éléments documentés et les données empiriques récoltées auprès des professionnels, nous pouvons valider cette hypothèse.

1. Lien entre concepts et pratique

Pour asseoir cette validation, nous allons développer différentes constatations émises par la mise en parallèle des écrits scientifiques avec les informations collectées lors des entretiens.

Tout d'abord, s'agissant du public déficient visuel acquis la littérature et la pratique s'accordent sur le fait que le nombre n'est pas défini mais augmente de plus en plus du fait du vieillissement de la population. L'OMS indique que le chiffre devrait tripler d'ici 2050 étant donné le vieillissement de la population. IL3 explique que les adultes accueillis sont « *beaucoup de mal voyants sévères dont principalement beaucoup ont acquis la déficience*. *Ceci car, en plus du vieillissement de la population, de plus en plus de pathologies engendrent des problèmes de vue* ».

Concernant le modèle ergothérapique, les entretiens n'ont pas permis de confirmer l'intérêt du MOH dans l'accompagnement ergothérapique autour des déplacements puisque les deux ergothérapeutes interrogées disent se baser sur le MCPO. Elles expliquent qu'elles n'« *utilisent pas les outils* », « *sans faire la partie rendement et satisfaction* » relatifs à ce modèle mais se basent dessus pour *« la rédaction des diagnostics* » en organisant en domaines d'activité comme dans la MCRO. Pourtant, elles évoquent, comme dans les écrits concernant le MOH, l'importance de la motivation, de l'engagement ou encore de la capacité de performance de la personne. L'une des ergothérapeutes justifie le fait de ne pas utiliser de modèle par l'intérêt d'utiliser *« un langage compréhensible par tous* ». Elle préfère « *traduire ça par des éléments concrets* ». Ceci dans le but de faciliter la collabortion.

Cette recherche permet d'affirmer que les ergothérapeutes et les instructeurs en locomotion sont chacun expert dans leur discipline. L'ergothérapeute fonde sa pratique sur les occupations de vie quotidienne de la personne ayant perdu la vue et notamment celles qui vont lui poser problème suite à ce handicap. Pour y pallier, il cherchera avec le patient les stratégies à mettre en place et ceci notamment avec des aides techniques ou encore à travers le développement des autres sens. Ceci est validé par la définition de l'ANFE présentée dans le cadre conceptuel et les propos de E2 définissant l'ergothérapeute comme *expert dans la réadaptation de l'activité et la préconisation d'aide technique ».* L'instructeur en locomotion, lui interviendra essentiellement sur la mobilité et l'orientation comme le souligne l'arrêté du 19 novembre 1997 créant le certificat d'aptitude à l'éducation et la rééducation de la

locomotion auprès des personnes déficientes visuelles. Ceci est confirmé par E1 : « *c'est un métier spécifique* », « *c'est la personne formée aux déplacements* ». Ainsi, l'ergothérapeute ne travaille pas les déplacements en eux-mêmes qui sont la mission de l'instructeur en locomotion, mais va, par ces différents accompagnements, permettre les déplacements. La complémentarité des missions des deux professionnels assoit l'idée d'une collaboration essentielle entre les deux professions.

Ergothérapeute et instructeur en locomotion interviennent sur l'environnement à des échelles différentes. L'ergothérapeute sera plus présent sur l'environnement proche de la personne à travers les déplacements pour accompagner la personne entre deux salles de la structure d'accueil ou l'aménagement du lieu de vie. Cette idée est retrouvée dans les écrits notamment de Holzschuch et Fays relatant le repère tactile pour l'allumage du four, mais aussi des repères sur les meubles ou au sol, ceci confirmé par les deux ergothérapeutes pointant l'importance des repères tactiles dans les bâtiments, « *au sol, sur les marches, les rampes* ». Alors que l'instructeur en locomotion agira avec la personne sur un environnement à plus large échelle, aux abords des structures, dans le quartier où réside la personne. Ici encore, les interventions des deux professionnels vont se compléter.

L'idée de l'importance du « *réservoir de souvenirs* » invoquée par Josiane Heyraud, reprise dans d'autres écrits, pour parler des éléments acquis par la personne avant la perte de la vue est confirmée par les professionnelles interrogées. Elles parlent d'un possible transfert des acquis permis par « *les représentations mentales* » que les personnes ont pu intégrer avant le handicap visuel. IL4 dit, par exemple, que pour évoluer dans un lieu si les personnes « *ont déjà expérimenté, ça facilite le repérage* ».

L'un des sujets récurrents dans la littérature comme dans les entretiens est l'importance des outils de communication pour la personne déficiente visuelle mais également dans le lien entre les deux professionnels. L'expertise de l'ergothérapeute dans la mise en place et l'apprentissage de l'aide technique va permettre à l'instructeur en locomotion de mettre le patient en situation.

