

Institut Limousin de FOrmation  
aux MÉtiers de la Réadaptation  
Ergothérapie

***L'approche centrée sur la personne et fondée sur  
l'occupation dans la pratique en ergothérapie chez des  
adultes déficients visuels : état des lieux entre l'idéal et la  
réalité en structure ou au domicile***

Mémoire présenté et soutenu par  
**Mylène POLL**

Le 29mai 2020



Mémoire dirigé par  
**Angélique RICOUX**  
Ergothérapeute DE  
Hôpital de jour Baudin  
**Mr TOFFIN**

Responsable pédagogique à l'ILFOMER

## Remerciements

---

*Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de mémoire, Angélique RICOUX, pour m'avoir accompagnée et soutenue tout au long de ce travail. Ses conseils précieux et avisés, sa bonne humeur et son optimisme m'ont permis de mener à bien ce travail de fin d'études.*

*Un très grand merci aussi à ma référente méthodologique, Mme DEVANNEAUX, qui a su m'apporter des remarques enrichissantes et constructives et me redonner confiance à des moments importants. Son écoute, sa disponibilité et surtout son approche humaniste ont fait d'elle une personne bienveillante et dévouée à mon égard.*

*Je remercie également l'équipe pédagogique et administrative de la filière ergothérapie de l'ILFOMER pour ces trois années riches en connaissances et aussi Mr TOFFIN, mon référent pédagogique pour ce travail.*

*Je souhaite remercier les ergothérapeutes qui ont pris le temps de participer et répondre à mon questionnaire.*

*Je tiens à remercier grandement ma famille et mon compagnon pour leur soutien, leurs encouragements et d'avoir cru en moi sur ces trois années.*

*Enfin, je remercie infiniment mes amies et plus particulièrement Gwénaëlle GUINE, Sarah PERDRIX et Isabelle SPONVILLE, trois anciennes étudiantes de l'ILFOMER pour leurs remarques pertinentes et le temps passé à la relecture de mon travail.*

## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

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

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



## Charte anti-plagiat

---

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

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

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

Article 1 :

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

**Je, soussignée Mylène POLL**

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

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

**Fait à LIMOGES, Le vendredi 29 mai 2020**

**Suivi de la signature.**



Article 2 :

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

Article 3 :

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

Article 4 :

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

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

# Vérification de l'anonymat

---

**Mémoire DE Ergothérapie**

**Le 29 Mai 2020**

**Attestation de vérification d'anonymat**

Je soussignée Mylène POLL

Etudiante de 3ème année

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

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

Fait à :LIMOGES

Le : vendredi 29 mai 2020

Signature de l'étudiante



## Table des matières

---

Introduction.....	12
Etayage théorique .....	14
1. L'évolution de l'ergothérapie au fil des années.....	14
1.1. 1 <sup>er</sup> paradigme .....	14
1.2. 2 <sup>ème</sup> paradigme .....	15
1.3. 3 <sup>ème</sup> paradigme .....	15
2. Les fondements de la Science de l'Occupation.....	16
2.1. L'occupation.....	16
2.2. La Science de l'Occupation, discipline fondamentale pour l'ergothérapie .....	17
2.3. L'approche centrée sur la personne ou approche « client-centré » .....	18
2.3.1. Les fondements de cette théorie d'après Carl Rogers.....	18
2.3.2. Cette approche vue par d'autres auteurs .....	19
3. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) .....	21
4. Les différentes notions de l'engagement occupationnel.....	23
4.1. La performance occupationnelle (ou rendement) .....	23
4.2. L'engagement occupationnel.....	24
4.3. Les activités signifiantes et significatives .....	24
5. La déficience visuelle .....	25
5.1. La vision.....	25
5.2. Définition et mécanismes de survenue de la déficience visuelle .....	26
5.3. Critères de diagnostic.....	27
5.4. Epidémiologie .....	28
5.5. Cadre législatif .....	28
► Le plan « Handicap visuel » 2008-2011 .....	28
5.6. Déficience visuelle et prise en soins ergothérapique .....	29
6. La problématique et la formulation des hypothèses .....	29
Méthodologie de recherche .....	30
1. Objectifs de la recherche.....	30
2. L'outil de recherche .....	30
2.1. Population cible.....	30
2.2. Critères d'inclusion .....	30
2.3. Critères d'exclusion .....	30
2.4. Choix de l'outil.....	30
2.5. Réalisation de la méthode de recherche.....	31
2.5.1. La structure du formulaire .....	31
2.5.2. Le choix du format des questions .....	31
2.5.3. La méthode de diffusion des questionnaires .....	33
3. Résultats.....	34
3.1. Présentation des professionnels .....	34
3.1.1. Instituts de formation.....	34
3.1.2. Année d'obtention du diplôme d'état .....	34
3.1.3. Lieu d'exercice actuel.....	34
3.1.4. Equipe pluridisciplinaire .....	34
3.2. Au cœur de la déficience visuelle.....	35
3.2.1. Expérience dans le domaine de la déficience visuelle.....	35

3.2.2. Les raisons d'exercer dans le domaine de la déficience visuelle .....	36
3.2.3. Les objectifs formulés par les patients .....	36
3.3. L'approche centrée sur la personne.....	37
3.3.1. Le sens de cette approche vu par les 27 ergothérapeutes interrogés.....	37
3.3.2. La personne au cœur du soin .....	38
3.3.3. La mise en place de l'approche centrée sur la personne.....	39
3.3.4. Les obstacles à la mise en place de l'approche centrée sur la personne .....	40
3.3.5. Notions d'activités signifiantes et activités significatives.....	40
3.3.6. Avis des ergothérapeutes sur leur prise en soin d'adultes déficients visuels au quotidien .....	41
3.3.7. Les mises en situation au plus près des conditions réelles .....	42
3.4. Modèle conceptuel.....	43
3.4.1. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel.....	44
4. Discussion .....	45
4.1. La place du patient au cœur de sa prise en soin réadaptative.....	45
4.1.1. Rôle actif et participatif.....	45
4.1.2. Le sens de l'approche centrée sur la personne et fondée sur l'occupation.....	46
4.2. L'approche centrée sur la personne, concept très en vogue mais qui peut se heurter à certaines contraintes.....	48
4.3. Limites et perspectives .....	49
Conclusion.....	51
Références bibliographiques .....	52
Annexes.....	57

## Table des illustrations

---

Figure 1: schéma explicatif du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) .....	22
Figure 2: représentation de l'équipe pluridisciplinaire .....	35
Figure 3: Années d'expériences dans le domaine de la déficience visuelle .....	35
Figure 4: Le choix de travailler avec des patients déficients visuels.....	36
Figure 5: La pratique actuelle des ergothérapeutes questionnés .....	37
Figure 6: Rôle du patient dans sa prise en soin .....	38
Figure 7: L'utilisation des activités signifiantes .....	40
Figure 8: Les avis d'ergothérapeutes sur leur prise en soin d'adultes déficients visuels .....	41
Figure 9: Avis sur les mises en situation au plus près des conditions de vie réelles .....	42
Figure 10: Utilisation d'un modèle conceptuel .....	43
Figure 11: Formation aux modèles conceptuels .....	43
Figure 12: L'utilisation de ce modèle .....	44

## Table des tableaux

---

Tableau 1: les 5 catégories de la déficience visuelle d'après l'OMS .....	27
Tableau 2: L'importance des items pour définir cette approche .....	38
Tableau 3: La faisabilité de la mise en place de cette approche .....	39
Tableau 4: Les effets négatifs des activités signifiantes .....	41

*« Un des plus profonds besoins des gens est d'être complètement entendus, totalement compris et entièrement acceptés ».*

C. Rogers

## Introduction

---

De nombreux auteurs (Kielhofner, 2009 ; Duncan, 2011 ; Meyer, 2013) s'accordent à penser que l'ergothérapie a traversé des changements de paradigme en lien avec l'évolution du monde de la santé.

Ce passage d'une relation médicale et rééducative vers un modèle plus participatif et favorisant l'autonomie engendre l'apparition de nouveaux concepts autour des années 60, 70 avec l'approche centrée sur la personne pensée par Carl Rogers et les Sciences de l'Occupation à la fin des années 80 par Elizabeth Yerxa.

Tout au long de ma formation en ergothérapie, j'ai eu l'occasion d'effectuer un stage, dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation. Durant ces deux mois, j'ai pu remarquer à plusieurs reprises que l'ergothérapeute prenait en soins plusieurs patients lors d'une séance d'une heure. Chacun était installé devant une table et elle leur expliquait l'activité à réaliser et l'objectif à atteindre. Pour essayer de passer le même temps avec chacun d'entre eux, elle devait faire des allers-retours dans la salle. Les activités proposées étaient plus analytiques afin de restaurer les fonctions déficitaires par des exercices gradués basés sur des principes biomécaniques.

Après plusieurs échanges avec les patients, j'ai pu comprendre à travers leurs paroles, une déception. Ils n'arrivaient plus à trouver assez de motivation pour réaliser les exercices demandés car finalement personne ne surveillait réellement si leurs gestes étaient faits correctement. Et ce travail rééducatif n'était pas signifiant pour eux.

Cette situation, a alors fait émerger plusieurs questions : comment l'ergothérapeute privilégie-t-il ses actions ? Les activités proposées aux patients avaient-elles du sens pour eux ? Peut-on dire que l'intervention de l'ergothérapeute s'appuie sur une approche centrée sur le patient ?

Tout au long de notre formation, nous sommes sensibilisés sur l'approche centrée sur le patient, c'est une notion importante dans la pratique en ergothérapie. Or, à travers mes différents stages et les échanges avec mes collègues de promotion, j'ai pu remarquer et comprendre que cette pratique était rarement utilisée dans les centres de rééducation.

Ce constat m'a amené à m'interroger et m'a permis de mettre en avant une question de départ :

⇒ **Est-ce que l'approche centrée sur le patient peut être réellement applicable dans toutes les prises en soins en ergothérapie ?**

Rédiger un mémoire de fin d'études sur ces questionnements était trop ambitieux devant l'ampleur du sujet, c'est pourquoi, j'ai choisi de faire un état des lieux sur ce qui peut être dit dans la littérature au sujet de la pratique centrée sur le patient. Et, afin d'illustrer ces propos, j'ai choisi de me cibler sur la déficience visuelle acquise chez l'adulte. En effet, l'accompagnement de ces patients m'a toujours interpellé et questionné, que ça soit en stage ou à la suite d'enseignements théoriques reçus au cours de ma formation. Les prises en soins en déficience visuelle s'appuient davantage sur le secteur de la réadaptation avec des mises en situations concrètes.

La vision est nécessaire mais paradoxalement non indispensable. Un non voyant ou malvoyant peut continuer à effectuer ses différentes activités mais toutes ses actions deviennent lentes, coûteuses en énergie et source de perte d'autonomie.

Cela explique la complexité de la mise en œuvre de la réadaptation d'une personne déficiente visuelle. Il ne s'agit pas d'apporter une solution dans un domaine bien défini mais de permettre la réalisation d'activités signifiantes en lien avec son propre projet de vie.

Dans un premier temps, un étayage théorique va aider à comprendre le cheminement jusqu'à la problématique. Pour répondre à cette dernière, mon travail va s'appuyer sur un recensement des écrits et des notions théoriques.

Puis dans un second temps, une exploration pratique va permettre de vérifier la validité de mes deux hypothèses.

# Etayage théorique

---

## 1. L'évolution de l'ergothérapie au fil des années

Depuis l'émergence du métier, ses fondements conceptuels ont évolué en même temps que la notion de handicap. Nous pouvons distinguer des paradigmes successifs qui recouvrent les concepts et les idées philosophiques sous-tendant l'apprentissage et l'exercice de l'ergothérapie (Morel Bracq, 2009).

L'ergothérapie trouve son origine au début du XX<sup>ème</sup> siècle en Amérique du Nord puis elle ne va cesser d'évoluer à travers trois grands courants que Kielhofner nommera « *des paradigmes* ».

### 1.1. 1<sup>er</sup> paradigme

C'est à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle que l'utilisation de l'activité dans un but thérapeutique acquiert un statut légitime dans les institutions. Ces activités génèrent un profit financier pour l'institution, permettent de garantir l'ordre public, mais sont également instaurées dans un but d'humanisation et pour le bien-être de la personne. Persuadé de l'intérêt thérapeutique de cette méthode auprès des aliénés, P. Pinel<sup>1</sup> favorise son développement et son application à grande échelle.

Au cours du XIX<sup>e</sup> siècle, dans toute l'Europe, les psychiatres s'y intéressent de plus en plus. Ils en observent des bénéfiques et s'en saisissent comme d'un moyen de traitement. Ils mettent en place différentes activités telles que des activités manuelles comme de la vannerie ou du tissage, des activités corporelles comme de la natation, de la gymnastique ou de la danse, ou encore des activités expressives comme du théâtre, du chant et de la musique (Licht & Perrin, 2010). Cependant la méthode n'est pas encore nommée « ergothérapie » ou « Occupational Therapy », mais plutôt « travail thérapeutique ».

L'ergothérapie (*occupational therapy*) trouve son origine au début du XX<sup>e</sup> siècle en Amérique du Nord, grâce aux médecins psychiatres qui développent l'activité comme une thérapie. La mise en activité est bénéfique pour le fonctionnement global de la personne car elle génère des bénéfiques à la fois physiques et mentaux. Elle s'étend progressivement à la réadaptation au travail, l'activité est utilisée pour son utilité dans la restauration des capacités physique (ANFE, 2017). Le versant thérapeutique de l'occupation est reconnu. Elle est un moyen de « divertissement » en ce sens qu'elle détourne les patients de leur ennui ou de leur divagation en mobilisant le corps (Pibarot, 2013).

Le métier trouvera véritablement sa légitimité à partir de la Seconde Guerre mondiale, les améliorations des connaissances médicales ont éloigné la pratique de l'occupation pour se concentrer sur ses composantes « *réduisant de ce fait l'être humain en petites parties* » (Martini, 2014). La profession se détourne donc de ses valeurs fondatrices. Les activités restent thérapeutiques mais doivent être choisies par le thérapeute afin de développer une partie du corps (Marchalot, 2018).

---

<sup>1</sup> Médecin français, père fondateur de la psychiatrie en France.

L'engagement tend alors à disparaître (Meyer, 2013). En effet, à l'heure où la rééducation fonctionnelle prend son essor, de nouvelles techniques et connaissances dans le traitement des dysfonctionnements physiques sont appliquées en ergothérapie. C'est par la répétition, l'entraînement, le renforcement musculaire que l'on vise la récupération fonctionnelle. L'ergothérapie est alors centrée sur l'amélioration du fonctionnement intrinsèque par la mise en activité (Caire & Schabaille, 2018).

## 1.2. 2<sup>ème</sup> paradigme

Au milieu du XX<sup>e</sup> siècle, l'importance du fonctionnement des systèmes internes permet l'activité. L'ergothérapie s'inscrit alors dans un modèle biomédical ou psycho-dynamique, mais centré sur l'individu, dans une relation de causalité : une déficience entraîne une incapacité. Ce second paradigme a fortement imprégné l'ergothérapie en France des années 1950 aux années 1990.

Il considère l'être humain comme un ensemble de structures et de fonctions sur lesquelles il est possible d'agir isolément les unes des autres. Une conception biomédicale du handicap se retrouve dans la *Classification Internationale des Handicaps : déficience, incapacités et désavantages* (CIH) publiée en 1980 par l'Organisation mondiale de la santé d'après les travaux de l'épidémiologiste et rhumatologue Philip Wood (Who, 1980). Kielhofner en 2004, nomme ce 2<sup>ème</sup> paradigme, « *paradigme mécaniste* », il est réducteur puisqu'il consiste à considérer le patient à un ensemble d'éléments mesurables (Meyer, 2010).

L'ergothérapeute utilise l'activité dans le but de restaurer ou d'améliorer une ou des capacités physiques ou mentales ciblées. L'ergothérapeute, qui exerce la plupart du temps en institution, propose ces activités dans l'hypothèse qu'elles aident la personne à atteindre une indépendance et une autonomie dans sa vie personnelle et sociale (Charret & Thiébaud Samson, 2017). L'activité est donc un moyen rééducatif pour permettre la remise en activité (Morel Bracq, 2017).

Cependant, à l'usage, le paradigme biomédical devient l'objet de controverses car il ne prend pas suffisamment en compte les aspects subjectifs et environnementaux du handicap. Isabelle Pibarot<sup>2</sup> propose le terme d' « ergologie » comme une forme de connaissance de l'activité humaine s'intéressant « aux relations intimes, et de ce fait individuelles et singulières, des personnes avec leur environnement interne comme externe » (Pibarot, 2013).

Au même moment, à la fin des années 1980, émerge une autre forme de remise en cause du modèle médical. La théorie systémique conçoit l'être humain comme un système ouvert, vivant, en interaction avec un environnement.

## 1.3. 3<sup>ème</sup> paradigme

Ce n'est qu'à la fin du XX<sup>e</sup> siècle, en 1990, que les ergothérapeutes français s'approprient ces modèles.

A partir de cette vision systémique, des modèles et classifications du handicap sont élaborés : le Système d'Identification et de Mesure du Handicap (SIMH) publié en 1991 par Claude Hamonet, le Processus de Production du Handicap (PPH) publié en 1998 par Patrick

---

<sup>2</sup> Ergothérapeute, formatrice en formation continue des ergothérapeutes et psychanalyste

Fougeyrollas et ses collaborateurs, la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) publiée en 2001 par l'Organisation mondiale de la santé.

Ces modèles bio-psycho-sociaux conduisent l'ergothérapeute à appréhender le handicap de manière contextuelle et singulière. Il porte davantage attention aux activités que la personne réalise dans son environnement naturel, autrement nommées habitudes de vie ou participation. Ce paradigme est davantage centré sur l'interaction personne / occupation / environnement et a pour but de faciliter l'engagement dans les occupations (Criquillon Ruiz & Morel Bracq, 2016). Les pratiques dites « écologiques » sont une application concrète de ce paradigme.

Les ergothérapeutes français commencent à se familiariser avec ces nouveaux modèles (exemple : le Modèle de l'Occupation Humaine publié en 1987 par l'ergothérapeute américain Gary Kielhofner, le Modèle Canadien de l'Engagement et du Rendement Occupationnel publié en 1997 par l'Association canadienne). Leur adoption transforme la démarche de l'ergothérapeute qui n'évalue plus d'emblée l'atteinte des fonctions corporelles, mais commence par apprécier la participation occupationnelle.

L'ergothérapeute favorise l'engagement de la personne dans ces activités par des moyens de restauration, d'éducation et de compensation au plus proche de son contexte de vie (Fisher, 2009). L'adoption du paradigme systémique modifie le statut de l'activité qui n'est plus seulement un outil ou une médiation, mais devient un but à atteindre (Trouvé, 2015).

Nous pouvons dire que la santé se transforme, passant d'une vision réductrice du soin vers une vision plus élargie associant le médical et le social dans un objectif de participation. L'ergothérapie est aux confins de la santé et du social et elle prend en compte les interactions entre la personne, ses activités, ses occupations et son environnement. En effet, l'occupation prend toute sa place en cohérence avec l'idée de participation telle que le définit la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF).

Notons enfin que, conjointement à l'édification des modèles centrés sur l'occupation, une « Occupational Science » est née à la fin des années 1980 aux États-Unis à partir des travaux de l'ergothérapeute E. Yerxa et de ses collègues.

## **2. Les fondements de la Science de l'Occupation**

### **2.1. L'occupation**

L'occupation est un concept central au cœur de la pratique en ergothérapie et fonde le domaine d'expertise des ergothérapeutes (Baillargeon-Desjardins & Brousseau, 2019).

Déjà en 1990, Yerxa, définissait l'occupation comme le principal domaine de préoccupation de l'ergothérapeute, mais c'est aussi un phénomène complexe, multidimensionnel, difficile à expliquer et encore plus à étudier (E. J. Yerxa, 1990).

En 1998, Wilcock allait aussi dans le même sens, la participation à une occupation est un phénomène complexe, des facteurs physiques, psychologiques, sociaux, culturels et politiques ont une influence sur le bien-être occupationnel et sur la dysfonction (Wilcock, 1998).

Plusieurs années après, cette notion évolue encore et d'autres auteurs comme S. Meyer la définissent comme « un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur

personnelle et socio-culturelle et qui est le support de la participation à la société » (Meyer, 2013).

Pour D. Pierce, 2016, c'est plus une expérience spécifique, individuelle, construite personnellement et qui ne se répète pas. Une occupation a une forme, une cadence, un début et une fin, un aspect partagé ou solitaire, un sens culturel pour la personne et un nombre infini d'autres qualités contextuelles perçues.

Cependant, D. Pierce fait une distinction entre « activité » et « occupation » (Pierce, 2003). Elle définit l'activité comme une somme d'action, non spécifique à la personne alors que l'occupation est construite à partir de l'expérience individuelle dans des conditions temporelles, spatiales et socio-culturelles. De plus, elle insiste sur l'importance du contexte de l'intervention, qui doit être naturel et habituel (Pierce, 2003).

Enfin, toujours selon D. Pierce, l'ergothérapeute doit collaborer avec la personne afin d'adapter l'occupation en fonction des objectifs définis ensemble préalablement. Elle explique l'importance qu'à l'attrait de l'occupation sur l'engagement de la personne. Pour faciliter cet engagement et améliorer la santé et le bien-être de la personne, l'occupation doit être attrayante, doit avoir du sens. Cette notion fait référence aux activités signifiantes et significatives (Doris Pierce, 2003).

Nous pouvons constater que plusieurs auteurs s'accordent à dire que l'occupation est une notion clé de la pratique en ergothérapie et qu'elle permet à la personne de s'engager (Poriel, 2018).

## **2.2. La Science de l'Occupation, discipline fondamentale pour l'ergothérapie**

Elle est née il y a une trentaine d'années sous l'impulsion de Yerxa qui a créé une discipline fondamentale qui s'intéresse à l'étude de l'être humain en tant qu'être occupationnel sans l'obligation de produire des connaissances directement applicables en clinique (Elizabeth J. Yerxa, 1990). En effet, l'objectif de cette science est de produire des savoirs disciplinaires ou interdisciplinaires pour soutenir l'exercice de l'ergothérapie (Elizabeth J. Yerxa, 1990).

La science de l'occupation est fortement présente aux Etats-Unis, en Australie, au Canada, en Angleterre mais très peu en Europe francophone. Pour Morel Bracq, cela est dû à un manque de connaissance de cette science de la part des ergothérapeutes. Ils l'utilisent peu car les résultats seraient éloignés des « réalités locales » et les publications sont essentiellement en anglais (Morel Bracq, 2015).

Doris Pierce a été une auteur clé pour expliquer ce concept. Pour elle, cette science décrit les êtres humains comme des êtres occupationnels : les personnes ont besoin d'occupations signifiantes et significatives pour survivre, elles donnent un sens à leurs vies (Pierce & Morel Bracq, 2016). D'autres noms connus dans le monde de l'ergothérapie ont donné leurs points de vue sur cette approche, notamment, S. Meyer, qui explique que cette science permet d'établir des cadres conceptuels et de légitimer des approches occupationnelles autour de l'engagement, de la participation occupationnelle (Meyer, 2018).

La science de l'occupation est un domaine de recherche qui vise à prouver l'impact de l'engagement dans des occupations sur la santé et le bien-être. L'occupation est donc à la fois le concept central de la science de l'occupation mais aussi de l'ergothérapie.

La science de l'occupation constitue donc un support scientifique non négligeable pour mieux comprendre l'occupation (Pierce & Morel Bracq, 2016). Elle doit permettre de faciliter le raisonnement clinique des ergothérapeutes et aller au-delà de ce que l'on a appris.

Cette nouvelle approche dite « occupation-centrée » est réalisable si le thérapeute et le client s'entretiennent ensemble sur des objectifs communs et significatifs pour le patient.

Afin qu'une personne puisse véritablement s'engager dans les activités qui lui sont proposées, il faut tout d'abord chercher à augmenter l'attrait que l'activité va avoir pour elle.