De ce fait, chaque professionnel travaille séparément avec la personne mais croisent leurs observations pour faire évoluer leur accompagnement. Ainsi, nous avons constaté, à travers les entretiens et les écrits, notamment celui de Christiane Almendros, que la collaboration se passait principalement par la communication entre

professionnels en dehors des séances avec le patient à travers des échanges, du partage d'informations. Dans ces situations les professionnelles essaient d'utiliser un vocabulaire commun pour faciliter les échanges. E2 explique ne pas utiliser les termes spécifiques à l'ergothérapie et qu'elle « essaie de développer ses idées dans un langage compréhensible par tous ».

Enfin, la recherche a également confirmé l'impact des déplacements sur l'équilibre occupationnel et par conséquent un déséquilibre occupationnel quand le déplacement n'est pas possible. Comme le dit l'une des ergothérapeutes interrogées « *si on ne peut pas se déplacer, on ne peut pas être autonome* ». Ainsi, comme le confirme la littérature, la personne ne pouvant effectuer ses occupations, ne sera pas satisfaite et donc ne sera pas en équilibre occupationnel.

2. Limites et Biais

L'une des limites de cette enquête se situe dans le nombre restreint d'entretiens. Quatre entrevues ne constituent pas une représentation significative du nombre d'ergothérapeutes intervenant auprès d'un public déficient visuel et d'instructeurs en locomotion. Les réponses ne peuvent donc être généralisables.

S'agissant des biais, à la demande des répondants, deux des entretiens ont été effectués par téléphone. De ce fait la communication non verbale ne peut être prise en compte et son absence peut altérer la mise en place d'une relation de confiance entre l'enquêteur et l'enquêté. A contrario, lors des entretiens en visioconférence ou en physique la communication non verbale peut influencer les réponses.

Pour l'un de ces deux entretiens, l'enregistrement n'a pas été possible du fait d'un problème technique. Les notes ayant été prises à la main et la retranscription n'ayant été effectuée que deux jours après, l'intégrité des réponses peut être questionnée.

Egalement, un biais est constaté par la situation professionnelle de ILE3. En effet, du fait de son double statut d'ergothérapeute-instructeur en locomotion intervenant dans une seule et même structure, ILE3 n'effectue que des accompagnements concernant les déplacements.

Le fait que les personnes ayant répondues soient toutes employées dans des structures spécialisées dans l'accompagnement des personnes déficientes visuelles où les deux professions cohabitent constitue un autre biais. De plus, E2 et IL4,

interviennent dans le même centre et ont pu échanger sur la teneur de mon enquête entre les deux entretiens car elles ont été interrogées à quelques jours d'intervalle. Ce qui peut également constituer un biais.

Enfin, le fait d'avoir choisi des entretiens semi-directifs implique des relances, des reformulations, des incompréhensions de question qui ont pu être différentes d'un entretien à l'autre mais aussi un ordre différent des questions s'ajustant aux réponses de l'enquêté. Tout ceci a donc pu impacter les résultats.

3. Pistes de poursuite

Suite à différentes lectures mais également aux entretiens, un sujet questionne le glissement de tâches des ergothérapeutes vers la fonction d'accompagnant en autonomie de vie journalière, appelés dans les textes comme dans la pratique « AVJistes ». Selon les textes officiels, nous constatons que ce certificat est aujourd'hui regroupé avec les instructeurs en locomotion sous le statut d'Instructeur en Autonomie des Personnes Déficientes Visuelles. A la base l'AVJiste accompagne les personnes déficientes visuelles dans le développement de leurs compétences pratiques dans les actes de vie quotidienne en fonction des besoins, attentes et désirs de la personne afin de préserver, retrouver son autonomie.

A la lecture de Christianne Almendros, le constat est que l'AVJiste est le spécialiste de la vie quotidienne des personnes déficientes visuelles. Il intervient dans tous les domaines et pointe les éléments tactiles, les repères sur lesquels s'appuyer pour être autonome. Comme l'ergothérapeute, il cherche avec la personne des stratégies et compensations pour pallier au handicap visuel. La réflexion serait à poursuivre vers la plus-value du métier d'ergothérapeute par rapport à celui d'AVJiste.

4. Projection professionnelle

Ce mémoire d'initiation à la recherche m'a permis d'acquérir des compétences telles que la priorisation de tâches, de la méthodologie dans une conduite de projet individuel à long terme. Parallèlement, ce travail m'a fait constater que la conduite d'entretien n'est pas un exercice aisé notamment du fait que son déroulement est dépendant du contexte et de la personne interrogée. De plus, le choix des mots est important pour que la communication soit efficiente.