Ainsi, l'ergothérapeute va chercher à repérer dans les activités de la personne celles qui lui procurent le plus de productivité, de plaisir et de ressourcement (Pierce & Morel Bracq, 2016)

Enfin, il reste une composante intéressante dans les sciences de l'occupation de Doris Pierce, c'est la pertinence dans l'atteinte des objectifs. Elle est caractérisée par 3 éléments :

- **la compétence du thérapeute**, à l'aide de son savoir être, de sa créativité et de son écoute, il peut s'adapter aux besoins du patient et aux diverses situations.

- **la collaboration dans l'identification des objectifs**, elle se fait avec le patient, les objectifs doivent être personnalisés, spécifiques et atteignables. Nous pouvons parler de contrat et de partenariat avec le client.

- **l'ajustement de l'intervention à l'objectif**, l'intervention n'est pas « standard », il faut sans cesse la réajuster afin de répondre au mieux aux besoins du patient.

La Science de l'Occupation permet d'aider à argumenter l'utilité et l'originalité de l'ergothérapie. Ce qui nous amène vers un nouveau concept : l'approche centrée sur la personne et fondée sur l'occupation.

## 2.3. L'approche centrée sur la personne ou approche « client-centré »

### 2.3.1. Les fondements de cette théorie d'après Carl Rogers

La théorie centrée sur la personne a été conçue et développée par le psychologue, Carl Rogers, de 1938 à 1950 (Devonshire et al., 2011). Le terme « client » à la place de « patient » a été adopté pour indiquer que l'individu qui demandait de l'aide était perçu et reconnu en tant que client responsable de lui-même et non en tant qu'objet de diagnostic (Devonshire et al., 2011).

Ce n'est que dans les années 50, que C. Rogers développa la théorie centrée sur le client, reconnue comme une approche pour toutes les relations humaines, nommée approche centrée sur la personne (Devonshire et al., 2011). Cette approche est basée sur un postulat simple et pour Carl Rogers, il s'agit de « *considérer en son fort intérieur, la personne que l'on a en face de soi comme son égal, comme celle qui seule détient les clefs du sens qu'elle donne à sa vie [...]* » (Rogers, 2013). Cela veut dire que chaque patient à sa propre capacité de réflexion et peut faire ses propres choix, ils sont les mieux placés pour savoir ce dont ils ont besoin et qui pourra donner un sens à leur vie.

Pour C. Rogers, ce qui définit le mieux cette approche, c'est qu'elle est une attitude envers les personnes (Devonshire et al., 2011). En effet, le thérapeute qui souhaite utiliser cette approche « client-centré » doit être en posture d'écoute, sans avoir de jugement sur celui qui se trouve en face de lui et doit s'impliquer dans la relation pour mettre la personne en

posture égalitaire face à lui car il n'est pas supérieur au client. C'est sur ce point là que se fait la différence avec l'approche biomédicale où le thérapeute est « celui qui sait ».

Toujours d'après les paroles de Carl Rogers, le thérapeute est un professionnel de santé qui s'intéresse à l'autre et qui entre en relation de confiance avec son client (Rogers, 2013). Cela fait émerger des notions d'humanité, de transparence et d'authenticité dans la relation à l'autre et permet à la personne de trouver une place dans sa thérapie et de mieux se sentir dans la relation de soins.

Cette approche facilite l'expression du client, lui permet de mieux accepter les changements et de faire face à ses problèmes (Rogers, 2013). Mais pour que la centration sur le client fonctionne, il faut qu'elle s'adresse à des personnes ayant la capacité de décider afin qu'elles puissent agir sur les conditions de leur participation sociale et s'adapter à leurs situations de handicap.

Cependant, cette approche interroge bien d'autres professionnels.

### **2.3.2. Cette approche vue par d'autres auteurs**

L'approche fondée sur la science de l'occupation oriente l'ergothérapeute vers une pratique centrée sur le patient et ses besoins mais également axée sur les occupations de la personne dans son environnement, en considérant l'interaction personne-environnement-occupation.

Sylvie Meyer reprend dans son livre « Démarches et raisonnements en ergothérapie », la définition que donne Mc Coll, en 2003, de la pratique centrée sur le client. Pour lui, « elle se fonde sur l'idée que le client dispose d'une expertise qui porte sur la compréhension de sa situation » (Meyer, 2008). Ce qui veut dire que le thérapeute ne peut que réunir et mettre en place les conditions nécessaires afin que le client puisse s'engager dans sa démarche de soins et aboutira à un partenariat entre le thérapeute et le client. L'utilisateur est ainsi responsabilisé dans la démarche de soins.

L'approche centrée sur la personne est au cœur de la pratique en ergothérapie mais peu d'études se sont intéressées à l'importance de ses principes et à la facilité perçue de ses conditions de mise en application (De Haerne & Brousseau, 2018). Toutefois, un nombre restreint d'études empiriques ont documenté la perception de cette approche par les ergothérapeutes et en particulier la perception des conditions d'application. Les études de Kjellberg, en 2012, Prudhomme-White et Arthanat, en 2014, montrent que pour être centrés sur la personne, les ergothérapeutes doivent tenir compte des besoins et des désirs de la personne lors d'évaluation et d'intervention (De Haerne & Brousseau, 2018). Une autre étude, celle de Parker, en 2012, auprès de 58 ergothérapeutes du Royaume-Uni, démontre que 93% d'entre eux ont une approche centrée sur la personne car ils écoutent et respectent les valeurs des clients (De Haerne & Brousseau, 2018).

Mais les différentes études répertoriées ne portent que sur la perception d'ergothérapeutes de pays anglo-saxons. D'où l'émergence d'un autre questionnement : qu'en est-il dans les pays européens francophones ? Les conditions de mise en place sont-elles tributaires du contexte culturel et du système de santé ?

En France, de nouvelles orientations apparaissent dans le domaine de la santé, comme la transformation d'un patient passif en acteur engagé dans les soins (Caire & Schabaille, 2018). L'arrêté du 5 Juillet 2010 stipule que les ergothérapeutes doivent « formuler des objectifs et identifier des activités significatives, adaptées au projet de vie de la personne

et au contexte, en collaboration étroite avec la personne ou le groupe, selon les principes d'une pratique centrée sur la personne ». (ministère de la Santé et des Sports, 2010, Annexe II)

D'après une étude rapportée dans l'article « Les ergothérapeutes français ont-ils une approche centrée sur la personne », les 130 personnes françaises qui ont répondu au questionnaire électronique valorisent des principes de l'approche centrée sur la personne ; toutefois le font-ils en réalité ? (l'étude ne le dit pas). Il existe donc un écart entre la perception de l'importance de cette approche et la perception de sa facilité de mise en œuvre (De Haerne & Brousseau, 2018).

D'après l'article : « Les ergothérapeutes francophones européens parviennent ils à avoir une pratique fondée sur les occupations ? », les occupations sont un concept central au cœur de la pratique en ergothérapie. Plusieurs recherches ont documenté l'efficacité des interventions fondées sur l'occupation. Néanmoins très peu d'études et écrits ont répertorié des réalisations cliniques prouvant l'utilisation d'une pratique fondée sur les occupations et peu se sont intéressés à la manière dont les ergothérapeutes l'intègrent dans leur pratique (Baillargeon-Desjardins & Brousseau, 2019).

Par ailleurs, différentes études ont exposé des obstacles à la mise en place de cette approche, dont une étude réalisée de Mars à Mai 2017 auprès de 50 ergothérapeutes européens francophones (Baillargeon-Desjardins & Brousseau, 2019). A l'aide de cette étude, mais aussi aux propos de certains auteurs, nous pouvons en conclure que ces obstacles sont majoritairement dûs à la dominance du modèle biomédical. Mc Coll, en 2005, avait déjà pointé du doigt que la pratique centrée sur le client était difficile à introduire dans un milieu hospitalier du fait de sa faible compatibilité avec le modèle biomédical traditionnel qui préfère limiter l'individu à ses composantes corporelles biomécaniques, neurocomportementales et cognitives (Meyer, 2008). Bien souvent, la signification que peut donner le patient sur ses problèmes est complètement différente de celle du système de soins.

Les autres obstacles sont un environnement non adapté à cette pratique, le manque de ressources matérielles, le manque de connaissances et d'incompréhension sur cette approche fondée sur les occupations (Baillargeon-Desjardins & Brousseau, 2019) et enfin le manque de temps. Sylvie Meyer explique très bien ce dernier problème ; pour mettre en place cette pratique il faut du temps et avoir une liberté d'action. Mais les contraintes imposées par les restrictions budgétaires ou la rigidité de certains programmes peuvent limiter les échanges verbaux et la mise en place de ce partenariat « thérapeute – patient » (Meyer, 2008).

Selon les propos de Sylvie Meyer dans son article : « Les facettes d'une approche occupationnelle », considérer l'occupation comme le centre de l'ergothérapie est loin d'aller de soi (Meyer, 2017). En effet, ce terme est très souvent mal compris par les professionnels, donc il est difficile d'en faire la promotion et de vanter l'intérêt de l'introduire dans les prises en soins. Elle explique également que le concept d'occupation est souvent utilisé dans les écoles, dans les espaces publics, ou au domicile des gens car il permet au client (personne, groupe...) de réorganiser ses habitudes, de redéfinir ses priorités et sa participation à la société (Meyer, 2017). En revanche, nous ne pouvons pas dire la même chose dans le milieu de la réadaptation ou en milieu hospitalier où les ergothérapeutes sont enfermés dans le modèle biomédical (Meyer, 2017).

Aux vues des différentes données extraites de la revue de littérature et des études expliquant l'intérêt de cette approche en ergothérapie, il y a quand même lieu de s'interroger

et d'explorer dans quelle mesure les ergothérapeutes français parviennent à avoir une pratique fondée sur les occupations, alors que plusieurs auteurs en exposent les limites.

L'approche centrée sur la personne a servi de base à l'élaboration de modèles conceptuels utiles à la pratique en ergothérapie et notamment le MCREO ayant pour but d'établir des objectifs de traitement et d'évaluer les changements dans le rendement et la satisfaction perçus par la personne lors de son traitement.

### **3. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO)**

Selon M.C Morel Bracq, un modèle conceptuel est : « *une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous jacentes, l'épistémologie et la pratique* ».

L'être humain a besoin de s'engager dans des activités pour maintenir et développer ses capacités, sa vie en société et sa santé (Wilcock, 1998).

L'ergothérapie a pour objectif principal d'aider les personnes, en particulier, lorsqu'elles sont confrontées à des situations de handicap, à s'engager dans les occupations qui vont donner un sens à leur vie (Caire & Schabaille, 2018). D'où, la nécessité de présenter le MCREO, modèle élaboré par les ergothérapeutes canadiens, mettant en évidence les liens qui existent entre la personne, son environnement, ses occupations et le sens qu'elle donne à sa vie et sa santé (Law & Polatajko, 2000).

L'Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE) a présenté en 1991, le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel. Il a été reconnu au Canada comme pouvant « servir de guide pour la pratique des ergothérapeutes canadiens » (ACE, 1997), autrement dit clarifier le rôle de l'ergothérapeute auprès des autres professionnels.

Il avait comme autre objectif d'aider les ergothérapeutes dans leur démarche de traitement en se recentrant sur l'importance des occupations pour le client. (Morel Bracq, 2017).

Le modèle a d'abord été publié en français et en anglais en 1997 et en 2002 sous le nom de « Modèle Canadien du Rendement Occupationnel » (MCRO), puis en 2008, la notion de participation est apparue, ce qui a donné le nom de « Modèle Canadien du Rendement Occupationnel et de la Participation » (MCRO-P) (Morel Bracq, 2017). Depuis 2013, 2 notions importantes ont été rajoutées : l'engagement occupationnel dans l'activité (Townsend & Polatajko, 2013) et l'habilitation de la personne dans sa prise en soins, d'où l'appellation « Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel » (MCREO) (Marchalot, 2018).

Le MCREO a pour hypothèse fondamentale que « la vie de toute personne est fondée sur l'occupation, le rendement occupationnel et la participation ». La promotion des activités signifiantes et significatives, correspondant au terme « d'occupation » selon la terminologie anglophone, permet le maintien de la santé et contribue à redonner un sentiment de contrôle sur sa vie. L'activité a un potentiel thérapeutique grâce au lien fort existant entre la personne, son environnement, ses activités, sa santé et enfin son bien-être (Morel Bracq, 2017).