Grâce à cette enquête j'ai pu découvrir l'existence de différentes structures spécialisées dans la déficience visuelle et également le métier d'instructeur en locomotion.

Ce travail m'a conforté sur l'idée qu'une bonne prise en soin ne peut se faire qu'à travers l'intervention et la collaboration de plusieurs professionnels basée sur la connaissance du métier de l'autre. C'est pourquoi je ne me projette pas dans une pratique libérale mais bien comme ergothérapeute au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Conclusion

De par l'ampleur du nombre de personnes touchées par la déficience visuelle, la prise en charge de ce handicap est un enjeu mondial et plus spécifiquement un enjeu national français. Du fait de l'impact de cette déficience sur l'ensemble des occupations de vie quotidienne, l'ergothérapeute a entièrement sa place dans la prise en soins des personnes devenues non voyantes. Parallèlement, les occupations étant liées par le déplacement, l'intervention des instructeurs en locomotion est essentielle pour acquérir des techniques de mobilité et d'orientation. De ce fait, les deux professions sont complémentaires et leur collaboration est nécessaire dans l'accompagnement de la personne déficiente visuelle. L'Identification des compétences de chacun est primordiale pour la prise en soin holistique de la personne. Pour cela les temps d'échanges entre professionnels sont essentiels. Ainsi, ce mémoire répond positivement à la question de recherche en montrant que la collaboration des ergothérapeutes et des instructeurs en locomotion, permet à la personne ayant perdu la vue de retrouver un équilibre occupationnel.

De cette recherche autour du thème de la collaboration a également été pointé le métier d'AVJiste fusionné avec le métier d'instructeur en locomotion sous la certification d'Instructeur pour l'Autonomie des personnes Déficientes Visuelles. Avec le développement de ce métier, nous pouvons nous questionner sur la délimitation du champ d'intervention des ergothérapeutes auprès des personnes déficientes visuelles.

Bibliographie

Ouvrages

Almendros, C. (2013). 4. Le métier d'avéjiste : apprivoiser ou adapter le quotidien ? Dans Heyraud, J. (dir) *L'accompagnement au quotidien des personnes déficientes visuelles* (pp.147-172). Erès. https://shs-cairn-info.ezproxy.normandie-univ.fr/l-accompagnement-au-quotidien-des-personnes-defici--9782749238173-page-147?lang=fr.

Backman, C. (2010). Occupational Balance and Well-being. Dans Christiansen C. & Townsend E. (Eds.), *Introduction to Occupation: The Art of Science and Living (2nd ed.),* (pp.209-229). Pearson.

Chokron, S. & Marendaz, C. (2005). *Comment voyons-nous ?* Les petites pommes du savoir, 60. Le Pommier.

Gay-Brown, C. (2022). Chapitre 20. La déficience visuelle, se construire sans voir. Dans Gatecel A. & Valentin-Lefranc A., *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices : Fondements, domaines d'application, formation et recherche, 2e Éd.* (pp.221-232). Dunod. https://stm.cairn.info/le-grand-livre-des-pratiques-psychomotrices--9782100824984-page-221?lang=fr

Heyraud, J. (2013). 1. La déficience visuelle, une atteinte complexe qui touche tous les âges. *L'accompagnement au quotidien des personnes déficientes visuelles* (pp.27-45). Erès. https://shs.cairn.info/l-accompagnement-au-quotidien-des-personnes-defici--9782749238173-page-27?lang=fr

Holzschuch, C. & Fays, A. (2012). L'intervention auprès des personnes âgées présentant une déficience visuelle. Dans Trouvé E., *Ergothérapie en gériatrie : Approches cliniques* (pp.323-334). De Boeck Supérieur. https://doi.org/10.3917/dbu.trouv.2012.01.0323.

Koch, B. (2016). Apport d'une démarche évaluative en santé mentale. Dans *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation* (pp. 111-124). De Boeck Supérieur. https://doi.org/10.3917/dbu.herna.2016.01.0111

Morel-Bracq, M.-C. (2009). Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux. De Boeck.

Taylor. R (2017) Chapitre *Kielhofner's Model Of Human Occupation – Fifth edition*. Wolters Kluwer (pp.16-17)

Townsend, E., Polatajko, H. J., Cantin, N., & Association canadienne des ergothérapeutes. (2013). *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (Deuxième édition). CAOT Publications ACE.

Trouvé, E. et al. (2016). Chapitre 13 : Approche de l'environnement dans les modèles ergothérapiques. Dans Trouvé E. (dir), *Agir sur l'environnement pour permettre les activités* (pp.213-215). De Boeck supérieur.