Il s'agit d'une approche globale centrée sur le client vivant une situation de handicap. Pour Isabelle Marchalot<sup>3</sup>, le fonctionnement de toute personne intègre 4 dimensions : la

---

<sup>3</sup> Cadre de santé-ergothérapeute à l'IMPR du Bois-de-Lévis ; master II ingénierie de la formation

dimension **physique** (fonctions sensori-motrices), la dimension **cognitive** (fonctions cérébrales), la dimension **affective** (gestion des émotions et des sentiments) et enfin la dimension **spirituelle** ( croyances, valeurs, projets de vie) (Marchalot, 2016)

Dans ce modèle, la personne réalise des activités situées dans la sphère de l'occupation, relatives aux **soins personnels** (occupations lors desquelles la personne prend soin d'elle), aux **loisirs** (divertissements) et à la **productivité** (épanouissement social et économique) (Townsend & Polatajko, 2013).

Pour Caire et Rouault, en 2017, « les humains ont besoin d'occupations pour pouvoir vivre et être en relation » (Morel Bracq, 2017). En effet, **l'environnement**, qu'il soit **physique** (environnement naturel), **social** (liens sociaux et familiaux), **culturel** (accomplissement dans un groupe) ou **institutionnel** (politique, économique) influence les occupations de la personne (Townsend & Polatajko, 2013) et (Marchalot, 2016).

Enfin, ce modèle, le MCREO, définit le rendement occupationnel comme la résultante « d'un rapport dynamique qui s'établit tout au long de la vie entre la **personne**, **l'occupation** et **l'environnement** » (Townsend & Polatajko, 2008). Il évoque la capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations significatives qui lui procurent de la satisfaction.

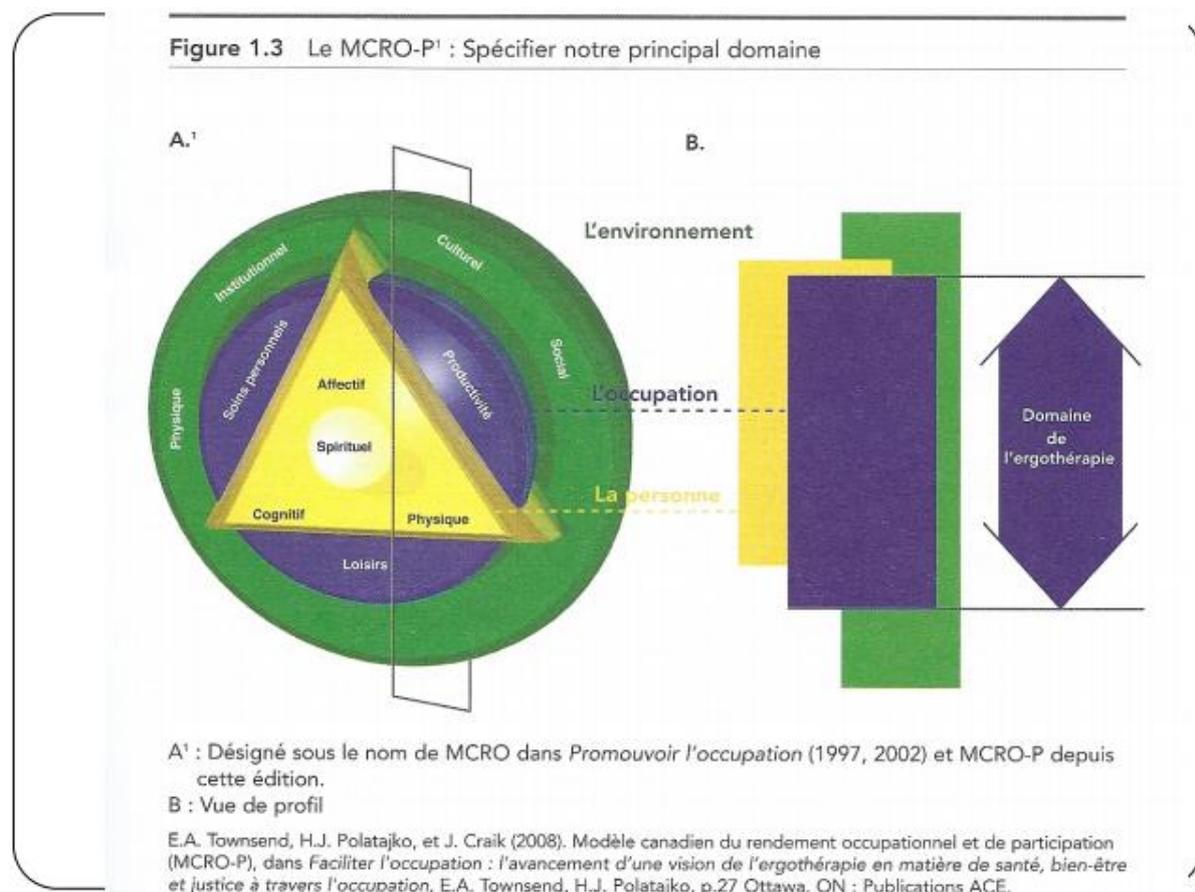


Figure 1: schéma explicatif du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO)

Toujours d'après Isabelle Marchalot, le MCREO permet d'établir des priorités, d'optimiser l'efficacité des interventions axés sur les activités signifiantes et de former une alliance thérapeutique avec la personne (Marchalot, 2016).

Dans la pratique, ce modèle apporte une plus-value dans le travail de l'ergothérapeute. Les kinésithérapeutes évaluent les capacités locomotrices, le psychologue évalue plus d'avantage les capacités affectives et cognitives et l'ergothérapeute quant à lui évalue les occupations, les activités, la participation, les performances. Pour cela, il prend en compte l'environnement humain ou matériel. Ce modèle peut donc être utilisé dès le début, que la personne soit en phase aiguë ou non et permettra d'évaluer les performances de la personne lors de la gestion de ses occupations.

L'avantage de ce modèle est d'avoir une mesure intégrée : la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel sur laquelle les ergothérapeutes peuvent s'appuyer pour compléter leur bilan.

Ce modèle n'a pas été choisi par hasard, il est en étroite relation avec les notions d'engagement occupationnel qui permet d'établir une collaboration entre la personne et l'ergothérapeute afin de faciliter l'occupation mais également l'engagement de l'individu dans toutes activités.

#### **4. Les différentes notions de l'engagement occupationnel**

L'engagement occupationnel est un des concepts clé de l'ergothérapie, il est défini comme « *le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation* » (Meyer, 2013). En s'appuyant sur cette définition, nous pouvons en extraire 3 notions clés.

##### **4.1. La performance occupationnelle (ou rendement)**

La « performance » dans le vocabulaire français est un terme souvent associé à celui de compétition, « *c'est le résultat obtenu par un(e) athlète, une équipe dans une épreuve sportive* » (CNRTL, 2012b).

Pour l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE, 1997), c'est « la capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations significatives qui lui procurent de la satisfaction ». Les canadiens francophones utilisent fréquemment le terme « rendement occupationnel ».

Cette performance occupationnelle est donc le résultat de l'exécution d'une activité signifiante et significative, à travers laquelle, la personne prend du plaisir avant, pendant ou après la réalisation de cette dernière et procure une forme de bien-être.

Quand une personne se sent bien physiquement et moralement cela ne peut que se traduire de façon positive sur le résultat de sa performance, et a aussi un impact sur le niveau de sa motivation à s'engager pleinement dans l'activité proposée.

Cette notion renvoie à la MCRO qui permet de cibler plus précisément les activités qui ont du sens pour la personne afin d'aboutir et d'atteindre sa meilleure performance occupationnelle.

## 4.2. L'engagement occupationnel

L'engagement est « *l'action de s'engager par une promesse, une convention, une obligation en vue d'une action précise ou d'une situation donnée* » (CNRTL, 2012a).

L'engagement est le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation (Meyer, 2013).

Alors que pour Kielhofner (2008) et Morel Bracq (2009), accompagner un individu pour lui permettre de s'engager dans ses activités ou ses occupations est un des enjeux de l'ergothérapie (Caire & Schabaille, 2018).

Cette notion d'engagement occupationnel renvoie à la science de l'occupation et à la participation. La participation constitue un deuxième élément majeur de l'engagement occupationnel mais pas seulement. Comme l'expliquent Kennedy et Davis en 2017, la participation et l'engagement occupationnel restent des concepts associés, la personne peut participer dans des occupations mais sans y être engagée (Caire & Schabaille, 2018), tout comme dans l'exemple décrit au début de ce travail de recherche.

En effet, la personne ne s'engagera pas de la même façon dans une activité qui n'a pas de sens pour elle d'où le rôle de l'ergothérapeute à mettre en œuvre des activités attrayantes pour la personne afin de lui procurer du plaisir, de la productivité et du ressourcement.

La participation de la personne dans ses activités nécessite plusieurs conditions : la motivation, l'implication et l'immersion dans l'activité. Ces 3 notions sont en lien direct avec le concept d'engagement dans l'occupation.

« *Ainsi être engagé dans des activités de la vie quotidienne, qui sont significatives, auraient un effet positif sur la santé et le bien-être d'un individu* » (Clark et al., 2001), (Townsend & Polatajko, 2008). Cette citation confirme bien que ces notions de performance et d'engagement sont essentielles pour l'individu.

## 4.3. Les activités significatives et significatives

Afin d'être le plus complet possible sur la description des fondements de l'engagement et de l'occupation, nous devons définir les activités en ergothérapie. Généralement, l'ergothérapeute optait pour des activités analytiques mais de plus en plus il s'oriente vers des activités significatives pour le patient qui visent à proposer des compensations du handicap (Bigex, 2017).

Une activité est **signifiante** lorsqu'elle a un sens pour la personne (ex : préparer un repas, conduire, se coiffer...) et elle est **significative** quand elle a un sens pour l'environnement social (Leontiev, cité par Rochex, 1995).

Les activités significatives renvoient au psychoaffectif c'est-à-dire que lorsqu'une personne réalise une activité signifiante, un certain nombre de ses « besoins psychiques » trouve satisfaction (sécurité, maîtrise de l'environnement, autonomie...) (Djaoui, 2015).

Alors que les activités significatives renvoient à l'aspect socio-symbolique. Elles répondent à des attentes, des exigences imposées par la vie en société et en particulier aux nécessités de l'action collective (ex : la vie familiale ou professionnelle) ; elles sont porteuses de sens pour l'environnement social et familial. Elles permettent donc à l'individu de favoriser

son utilité sociale, la satisfaction de se voir reconnu par ses pairs, son estime de soi (Djaoui, 2015).

Quand une personne exécute une activité signifiante et significative, elle prend du plaisir avant, pendant ou après la réalisation de cette activité. En effet si l'activité réalisée a du sens pour la personne, cela lui procurera un état de bien-être et elle se sentira bien physiquement et moralement. Marie Chantal Morel Bracq confirme cette idée ; quand un ergothérapeute permet à une personne en situation de handicap de réaliser des activités qui sont importantes pour elle dans son environnement cela peut être thérapeutique et améliorer la gestion de leur quotidien (Morel Bracq, 2015).

Les notions d'activités signifiantes et significatives font partie intégrante de la notion d'engagement occupationnel. En effet, l'engagement est étroitement lié aux sentiments personnels que la personne ressent vis-à-vis de l'occupation, on parle d'une « *signifiante subjective de l'expérience qui en est vécue* » (Caire & Schabaille, 2018).

Le MCREO, modèle conceptuel qui permet la recherche de ces deux notions notamment grâce à son outil d'évaluation centré sur la personne.

D'après les différentes données extraites de la revue de littérature, qui sont essentiellement basées sur une approche rééducative et le peu d'études qui ont été menées sur la notion d'approche centrée sur la personne en réadaptation, il apparaît donc justifié de se poser les questions suivantes : est-ce qu'une prise en soins plus réadaptative pourrait favoriser l'approche centrée sur la personne ? Est-ce que la prise en soins d'adultes déficients visuels s'appuie toujours sur des activités signifiantes au vue d'un accompagnement orienté plus réadaptatif ?