Winance, M. & Fournier, C. (2023). Chapitre 1. Jalons historiques pour comprendre les enjeux de la recherche qualitative. *Les recherches qualitatives en santé - 2e éd.* (pp.39-61). Armand Colin. https://stm.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200631970-page-39?lang=fr.

Articles

Backman, C. (2004). Occupational Balance: Exploring the Relationships among Daily Occupations and Their Influence on Well-Being. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 71*(4), pp.202-209. https://doi.org/10.1177/000841740407100404.

Buissard, I. (2014). La locomotion : Un savoir-faire, un savoir-être au service des personnes déficientes visuelles. *Revue Francophone d'Orthoptie*, *7*(2), pp.138-140. https://doi.org/10.1016/j.rfo.2014.07.004

Camaret Ninu, É. (2016). Place et rôle de la vision dans le développement sensorimoteur de l'enfant. *Contraste*, *43*(1), pp.39-65. https://doi.org/10.3917/cont.043.0039

Carrer, C. (2012). La performance de se déplacer quand on ne voit pas. *Empan*, *87*(3), pp.63-66. https://doi.org/10.3917/empa.087.0063

Hatano-Chalvidan, M. (2020). La pluriprofessionnalité en question. *Soins Cadres, Dossier : Accompagner la pluriprofessionnalité, 29*(124), pp.16-19. https://hal.science/hal-03492611v1/document

Hatwell, Y. (2006). Appréhender l'espace pour un enfant aveugle. *Enfances & Psy*, *33*(4), pp.69-79. https://doi.org/10.3917/ep.033.0069

Kern, T. R. & Shaw, C. E. (1985). An interdisciplinary approach to training the adult blind client: Occupational therapy and orientation and mobility collaborate. *Journal of Visual Impairment & Blindness, 79*(8), pp.341–346. https://doi.org/10.1177/0145482X8507900802

Mahdizadeh, A., Khankeh, H., Ghodsi, H., Hossein, S.A. & Akbarfahimi, N. (2023). Post-COVID-19 survivors' strategies for improving occupational balance: A qualitative study. *The British Journal of Occupational Therapy, 86*(11), pp.777–786. https://doi.org/10.1177/03080226231184708

Orssaud, C. (2018). Les causes de la déficience visuelle de l'enfant. *Revue Francophone d'Orthoptie*, *11*(1), pp.36-40. https://doi.org/10.1016/j.rfo.2018.02.008

Torossian M. (2021). Classification déficience visuelle. *Revue Francophone d'Orthoptie*, *14*(3), pp.102-103. https://doi.org/10.1016/j.rfo.2021.06.003

Autres Références

Bâton, C. & Van Langdeghem, N. (2017). Chapitre II : Annonce du handicap. Dans Robert, P-Y. *Rapport Société Française d'Ophtalmologie - Déficiences visuelles.* (p. 145-147). Elsevier Masson. https://www.sfo-online.fr/sites/www.sfo-online.fr/files/medias/documents/2d-rapport-2017-SFO.pdf

Bonnet-Macaes, F. & al. (2017). Stratégies de réadaptation en locomotion. Dans Robert, P-Y (dir), *Rapport Société Française d'Ophtalmologie - Déficiences visuelles.* (pp. 162-166). Elsevier Masson. https://www.sfo-online.fr/sites/www.sfo-online.fr/files/medias/documents/2d-rapport-2017-SFO.pdf

Denis, D., Bui Quoc, E. & Aziz-Alessi, A. (2017). *Rapport 2017 - OPHTALMOLOGIE PÉDIATRIQUE*. Société Française d'Ophtalmologie. Elsevier Masson. https://www.em-consulte.com/em/SFO/2017/index.html

Légifrance. (2008). *Loi 2005-102 du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.* https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000017759074/

Légifrance. (2020a). *Arrêté du 21 septembre 2020 relatif au certificat d'instructeur pour l'autonomie des personnes déficientes visuelles.* https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042401385

Légifrance. (2020b). *Décret n° 2020-1065 du 17 août 2020 relatif au certificat d'instructeur pour l'autonomie des personnes déficientes visuelles, 2020-1065.* https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000042243548

Meyniel, C. (2022) Chapitre 14 : Troubles cognitifs et déficiences visuelles. Dans Zanlonghi, X., *Rapport Société Française d'Ophtalmologie - Déficiences visuelles* (pp. 152-153) Elsevier Masson

Pin, C. (2023). *L'entretien semi-directif. LIEPP Fiche méthodologique n°3*. https://sciencespo.hal.science/hal-04087897v1/document

Rousset, M. (2023). *Guide prévention santé - Comment « bien » s'occuper ? Maintenir ou (re)trouver son équilibre occupationnel.* ANFE. https://anfe.fr/wp-content/uploads/2023/02/Guide-pratique-EO-Comment-bien-soccuper.pdf

Sander, M.-S., Bournot, M.-C. Lelièvre, F. & Tallec, A. (2005). *Les personnes ayant un handicap visuel - Les apports de l'enquête Handicaps – Incapacités - Dépendance.* Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Études et Résultats, n°416. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er416.pdf

Site officiel de l'ANFE. (s. d.). *Qu'est-ce que l'ergothérapie*. Association Nationale Françaises des Ergothérapeutes. Consulté 9 janvier 2025, à l'adresse https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/

Site officiel de l'OMS. (2023). *Cécité et déficience visuelle.* Consulté le 8 septembre 2024. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment

Annexes

ANNEXE I : CLASSIFICATION DE LA SEVERITE DE LA DEFICIENCE VISUELLE SELON LA CIM.11 (OMS) 1

ANNEXE II : SCHEMA DU MODELE DE L'OCCUPATION HUMAINE..... 2

ANNEXE III : LES DIFFERENTS METIERS IMPLIQUES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DEFICIENTES VISUELLES..... 3

ANNEXE IV : GUIDES D'ENTRETIEN 4

ANNEXE V : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT 8

ANNEXE I : CLASSIFICATION DE LA SEVERITE DE LA DEFICIENCE VISUELLE SELON LA CIM.11 (OMS)

Catégorie	Acuité visuelle du meilleur œil	
	Inférieure à :	Supérieure ou égale à :
Déficience visuelle légère	5/10	3/10
Déficience visuelle modérée	3/10	1/10
Déficience visuelle sévère	1/10	1/20
Cécité	1/20	
Déficience de la vision de près	N6 ou 0,8 M à 40 cm	

ANNEXE II : SCHEMA DU MODELE DE L'OCCUPATION HUMAINE

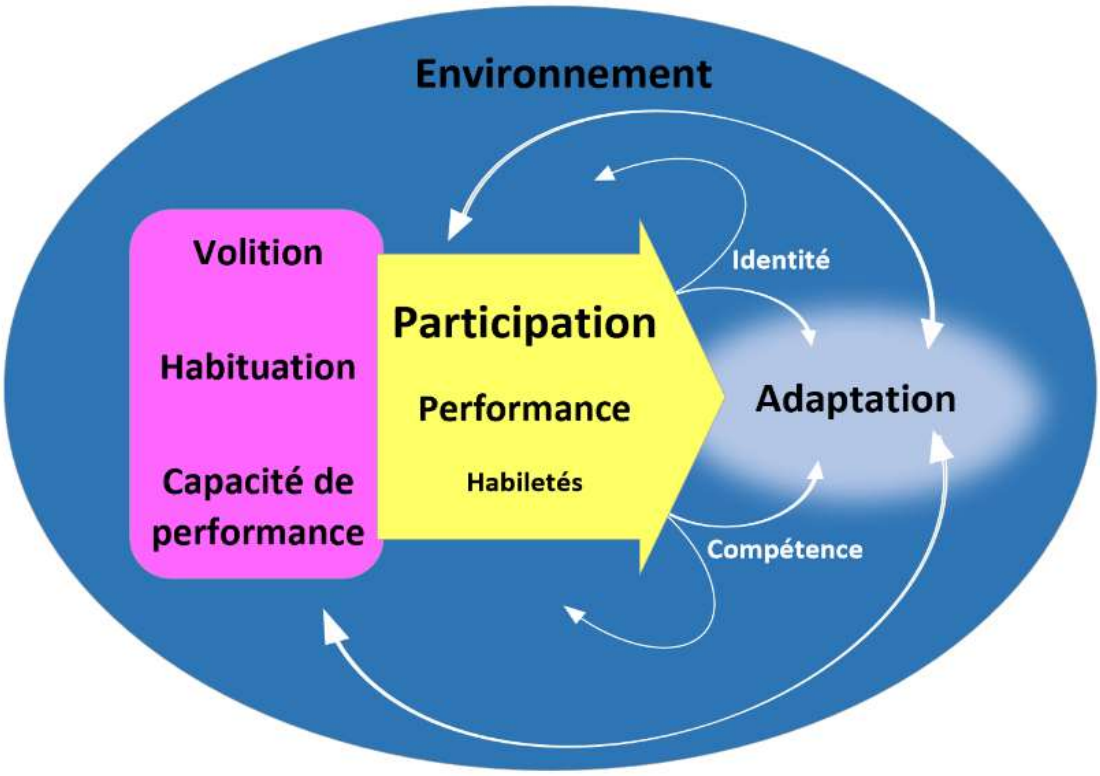


Schéma illustrant la dynamique du Modèle de l'Occupation Humaine (version Française).
Traduit et librement inspiré des travaux de R. Taylor, P. Bowyer & G. Fisher par G. Mignet et A. Doussin (2024).
Diffusé par le Centre de Référence sur le Modèle de l'Occupation Humaine (Université Laval, Québec).