Pour tenter d'y répondre, je vais m'appuyer de façon théorique dans un premier temps, à la déficience visuelle et sa prise en soins.

## **5. La déficience visuelle**

### **5.1. La vision**

Nous ne pouvons pas parler de déficience visuelle sans faire un bref rappel sur la vision.

La vision est définie comme étant « *la perception par l'œil de la lumière, des couleurs, des formes ; ensemble des mécanismes physiologiques par lesquels les radiations lumineuses reçues par l'œil déterminent des impressions sensorielles de nature variée* » (CNRTL, 2012).

Mais selon vous que veut dire « *avoir une bonne vue* » ?. Nous avons souvent tendance à croire qu'il n'y a qu'un élément qui compte dans la vision : c'est l'acuité visuelle de loin qui se mesure par la lecture à distance de lettres ou de chiffres traduit par un chiffre de 0 à 10. Or cette notion est fautive (ARRADV, 2019). La vision est bel et bien un phénomène complexe.

Pour mieux comprendre ce terme, nous nous appuyons sur le site du SNOF, Syndicat National des Ophtalmologistes de France (Syndicat National des Ophtalmologistes de France, 2011)

La perception d'un objet est permise par la captation du flux lumineux de cet objet par l'œil.

En fonction de l'intensité de la luminosité, l'iris va adapter le diamètre de la pupille. Le flux lumineux va alors atteindre la rétine, qui est comparable à une pellicule d'appareil photo.

La rétine est constituée de deux types de cellules photoréceptrices :

- Les **cônes**, qui permettent de percevoir les couleurs et les détails. Constituant le champ visuel central, ils sont responsables de la vision diurne.

- Les **bâtonnets**, qui captent essentiellement les mouvements et réagissent à la lumière (utiles à la vision nocturne). Ils constituent le champ visuel périphérique.

La vision occupe un rôle important dans de nombreux domaines (ARRADV, 2019):

- **L'information** : la vision nous apporte la majorité de nos informations ; elle nous sert à connaître le monde qui nous entoure (reconnaissance des objets, des visages, interprétation correcte des scènes visuelles)
- **La communication** : la vision est le support primordial à la communication, à la fois émetteur (je regarde) et récepteur (je capte le regard de l'autre). La vision nous permet de décoder les relations humaines, ce qui explique l'importance de son rôle social
- **Les gestes de la vie quotidienne** : la précision de nos gestes (comme se servir à boire) relève d'un travail de coordination entre l'œil et la main, ce qui explique que les personnes malvoyantes sont souvent maladroit.
- **Les déplacements** : l'altération de la vision joue à la fois sur la difficulté à analyser correctement notre environnement, sur la détection des obstacles mais aussi sur notre équilibre.

## 5.2. Définition et mécanismes de survenue de la déficience visuelle

La déficience visuelle exprime une insuffisance ou une absence d'image perçue par l'œil. Elle correspond à une atteinte de l'œil et des voies visuelles jusqu'au système cérébral (Syndicat National des Ophtalmologistes de France, 2011).

C'est le terme utilisé pour regrouper les différentes atteintes visuelles allant de la malvoyance à la cécité. Elle correspond à des troubles de la fonction visuelle persistant après correction c'est-à-dire au stade final d'une atteinte oculaire une fois que les techniques thérapeutiques, médicales ou chirurgicales n'ont plus d'effet.

La déficience visuelle peut être **congénitale** (dès la naissance) ou **acquise** suite à un accident, une maladie. Elle peut affecter la vision centrale, la vision périphérique ou les deux.

En 2013, d'après le site handicap.fr : « *une grande majorité de personne pensent que l'on est soit voyant, soit aveugle !* » (Barbier, 2013).

Nous distinguons les personnes :

- **Aveugles** (atteintes de cécité) : qui possèdent une vision binoculaire corrigée inférieure ou égale à 1/20
- **Malvoyantes** (basse vision ou amblyopie) : dont l'acuité visuelle du meilleur œil, après correction est comprise entre 4/10 et 1/10 (Syndicat National des Ophtalmologistes de France, 2011).

Aujourd'hui encore, la déficience visuelle n'a pas de définition précise car ce terme regroupe un trop grand nombre de causes hétéroclites et de retentissements différents en fonction de chaque cas (Organisation Mondiale de la Santé, 2018).

Cependant, l'OMS définit la déficience visuelle comme une atteinte de l'acuité visuelle et/ou du champ visuel persistant malgré la correction ou le traitement.

Elle en décrit dans la Classification Internationale des Handicaps cinq catégories, en se basant sur les capacités visuelles maximales (vision binoculaire après correction) dans les domaines de l'acuité visuelle et du champ visuel.

Afin de mieux comprendre le détail de ces 5 catégories expliquées dans le tableau ci-dessous, nous définirons brièvement dans le paragraphe suivant, les notions d'acuité visuelle et champ visuel.

### 5.3. Critères de diagnostic

D'après l'Office National d'Information Sur les Enseignements et les Professions (ONISEP, 2019) : la déficience visuelle est définie par 2 critères (toujours évalués à partir du meilleur œil après correction) :

☞ **La mesure de l'acuité visuelle** : C'est la performance visuelle, elle mesure le pouvoir de l'œil à distinguer nettement les détails, avec et sans lunettes.

Elle se mesure en 10ème. Le test peut s'effectuer en vision de loin et en vision de près.

On considère que la vision est normale lorsque l'acuité visuelle est de 10/10.

☞ **L'état du champ visuel** : Le champ visuel est la partie de l'espace qu'un œil peut percevoir autour du point qu'il fixe.

Il s'étend normalement jusqu'à 60° en haut, 70° en bas et 90° latéralement environ (Laloum, 2018).

La Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé a repris en 2001 la définition de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), qui situe à 1/20<sup>ème</sup> la frontière entre malvoyance et cécité et décrit la déficience visuelle en cinq catégories (Organisation Mondiale de la Santé, 2001) :

Catégorie OMS	Conditions sur l'acuité visuelle	Type d'atteinte visuelle (CIM-10)	Type de déficience visuelle (CIH)
Catégorie I	Acuité visuelle corrigée binoculaire <3/10 et > ou = à 1/10 avec un champ visuel d'au moins 20 degrés	Basse vision ou malvoyance	Déficience moyenne
Catégorie II	Acuité visuelle corrigée binoculaire <1/10 et > ou = à 1/20		Déficience sévère
Catégorie III	Acuité visuelle corrigée <1/20 et > ou = à 1/50 ou champ visuel < à 10 degrés mais > à 5 degrés.		Déficience profonde
Catégorie IV	Acuité visuelle < à 1/50 mais perception lumineuse préservée ou champ visuel < à 5 degrés.	cécité	Déficience presque totale
Catégorie V	Cécité absolue, absence de perception lumineuse.		Déficience totale

Tableau 1: les 5 catégories de la déficience visuelle d'après l'OMS

En France, la **cécité** légale est définie par une acuité visuelle inférieure à 1/20 pour le meilleur œil après correction. Elle recouvre donc les catégories III à V de la classification de l'OMS.

Une personne est considérée comme **malvoyante** si son acuité visuelle après correction est comprise entre 4/10 et 1/20, ou si son champ visuel est compris entre 10° et 20°.

#### 5.4. Epidémiologie

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (Organisation Mondiale de la Santé, 2018), à l'échelle mondiale, 1,3 milliard de personnes vivrait avec une forme de déficience visuelle.

En vision de loin, 188,5 millions de personnes présentent une déficience visuelle légère et 217 millions une déficience visuelle modérée à sévère, tandis que 36 millions de personnes sont atteintes de cécité et 826 millions de personnes vivent avec une déficience affectant la vision de près.

La majorité des personnes atteintes de déficience visuelle ont plus de 50 ans et aux vues de la croissance démographique et du vieillissement de la population, il y a un fort risque de voir davantage de personnes développer une déficience visuelle.

#### 5.5. Cadre législatif

##### ➤ Le handicap visuel

La notion de handicap visuel réfère à la loi n°2005-102 du 11 Février 2005, définissant un handicap de la façon suivante : « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement pour une personne en raison d'une altération substancielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ».

Ainsi, toute personne malvoyante ou atteinte de cécité portant atteinte à son fonctionnement dans son environnement familial et/ou limitant son autonomie est considérée comme une personne en situation de handicap visuel.

L'OMS classe la déficience visuelle parmi les « handicaps », qu'elle définit comme « un événement dont la présence crée une gêne fonctionnelle significative dans la vie quotidienne, l'éducation, la vie sociale et l'insertion professionnelle et nécessite une prise en charge en institution spécialisée » (Organisation Mondiale de la Santé, 2001)

##### ➤ Le plan « Handicap visuel » 2008-2011

Ce plan s'intitule : « Pour une intégration pleine et entière des personnes aveugles et malvoyantes à la vie de la Cité ».

Aujourd'hui, la France compte 1,7 million de déficients visuels: près de 3 français sur 100 sont ainsi confrontés à des problèmes de vision. Parmi eux, 207 000 sont malvoyants profonds et aveugles. La prévalence du handicap visuel ne devrait pas faiblir dans les années à venir, car elle est très fortement liée à l'âge.

A travers ces données épidémiologiques et ces objectifs d'accompagnement de cette population, un programme de rééducation et de réadaptation est mis en place pour mobiliser les capacités visuelles résiduelles et/ou bien trouver des techniques compensatoires pour un accompagnement optimal.

## 5.6. Déficience visuelle et prise en soins ergothérapeutiques

Au sein d'une équipe interprofessionnelle, l'ergothérapeute intervient dans la phase de rééducation, de réadaptation à l'aide de différents moyens.

Il permet aux personnes en situation de handicap de retrouver un maximum d'indépendance et d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne. Il réalise un bilan initial des capacités et difficultés du patient à partir d'un questionnaire afin d'évaluer les répercussions de la baisse visuelle dans le quotidien du patient et réalise aussi des mises en situations concrètes.

Ensuite, il met en place des exercices aidant la mise en œuvre de stratégies visuelles et des sens compensatoires pour favoriser la participation de la personne aux activités qui ont du sens pour elle.

Enfin, il a un rôle important dans la préconisation d'aides techniques et d'expert dans l'aménagement de l'environnement (accessibilités du logement, du lieu de travail, ...) qui vont aider le patient dans la réalisation des actes de la vie quotidienne. De plus, l'ergothérapeute forme le patient à l'utilisation de ces aides aussi bien en service qu'au domicile afin d'être au plus proche des conditions de vie réelles.

L'accompagnement s'effectue donc toujours en lien étroit avec la personne. Dès les premières séances, l'ergothérapeute tente d'impliquer la personne dans son soin en lui demandant de déterminer par quelle activité elle souhaite commencer et ainsi favoriser l'instauration d'une relation de confiance.

Pour minimiser les situations de handicap découlant de la maladie visuelle, il est donc essentiel qu'un projet de soin global et personnalisé soit construit autour des besoins de l'individu que ce soit en centre basse vision ou au domicile (SAMSAH et SAVS).

## 6. La problématique et la formulation des hypothèses

A la suite de ce recueil de données théoriques et des études réalisées par des scientifiques auparavant, il apparaît donc l'existence d'un écart entre la perception de l'importance de cette approche et la perception de sa facilité de mise en œuvre.

Etant donné le peu d'études réalisées lors des prises en charge d'adultes déficients visuels tant en structure qu'au domicile, la question reste posée quant à la réalité sur le terrain ?

D'où ma problématique, qui est la suivante :

***En ergothérapie, l'approche centrée sur la personne et fondée sur l'occupation est-elle à ce jour un élément clé d'une prise en soin réadaptative auprès d'adultes déficients visuels ?***

Et les hypothèses qui en découlent sont :

- *L'utilisation de l'approche centrée sur la personne et fondée sur l'occupation ne peut se faire qu'avec l'implication du patient tout au long de sa prise en soin.*
- *L'emploi de cette approche en réadaptation visuelle présente de nombreux facteurs de réussite, néanmoins des obstacles persistent.*

# Méthodologie de recherche

---

La recherche aborde le point de vue des professionnels de différents secteurs de la déficience visuelle afin de permettre une vision complète de la problématique.