ANNEXE III : LES DIFFERENTS METIERS IMPLIQUES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DEFICIENTES VISUELLES

Tableau I : Les différents métiers impliqués dans la prise en charge des personnes déficientes visuelles

Professionnels	Réadaptation	Aides techniques
Ophtalmologiste	Confirmer le diagnostic étiologique et évaluer le potentiel évolutif Évaluer la fonction visuelle et la vision fonctionnelle	Examen clinique, échelles d'acuité visuelle, de vision des contrastes et réfraction. Informer les patients et les proches sur la déficience visuelle
Orthoptiste	Travail des stratégies visuelles, telles que l'excentration et le balayage Améliorer la lecture Appropriation des aides optiques	Agrandisseur Monoculaire, Keppler... Essais de filtres avec différentes nuances de transmission lumineuse et d'éclairage adapté
Opticien	Essais et adaptation des aides optiques	Correction optique adaptée Lunettes loupe Loupe optique Loupe électronique Agrandisseur Monoculaire, Kepler... Essais de filtres avec différentes nuances de transmission lumineuse et d'éclairage adapté
Instructeur en locomotion	Marche Technique de guide Déplacement seul en extérieur Utiliser les transports en commun Orientation vers écoles de chien guide	Repères (plan du quartier en relief, simulation...) Canne de signalement, canne de détection, canne électronique GPS Logiciel d'aide pour les transports en commun
Psychomotricien	Travail du déroulé du pas et de la posture Travail de l'équilibre Travail des prises de repères externes/ internes	Plateau technique adapté
Ergothérapeute et "AVJistes*"	Participation aux activités de la vie quotidienne : mise en situation : cuisine, tenue à table, courses, couture, ménage, paiement, soins personnels... Planification des actions	Aides techniques non optiques telles que l'éclairage, la vaisselle contrastée, les marquages en relief, les détecteurs de couleur...
Instructeurs en communication (éducateurs, ergothérapeute, professeur...)	Braille Utilisation de l'ordinateur et de la tablette Écriture manuelle	Matériel de Braille (lecture et écriture) Logiciel informatique (grossissement et/ou retour vocal) Tablette Guide ligne et guide chèque
Assistante sociale	Les droits	Carte de stationnement Aides financières compensatoires Aides humaines Financement de matériel
Psychologue	Évaluer et aider à l'intégration du handicap Détecter les symptômes d'anxiété et/ou de dépression	Groupes de parole Suivis individuels et familiaux

AVJ : Accompagnant en Autonomie dans la Vie Journalière

ANNEXE IV : GUIDES D'ENTRETIEN

Bonjour,

Je tiens tout d'abord à vous remercier d'avoir accepté de répondre à cet entretien. Cette enquête est effectuée dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche de fin d'études en ergothérapie, dont le thème est « l'accompagnement ergothérapique des personnes ayant acquis une cécité. »

A la suite de cet entretien, les données seront anonymisées et traitées de manière confidentielle. Vous êtes libre de participer ou d'interrompre à tout moment cet entretien. Je souhaiterai enregistrer nos échanges. Cet enregistrement, utilisé uniquement dans le cadre de mon enquête, sera détruit dès la fin de ma retranscription. Je vous laisse prendre connaissance et signer le formulaire de consentement.

Grille d'entretien auprès des ergothérapeutes

En quelques mots, pouvez-vous, svp, vous présenter. (année de diplôme, lieux d'exercice…)

1. Au-delà de votre diplôme en ergothérapie (DE, Master), avez-vous suivi des formations complémentaires orientées sur la déficience visuelle ?
2. Depuis quand exercez-vous (ou combien de temps avez-vous exercé) auprès d'une population déficiente visuelle ?
3. Concernant la population, quelle tranche d'âge accompagnez-vous (ou avez-vous accompagné) dans le cadre d'une déficience visuelle ? *(enfants, ados, adultes, personnes âgées)*
4. Plus précisément, êtes-vous déjà intervenus auprès de personnes ayant acquis une cécité ? L'acquisition de la cécité étant le thème abordé dans mon mémoire.
5. Si oui, quelles différences constatez-vous entre la prise en soin d'une personne déficiente visuelle de naissance et celle qui a acquis une cécité ?