Je souhaite, ici, confirmer ou infirmer les hypothèses en cherchant à démontrer que l'approche centrée sur la personne est un concept clé de la prise en soins des adultes déficients visuels en centre de rééducation et de réadaptation et au domicile.

## 1. Objectifs de la recherche

Trois objectifs ont été définis, ils vont varier selon la population interrogée mais les résultats de l'enquête doivent tendre à répondre à la même question :

- Recueillir leurs critiques sur le type de prise en soins utilisé
- Récolter leur avis sur l'approche centrée sur le patient et sur sa mise en place
- Connaitre leur point de vue concernant la faisabilité de la MCRO auprès de patients déficients visuels

## 2. L'outil de recherche

### 2.1. Population cible

J'ai souhaité questionner des ergothérapeutes diplômés d'Etat dans toute la France.

### 2.2. Critères d'inclusion

- Ergothérapeutes diplômés d'Etat travaillant ou ayant travaillé auprès d'adultes déficients visuels et formés ou non à la MCRO.
- Ergothérapeutes doivent se trouver dans des établissements spécialisés basse vision, au domicile et dans toute la France

### 2.3. Critères d'exclusion

- Ergothérapeutes travaillant auprès d'enfants déficients visuels
- Ergothérapeutes n'ayant jamais travaillé auprès de déficients visuels

### 2.4. Choix de l'outil

Le choix de l'outil le plus adapté à ma démarche c'est-à-dire la réalisation d'un état des lieux s'est établi selon plusieurs critères :

- Interroger un panel assez conséquent de professionnels pour que les résultats soient significatifs
- Recueillir des informations simples et précises afin d'en déduire des informations qualitatives
- Utiliser une version informatique pour rendre l'outil plus lisible et sa diffusion par internet afin de permettre une diffusion plus large et rapide

- S'adapter au rythme et à l'emploi du temps des participants
- ⇒ L'outil retenu pour ce dispositif de recherche est donc **le questionnaire**.

## 2.5. Réalisation de la méthode de recherche

« *Elaborer un questionnaire consiste à formuler un ensemble de questions et de modalités de réponses et à les ordonner de telle façon que les réponses fournies permettent, après analyse des données, d'apporter un éclairage pertinent sur la problématique d'étude* » (Boulan, 2015).

La préparation de l'enquête par questionnaire a tout d'abord débuté par l'analyse de la problématique afin de déterminer les informations à recueillir.

### 2.5.1. La structure du formulaire

▪ Le questionnaire proposé aux professionnels est composé de 30 questions réparties en six parties et structuré en sablier (en allant du général vers le particulier) :

- La 1<sup>ère</sup> partie présente l'étude, le contexte et son but, elle permet « *d'instaurer une relation de confiance entre le répondant et l'enquêteur* » (Fenneteau, 2015).
  - La 2<sup>ème</sup> partie permet d'obtenir différentes informations sur les participants et leurs parcours
- ⇒ **Ces deux parties regroupent des questions générales auxquelles les répondants ne devraient pas avoir trop de difficultés à y répondre.**
- La 3<sup>ème</sup> partie quant à elle permet de préciser les motivations à travailler auprès d'adultes déficients visuels
  - La 4<sup>ème</sup> partie permet d'étudier les obstacles et les facilitateurs de la mise en place de l'approche centrée sur le patient
  - La 5<sup>ème</sup> partie est consacrée à l'utilisation d'un modèle conceptuel dans les prises en charges.
- ⇒ **Ces trois parties sont davantage composées de questions précises et complexes et nécessitent plus une réflexion personnelle.**
- La 6<sup>ème</sup> partie est dédiée aux remerciements

### 2.5.2. Le choix du format des questions

Le type de questions à poser aux ergothérapeutes s'est établi en gardant à l'idée que l'objectif du questionnaire est un état des lieux entre la théorie expliquée dans les écrits et ce qu'il en est réellement sur le terrain.

Pour ce questionnaire, j'ai fait le choix d'utiliser des questions fermées à choix multiples ou cases à cocher ou avec des échelles linéaires et des grilles à choix multiples mais aussi quelques questions ouvertes à réponses plus ou moins courtes ou des questions mixtes.

⇒ **Les questions ouvertes** ont été choisies car elles sont souvent qualitatives (c'est le but principal de mon questionnaire) et riches en informations. En employant des questions ouvertes, le but était de formuler une interrogation sans fournir de modalités de réponses.

Elles donnent à la personne interrogée le sentiment d'être valorisée parce qu'on lui donne la parole. Enfin, l'interviewé s'exprime en utilisant son propre vocabulaire, ce qui peut amener des idées novatrices.

Les personnes interrogées avaient le choix de répondre **avec des réponses courtes** à partir desquelles je souhaitais recueillir des données chiffrées ou des notions spécifiques (ex : nom d'une pathologie, année d'obtention du diplôme d'état...).

De plus, pour certaines questions ouvertes, **des réponses longues** étaient attendues. Elles permettent à l'interviewé de répondre en toute liberté, il n'est pas bridé par les réponses prédéfinies et sa réponse sera plus spontanée. Elles peuvent aussi être utilisées pour donner des précisions sur une question précédente.

Par contre, les questions ouvertes peuvent aussi comporter quelques inconvénients. Les réponses obtenues peuvent parfois être superficielles, les personnes ont tendance à donner la première réponse qui leur vient à l'esprit sans réfléchir vraiment. De plus, certaines réponses s'avèrent inutilisables, difficile à exploiter.

⇒ **Les questions fermées** ont été utilisées en deux catégories : les questions à choix unique pour lesquelles la personne interrogée ne pouvait répondre qu'à une seule réponse possible (souvent OUI / NON) et les questions à choix multiples. Elles sont faciles à remplir et la collecte des réponses est simple et fiable. Elles permettent de rendre le questionnaire plus court et limite l'effort à faire pour le répondant.

⇒ **Les questions fondées sur une échelle de mesure, d'évaluation ou linéaire.** Je me suis appuyée sur la méthode du questionnaire de Peretti (utilisé en éducation thérapeutique du patient) et j'ai adapté ma question afin que les ergothérapeutes puissent classer 10 items par ordre d'importance selon eux.

Enfin, j'ai aussi employé l'échelle de Thurstone, « *fondée sur des supports sémantiques* » (Fenneteau, 2015) et élaboré en réunissant une suite ordonnée de termes décrivant les différentes graduations d'un ou plusieurs phénomènes.

⇒ **Les questions mixtes** regroupent à la fois des caractéristiques des questions fermées et des questions ouvertes. Dans les questionnaires, elles ont été utilisées quand je souhaitais proposer une liste de réponses aux personnes interrogées avec la possibilité de répondre librement à la question en cochant la case « autre ».

Avant de lancer la diffusion des questionnaires, j'ai demandé à deux personnes (une ergothérapeute et un membre de ma famille) de les tester. Ce pré test était important, il permettait de vérifier la compréhension des questions avec une personne du même milieu professionnel et une personne novice en ergothérapie ; également, de détecter des fautes d'orthographe et d'évaluer la durée de passation.

### 2.5.3. La méthode de diffusion des questionnaires

Le questionnaire a été réalisé à l'aide d'un formulaire **Google Form** permettant d'être rempli en ligne (Annexe I). Ce logiciel est simple d'utilisation, permet de créer différents types de questions, de recueillir les réponses en temps réel et de les organiser clairement et sous forme de graphiques.

Ce questionnaire auto-administré en version informatique est un moyen efficace pour interroger un grand nombre d'individus à moindre coût (pas d'envoi postal, ni d'impression papier).

La recherche de contacts s'est faite de la manière suivante : j'ai diffusé mon formulaire sous deux formes différentes.

Dans un premier temps, j'ai contacté par mail l'association ARRADV (Association de Réadaptation et de Réinsertion pour l'Autonomie des Déficients Visuels) et le Centre d'Appel et de Conseil sur la Déficience Visuelle afin d'obtenir la liste des structures pluridisciplinaires spécialisées dans la déficience visuelle (SSR, SAVS, SAMSAH).

Dans un second temps, j'ai envoyé un mail à toutes ces structures, accompagné d'une lettre expliquant mon travail de recherches (Annexe II) ainsi qu'un lien hypertexte menant au questionnaire. Cette 1<sup>ère</sup> méthode me permettait de recueillir des réponses d'ergothérapeutes exerçant toujours auprès d'adultes déficients visuels.

Afin, d'avoir une démarche plus qualitative, j'ai utilisé les réseaux sociaux et notamment les groupes « Ergo Basse Vision » et « Le coin de l'ergothérapie » pour diffuser mon questionnaire dans le but d'obtenir les ressentis d'ergothérapeutes ayant travaillé auprès d'adultes déficients visuels.

Les ergothérapeutes ont pu répondre aux questions sans être interrogés par une personne, donc directement sur leur ordinateur.

La période d'investigation auprès des ergothérapeutes s'est étendue sur 8 semaines, du 9 Décembre 2019 au 2 Février 2020.

Je n'attendais pas spécialement un nombre défini de questionnaire retourné, mais sur 40 envois par mail et les demandes à l'aide des groupes sur les réseaux sociaux, j'espérais recevoir au moins une vingtaine de réponses. Je n'ai pas eu de réponses officielles de la part des équipes de direction de chaque structure pour autoriser la diffusion de mon questionnaire. Toutefois, certains directeurs m'ont répondu en m'expliquant qu'il n'y avait pas d'ergothérapeute dans leurs établissements ou que leur charge de travail était trop importante pour prendre le temps de répondre à mon questionnaire de façon correcte.

De plus, le nombre très intéressant de retour de questionnaires m'ont permis d'en déduire que les directeurs avaient peut-être officieusement donné leurs accords.

### **3. Résultats**

Les réponses obtenues sont traitées en termes de pourcentages, de comparaison de chiffres et des graphiques illustreront ces données.

Pour les questions ouvertes, des notions importantes et identiques seront mises en valeurs.

#### **3.1. Présentation des professionnels**

Le questionnaire a été rempli par vingt sept participants, 3 étaient des hommes et 24 des femmes.

##### **3.1.1. Instituts de formation**

92,6% des ergothérapeutes interrogés ont fait leurs études aux quatre coins de la France et 7,4% en Belgique.

Parmi ces 92,6%, 4 instituts sont représentés :

- ILFOMER à Limoges (3 personnes)
- IFE de Montpellier (5 personnes)
- IFE de Berck-sur-mer (5 personnes)
- IFE de Créteil (4 personnes)

##### **3.1.2. Année d'obtention du diplôme d'état**

Les années d'obtention s'étendent de 1981 à 2019. Les années les plus représentées sont 1988 (7,4%), 1998 (7,4%), 2010 (7,4%), 2016 (7,4%), 2017 (14,8%) et 2019 (14,8%).

##### **3.1.3. Lieu d'exercice actuel**

Parmi les ergothérapeutes interrogés, 100% exercent actuellement dans des structures accueillant des déficients visuels.

44,4% travaillent dans des services d'accompagnement à la vie sociale (SAMSAH, SAVS), 14,8% exercent au sein de services spécialisés dans l'éducation et intervenant au domicile (SESSAD, SAAAIS, IME) et 37% travaillent dans des centres de rééducation / réadaptation spécialisés en déficience visuelle (CRBV, SSR, HdJ SSR).

##### **3.1.4. Equipe pluridisciplinaire**

Aucune personne questionnée ne travaille seule au sein de sa structure.

Tous les ergothérapeutes exercent avec au moins un autre professionnel de santé. 96,3% des professionnels travaillent en collaboration avec un(e) instructeur en locomotion et un(e) psychologue. 88,9% avec un(e) assistant social(e), 74,1% avec un(e) orthoptiste et 51,9% avec un(e) ophtalmologue.

27 réponses

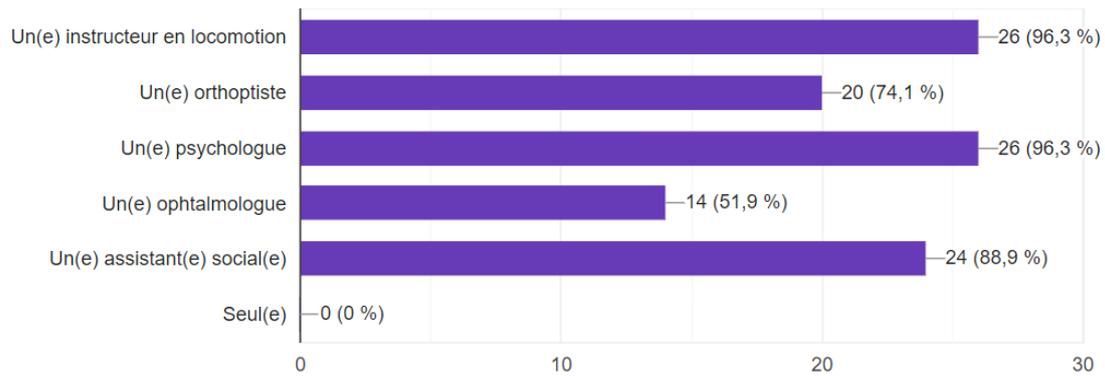


Figure 2: représentation de l'équipe pluridisciplinaire

### 3.2. Au cœur de la déficience visuelle

#### 3.2.1. Expérience dans le domaine de la déficience visuelle

Sur les 27 personnes interrogées, le nombre d'années d'anciennetés et d'expériences est assez hétérogène. En effet, 12 ergothérapeutes soit 44,4% ont plus de 5 ans de pratique dans le milieu de la déficience visuelle et 8 soit 29,6% ont moins d'un an.

27 réponses

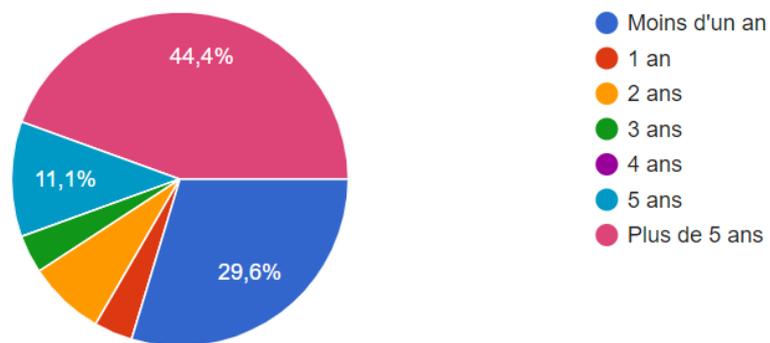


Figure 3: Années d'expériences dans le domaine de la déficience visuelle

### 3.2.2. Les raisons d'exercer dans le domaine de la déficience visuelle

27 réponses

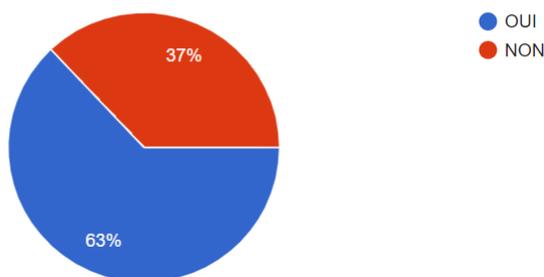


Figure 4: Le choix de travailler avec des patients déficients visuels

Pour 63% des ergothérapeutes, travailler avec des déficients visuels est un réel choix personnel.

Ces 17 personnes ont donné plusieurs réponses pour justifier ce choix : 9 ont dit que « le domaine était intéressant », « varié » et « enrichissant professionnellement ». Pour 6 d'entre eux, ce choix s'est fait à la suite « de stages pendant les études », « de cours théoriques au cours de la formation » et « des mémoires de fin d'études sur ce thème ». Et pour les 2 autres professionnels, ce choix pour la déficience visuelle se justifie par l'intérêt « de travailler en réadaptation avec des patients motivés et conscients de l'importance de l'ergothérapie » et « la possibilité de travailler au domicile des patients ».

Pour les 37% restant, ce n'est pas un choix personnel mais davantage « un choix géographique », « une opportunité de travail », « un travail auprès de personnes en situation de handicap sans risque de morbidités » ou « suite à un aménagement de poste de travail ».

### 3.2.3. Les objectifs formulés par les patients

Lors des séances, les patients formulent différents objectifs qu'ils aimeraient atteindre. Parmi, les cinq catégories d'objectifs énumérées dans le questionnaire, les ergothérapeutes en ont ciblé essentiellement trois. 81,5% des patients souhaitent connaître et apprendre les fonctions de leurs téléphones, 70,4% faire de l'apprentissage informatique adapté à la déficience visuelle et 55,6% maîtriser leur gestion financière (distributeur de billets, guide chèque, reconnaissance des pièces de monnaie...).

L'aide pour les soins personnels n'est demandée qu'à 18,5% et les autres demandes sont diverses et variées mais gravitent essentiellement autour de la préparation et prise des repas, la lecture et écriture, la couture et l'accès aux loisirs intérieurs (jeux adaptés) et extérieurs.

### 3.3. L'approche centrée sur la personne

Cette approche centrée sur la personne a été connue essentiellement pendant leurs années d'études pour 74,1% des ergothérapeutes, à partir de lectures d'articles scientifiques pour 25,9%, par d'autres collègues de travail pour 14,8% et lors d'une formation pour 11,1%.

Mise à part une exception, 96,3% des professionnels questionnés considèrent que leur pratique actuelle est centrée sur la personne.

27 réponses

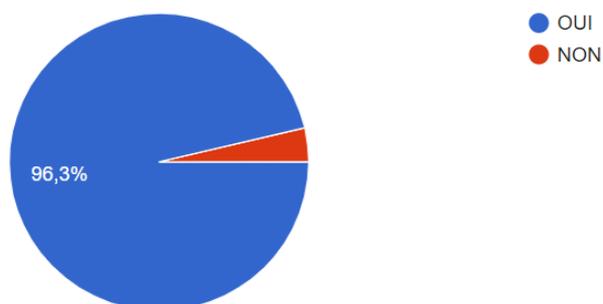


Figure 5: La pratique actuelle des ergothérapeutes questionnés

#### 3.3.1. Le sens de cette approche vu par les 27 ergothérapeutes interrogés

Pour rappel : 1 celui mis en priorité et 10 celui qui à le moins d'importance

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Etablir les objectifs avec le patient</b>	14	5	4	0	0	0	0	0	2	2
<b>Etablir une relation d'autorité avec le patient</b>	2	1	0	2	0	3	0	0	3	16
<b>Laisser le patient avoir un rôle d'acteur dans sa PEC</b>	11	5	3	3	0	1	0	1	2	1
<b>Inclure la pathologie dans le processus de rééducation</b>	3	2	3	2	1	0	2	5	7	2
<b>Ecouter activement le patient</b>	14	5	1	2	0	0	2	0	2	1
<b>Respecter les valeurs du patient</b>	10	2	3	1	5	3	1	0	1	1
<b>Impliquer l'entourage à la PEC</b>	4	7	1	1	1	3	2	5	3	0
<b>Prendre en considération les activités significatives pour établir le plan d'intervention</b>	6	6	2	3	3	3	0	1	2	1

<b>Instaurer une alliance thérapeutique avec le patient</b>	<b>10</b>	3	3	1	4	1	2	1	1	1
<b>Favoriser et encourager l'engagement du patient dans le processus ergothérapeutique</b>	<b>10</b>	1	4	1	1	1	3	3	2	1

Tableau 2: L'importance des items pour définir cette approche

Sur les 10 items proposés, 6 semblent prioritaires :

- « Etablir des objectifs avec le patient » et « Ecouter activement le patient » sont les deux items mis en premier par 14 ergothérapeutes sur 27 interrogés.
- « Laisser le patient avoir un rôle d'acteur dans sa prise en charge » arrive en second pour 11 ergothérapeutes.
- « Respecter les valeurs du patient », « Instaurer une alliance thérapeutique avec le patient » et « Favoriser et encourager l'engagement du patient dans le processus ergothérapeutique » sont aussi classés en priorité mais seulement pour 10 ergothérapeutes sur 27.

En revanche, « Etablir une relation d'autorité avec le patient » est caractérisé pour 16 ergothérapeutes sur 27 (soit un peu plus de la moitié) comme l'item le moins important pour définir une approche centrée sur la personne.

### 3.3.2. La personne au cœur du soin

Les ergothérapeutes sont unanimes pour accorder à l'individu une place centrale dans son accompagnement, il est présenté comme acteur principal de son soin.

27 réponses

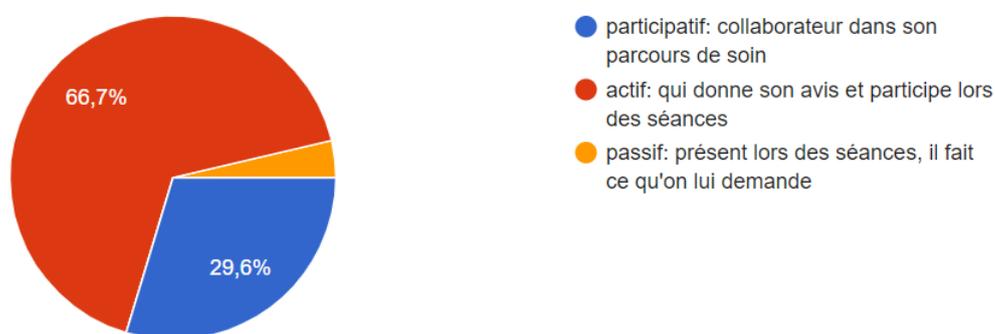


Figure 6: Rôle du patient dans sa prise en soin

Il apparaît clairement que le patient occupe une place centrale. 66,7% des ergothérapeutes qualifient le rôle du patient dans leurs pratiques comme étant actif, qui donne son avis et qui participe lors des séances.

Pour 29,6%, la personne soignée a un rôle participatif, elle est considérée comme collaborateur dans son parcours de soins.

Seulement un(e) ergothérapeute décrit un rôle passif, le patient est présent lors des séances et fait ce qu'on lui demande.

### 3.3.3. La mise en place de l'approche centrée sur la personne

	Très facile	Facile	Assez facile	Neutre	Assez difficile	Difficile	Très difficile
Etablir les objectifs avec le patient	7	10	7	2	1	0	0
Etablir une relation d'autorité avec le patient	0	3	3	14	2	2	3
Laisser le patient avoir un rôle d'acteur dans sa PEC	2	10	8	0	6	1	0
Inclure la pathologie dans le processus de rééducation	1	6	10	7	3	0	0
Ecouter activement le patient	14	8	2	1	2	0	0
Respecter les valeurs du patient	8	10	5	2	2	0	0
Impliquer l'entourage à la PEC	0	6	8	4	6	3	0
Prendre en considération les activités significatives pour établir le plan d'intervention	7	11	9	0	0	0	0
Instaurer une alliance thérapeutique avec le patient	6	9	10	2	0	0	0
Favoriser et encourager l'engagement du patient dans le processus ergothérapique	3	13	5	3	3	0	0

Tableau 3: La faisabilité de la mise en place de cette approche

D'après les 27 ergothérapeutes questionnés, très peu d'items sont difficiles à mettre en place mise à part pour 6 ergothérapeutes : « Laisser le patient avoir un rôle d'acteur dans sa prise en charge » et « Impliquer l'entourage à la prise en charge ».

Pour un peu plus de la moitié (14 sur 27), la caractéristique de cette approche la plus facile à mettre en œuvre est d' « Ecouter activement le patient ».

### 3.3.4. Les obstacles à la mise en place de l'approche centrée sur la personne

De façon assez significative, les obstacles majoritairement cités sont : à 59,3% le « manque de temps », c'est une contrainte importante pour mettre en place de façon optimale cette approche.

De plus, le « manque de connaissances » (29,8%), « le manque de matériel » (18,5%) et « approche non adaptée à la politique du service » (18,5%) sont aussi des caractéristiques spécifiques qui peuvent empêcher la mise en place de cette approche de façon correcte et optimale.

D'autres obstacles sont mentionnés mais de façon moins significative, des ergothérapeutes ont expliqué que cette approche pouvait être difficile à mettre en place « par le manque d'investissement et de motivation du patient », « à cause d'une déficience intellectuelle ou troubles associés », « par le manque d'expérience de l'ergothérapeute » ou « quand le patient est dans le déni de ses déficits et de ses difficultés quotidiennes ».