Pratique professionnelle :

6. Fondez-vous votre pratique sur un modèle ergothérapique ? Si oui, dites-moi lequel et expliquez l'intérêt que vous y trouvez.
7. Connaissez-vous le concept d'équilibre occupationnel ? Pouvez-vous me donner votre définition ?
8. En général, sur quels domaines d'activités/occupations orientez-vous votre prise en charge ? (ex : loisirs, soins personnels…)

9. Pour quel domaine avez-vous le plus de demande ?

Les déplacements

10. Travaillez-vous au maintien ou la restauration de l'autonomie dans les déplacements avec vos patients ?

11. Si ce n'est pas le cas, quels en sont les freins ?

12. Si oui, dans quel cadre l'ergothérapeute a un rôle à jouer dans l'apprentissage des déplacements ?

13. Pensez-vous que l'accompagnement autour des déplacements joue un rôle dans le retour à un équilibre occupationnel après la perte de la vue et dans quel cadre ?

14. Si utilisation d'un modèle : Pour revenir au modèle ergothérapique que vous utilisez, en quoi est-il pertinent dans l'accompagnement des personnes déficientes visuelles dans leurs déplacements ?

15. Lorsque vous accompagnez les personnes dans le domaine des déplacements, quelles en est la raison première : est-ce une demande du patient sur ce thème ou bien le proposez-vous obligatoirement car il s'agit d'un élément essentiel pour aboutir à un objectif du patient ?

16. Est-ce pour des déplacements : à l'intérieur du domicile – aux abords du domicile – à plus grande échelle ?

17. Quels sont les éléments facilitateurs qui vous permettent d'accompagner les personnes dans le domaine du déplacement ?

Collaboration

18. Avez-vous déjà entendu parler des instructeurs en locomotion ?

19. Si oui, avez-vous déjà collaboré avec l'un d'entre eux ?

20. Pour vous, dans la prise en soin de la déficience visuelle acquise, quelle est la plus-value du métier d'ergothérapeute et celle de l'instructeur en locomotion ?

21. Quel professionnel demande l'intervention de l'autre professionnel ? Est-ce que vous proposez des patients aux instructeurs en locomotion ou sont-ce les instructeurs en locomotion qui dirigent des patients vers vous ?

22. Pour résumer, quelle est, pour vous, la plus-value de la collaboration professionnelle de ces 2 métiers ?

23. Question libre : Souhaitez-vous approfondir un élément ou ajouter des informations qui n'aurait pas été évoquées ?

Je vous remercie pour votre disponibilité et votre participation.

Grille d'entretien des instructeurs en locomotion

Bonjour,

Je tiens tout d'abord à vous remercier d'avoir accepté de répondre à cet entretien. Cette enquête est effectuée dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche de fin d'études en ergothérapie, dont le thème est « l'accompagnement ergothérapique des personnes ayant acquis une cécité. »

A la suite de cet entretien, les données seront anonymisées et traitées de manière confidentielle.

Vous êtes libre de participer ou d'interrompre à tout moment cet entretien. Je souhaiterai enregistrer nos échanges. Cet enregistrement, utilisé uniquement dans le cadre de mon enquête, sera détruit dès la fin de ma retranscription. Je vous laisse prendre connaissance et signer le formulaire de consentement.

En quelques mots, pouvez-vous, svp, vous présenter. (année de diplôme, lieux d'exercice…)

1. Pour les IL/IAPDV, quel était votre métier/formation de base vous ayant permis de vous spécialiser en locomotion ?
2. Exercez-vous uniquement en tant qu'Instructeur en locomotion ?
3. Depuis quand exercez-vous (ou combien de temps avez-vous exercé) auprès d'une population déficiente visuelle ? (Si exercice dans profession de base avant la spécialisation)
4. Concernant la population, quelle tranche d'âge accompagnez-vous ou avez-vous accompagné dans le cadre d'une déficience visuelle ? (enfants, ados, adultes, personnes âgées)
5. Plus précisément, êtes-vous déjà intervenus auprès de personnes ayant acquis une cécité ?
6. Si oui, quelles différences constatez-vous entre la prise en soin d'une personne déficiente visuelle de naissance et celle qui a acquis une cécité ?

<u>Les déplacements</u>

7. Lorsque vous accompagnez les personnes dans le domaine des déplacements, quelles en sont les raisons ? (une demande du patient ou élément essentiel pour aboutir à un objectif du patient ou un bilan loco est proposé d'office au patient)

8. Est-ce pour des déplacements : à l'intérieur du domicile – aux abords du domicile – à plus grande échelle ?
9. Quels sont les éléments facilitateurs qui vous permettent d'accompagner les personnes dans le domaine du déplacement ? Et les freins ?
10. Connaissez-vous le concept ergothérapique d'équilibre occupationnel ?
    Si « oui » : pouvez-vous me donner votre définition ?
    Si « non » : je vous l'explique brièvement. Il s'agit d'un juste équilibre des occupations d'une personne, entre celles qui ont du sens pour cette personne et celles ressentis comme obligatoire, lui permettant un bien-être et une satisfaction au quotidien.
11. Ainsi, pensez-vous que votre accompagnement joue un rôle dans le retour à un équilibre occupationnel après la perte de la vue et dans quel cadre ?

<u>Collaboration</u>

12. Collaborez-vous avec des ergothérapeutes ?
13. Pour vous, dans la prise en soin de la déficience visuelle acquise, quelle est la plus-value du métier d'ergothérapeute et celle de l'instructeur en locomotion ?
14. Quel professionnel demande l'intervention de l'autre professionnel ? Est-ce que vous proposez des patients aux instructeurs en locomotion ou sont-ce les instructeurs en locomotion qui dirigent les patients vers vous ?
15. Pour résumer, quelle est, pour vous, la plus-value de la coopération professionnelle de ces métiers ?
16. Question libre : Souhaitez-vous approfondir un élément ou ajouter des informations qui n'aurait pas été évoquées ?

Je vous remercie pour votre disponibilité et votre participation.

ANNEXE V : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT : Mémoire d'initiation à la recherche

Madame, Monsieur,

Vous êtes invités à participer au projet du mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie réalisé par Elodie MOUSSEL étudiante en 3ème année d'ergothérapie à l'institut de formation La Musse (27).
Celui-ci a pour sujet l'accompagnement pluridisciplinaire des patients ayant perdu la vue.
La participation à ce projet consiste à la passation d'un entretien semi-directif ayant une durée estimée à 45 minutes selon la modalité de votre choix : téléphone, visioconférence ou entretien physique.
Si vous acceptez l'enregistrement, celui-ci sera détruit dès la fin du projet et l'obtention du Diplôme d'Etat.
Toutes les données recueillies seront anonymisées et seront utilisées uniquement dans le cadre de ce mémoire d'initiation à la recherche.

Vous êtes invité à exprimer votre consentement à travers ce formulaire.

Je soussigné(e) Mr ou Mme ……

- o Avoir pris connaissance de ce formulaire et accepte de participer à cette recherche
- o Autorise l'enregistrement vocal de l'entretien réalisé

Fait à ……
Le …….

Signature du professionnel :

Signature de l'étudiant :
Elodie MOUSSEL

Ergothérapeute/instructeur en locomotion,
une collaboration qui redonne un sens à la perte de la vue

MOUSSEL Elodie

Résumé : La perte de la vue impacte toutes les activités de la vie quotidienne et l'enchaînement de celles-ci, entraînant un déséquilibre occupationnel. Plusieurs professionnels, tels que les ergothérapeutes et les instructeurs de locomotion, sont impliqués dans cette prise en charge. Cette étude consiste à évaluer la valeur de la collaboration entre ces deux professions dans la restauration de l'équilibre occupationnel de cette population. Pour cela, quatre entretiens semi-directifs ont été réalisés. Il en ressort que les instructeurs en locomotion sont des experts de la mobilité et de l'orientation, tandis que les ergothérapeutes interviennent sur les éléments permettant le déplacement, tels que les troubles de la préhension ou l'aménagement du domicile. Chaque professionnel intervient indépendamment de l'autre. Toutefois, la collaboration repose sur la communication entre les deux professionnels concernant les progrès ou les difficultés du patient, afin que chacun puisse adapter son accompagnement. En se concentrant sur la mobilité, les ergothérapeutes et les instructeurs en locomotion redonnent de l'autonomie aux personnes ayant perdu la vue, dans le but qu'elles retrouvent leur équilibre occupationnel.

Mots clés : ergothérapeute, cécité, équilibre occupationnel, collaboration pluridisciplinaire, instructeur en locomotion

Occupational therapist/locomotion instructor,
a collaboration that gives new meaning to the loss of sight

Abstract: Becoming blind has an impact on all activities of daily living and to move from one activity to another leading to occupational imbalance. Several professionals are involved in this care such as Occupational Therapists (OT) and Locomotion Instructors (LI). Thus, we should assess the value of collaboration between OT and LI to restore the occupational balance of this population. For this survey, four semi-structured interviews were performed. The result is that LI are mobility and orientation experts and OT intervene on the elements that enable moving like such as grip disorders or home improvement. Each professional intervenes independently of the other. However, collaboration is based on communication between the two professionals about the patient's progress or problems, in order to adapt each treatment. By focusing on mobility, OT and LI restore autonomy to people who have lost sight in the aim they regain their occupational balance.

Keywords : Occupational therapist, blindness, occupational balance, multidisciplinary collaboration, locomotion instructor