### 3.3.5. Notions d'activités signifiantes et activités significatives

Nous ne pouvons pas parler d'approche centrée sur la personne sans parler d'activités signifiantes et significatives.

Moins de la moitié des personnes interrogées (12 sur 27) sont capables de donner une définition claire et précise pour ces deux termes. Pour 7 ergothérapeutes, il n'y a pas de différences entre ces deux activités.

Cependant, à l'unanimité, ils déclarent tous utiliser des activités signifiantes durant les séances et que ces dernières peuvent avoir un impact sur l'implication et la motivation du patient tout au long de son parcours de soins.

27 réponses

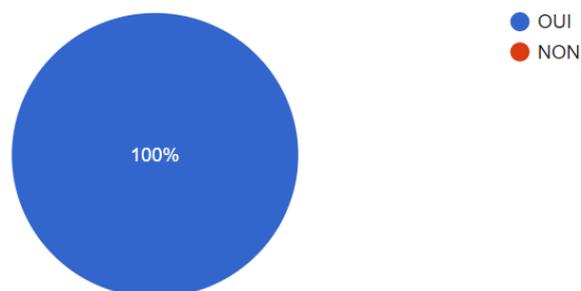


Figure 7: L'utilisation des activités signifiantes

L'utilisation d'activités signifiantes lors de séances peut aussi avoir des effets négatifs pour 74% des interrogés, 11,1% ne voient pas d'effet négatif, 11,1% n'ont pas de réponses à cette question et 3,7% soit une personne qui n'a pas compris le sens de la question.

<b>Effets négatifs des activités signifiantes</b>	
-	Le manque de matériel
-	Pas assez de temps pour les mettre en place
-	Une activité trop complexe, qui peut mettre en difficulté le patient et engendrer une perte de motivation
-	Si la personne n'accepte pas de faire l'activité différemment d'avant
-	Qu'elles ne répondent pas aux besoins du patient mais plus à son entourage
-	Que l'activité ne soit pas maîtrisée par l'ergothérapeute

Tableau 4: Les effets négatifs des activités signifiantes

### 3.3.6. Avis des ergothérapeutes sur leur prise en soin d'adultes déficients visuels au quotidien

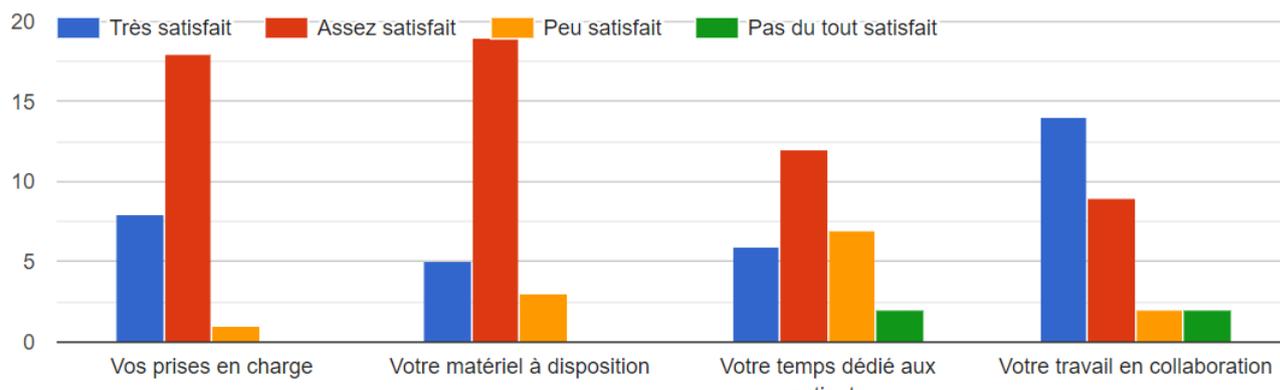


Figure 8: Les avis d'ergothérapeutes sur leur prise en soin d'adultes déficients visuels

18 ergothérapeutes estiment être « assez satisfait » de leur prise en soins ergothérapeutiques auprès d'adultes déficients visuels. 19 sont aussi « assez satisfait » du matériel qu'ils ont à leur disposition et 14 déclarent être « très satisfait » de leur travail en collaboration avec d'autres professionnels.

Cependant, seulement, 12 ergothérapeutes estiment être « assez satisfait » de leur temps dédié aux patients et 9 expliquent être « peu » ou « pas du tout satisfait ».

### 3.3.7. Les mises en situation au plus près des conditions réelles

27 réponses

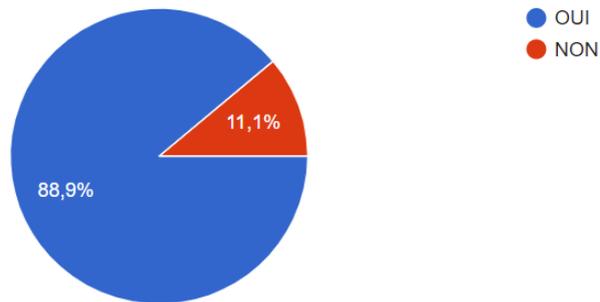


Figure 9: Avis sur les mises en situation au plus près des conditions de vie réelles

Les mises en situation réalisées au plus près des conditions de vie réelles où se déroulent les activités significatives du patient déficient visuel permettraient selon 88,9% des ergothérapeutes interrogés d'augmenter le niveau de participation, 11,1% ne sont pas d'accord.

Les personnes favorables à ces mises en situations se justifient en donnant différentes raisons :

- Cela « donne plus de sens à l'activité et davantage d'intérêt pour la personne »
- Elles sont « directement reproductibles, le patient peut s'entraîner chez lui entre les séances et faire un transfert des acquis »
- Cela « augmente et renforce la motivation du patient », « Le patient se sent plus à l'aise et à moins peur »
- C'est « moins protocolaire qu'en centre de rééducation/réadaptation (environnement inconnu et limitant) »
- « les situations écologiques sont plus bénéfiques quand elles sont proches de la réalité (ex : activité cuisine) », cela « permet d'utiliser son propre matériel »
- « Le patient se projette mieux et peut s'investir et s'impliquer plus facilement »
- « Les patients passés par des centres n'appliquent pas les techniques une fois rentrés chez eux »

### 3.4. Modèle conceptuel

27 réponses

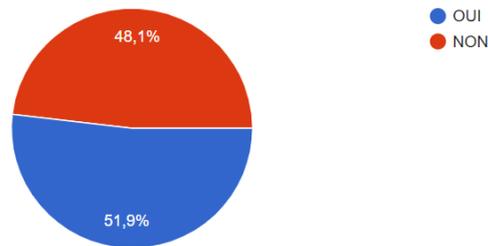


Figure 10: Utilisation d'un modèle conceptuel

Les ergothérapeutes exerçant avec des adultes déficients visuels utilisent à 51,9% un modèle conceptuel mais 48,1% n'en n'utilisent pas.

Parmi le panel de modèles conceptuels existant dans la pratique en ergothérapie, deux sont cités à 42,9%, il s'agit du Modèle Canadien du Rendement Occupationnel (MCRO) et du Processus de Production du Handicap (PPH).

Cependant, la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) et le Modèle de l'Occupation Humaine sont utilisés par 14,3% des ergothérapeutes interrogés.

3 autres professionnels ont déclaré qu'ils utilisaient le modèle CO OP, le modèle systémique et le bilan 13-30 (spécifique à la déficience visuelle).

En revanche, un ergothérapeute a expliqué qu'il connaissait mal les modèles donc ne les utilisaient pas.

Parmi les 14 ergothérapeutes qui ont déclaré utiliser un modèle conceptuel dans leur pratique, 8 (53,3%) ont suivi une formation pour pouvoir l'appliquer, 6 (40%) n'ont pas suivi de formation spécifique et une personne en a fait la demande et est en attente d'acceptation de cette formation.

15 réponses

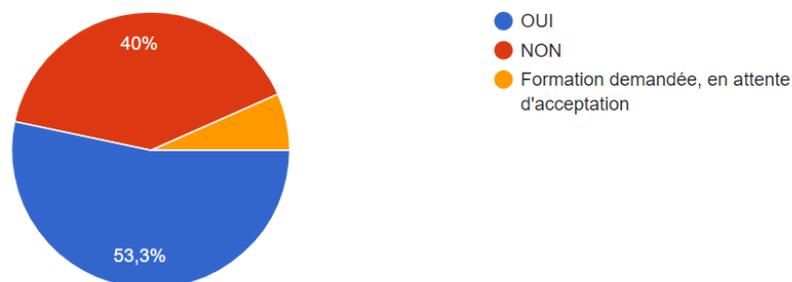


Figure 11: Formation aux modèles conceptuels

### 3.4.1. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

27 réponses

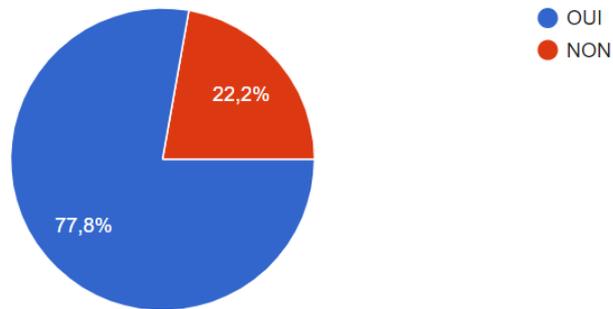


Figure 12: L'utilisation de ce modèle

77,8% des professionnels estiment que l'utilisation de ce modèle conceptuel et de sa mesure (MCRO) pourrait améliorer les prises en soins des patients déficients visuels. Ils évoquent diverses raisons :

- « Favorise l'adhésion et la relation thérapeutique »
- « Permet d'axer l'accompagnement sur ce qui est important pour la personne »
- « Mieux appréhender les demandes des patients »
- « Permet de se recentrer sur les objectifs du patient »
- « Favorise la hiérarchisation et la priorisation des objectifs, ne rien oublier »
- « Permet de faire émerger des demandes, attentes très spécifiques alors qu'au départ, ils n'y pensent pas forcément, donner la parole aux patients »
- « Rendre le patient encore plus acteur, augmente sa motivation »
- « Être au plus près des valeurs du patient »

Néanmoins, 22,8% émettent des contradictions à l'utilisation de ce modèle et de sa mesure en expliquant que :

- « Ce modèle est complexe et difficile à utiliser »
- « Le temps de passation est trop long »
- « La cotation est difficile »

## 4. Discussion

Pour rappel, la question de recherche est la suivante : « En ergothérapie, l'approche centrée sur la personne et fondée sur l'occupation est-elle à ce jour un élément clé d'une prise en soin réadaptative auprès d'adultes déficients visuels ? »

A cette question, deux réponses ont tenté d'être apportées en croisant les différents résultats obtenus dans ce travail de recherche. Tout d'abord que l'implication du patient est un élément incontournable à prendre en compte pour que l'approche centrée sur la personne puisse être mise en place lors d'un processus de réadaptation. Puis, il apparaît évident, que cette approche fait partie intégrante en réadaptation et ce malgré quelques obstacles.

Ainsi, les deux hypothèses émises peuvent être validées et permettent d'apporter des éléments de réponse à ma problématique.

### 4.1. La place du patient au cœur de sa prise en soin réadaptative

#### 4.1.1. Rôle actif et participatif

L'arrêté du 5 juillet 2010 stipule que les ergothérapeutes doivent « *formuler des objectifs et identifier des activités significatives, adaptées au projet de vie de la personne et au contexte, en collaboration étroite avec la personne ou le groupe de personnes selon les principes d'une pratique centrée sur la personne* » (Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, s. d.).

L'implication du patient est une condition considérée comme importante dans la réussite du projet de soin : elle doit donc être recherchée par les professionnels. Jusque là, rien de nouveau, cela a été démontré à plusieurs reprises avec différentes pathologies.

Cependant, il n'existe que très peu d'articles sur le domaine de la déficience visuelle et encore moins sur le rôle du patient lors de son parcours de soins. D'où cet état des lieux qui permet de mieux comprendre ce qu'il en est sur le terrain.

A ce jour, les 27 ergothérapeutes interrogés et exerçant en structures ou au domicile, sont unanimes pour dire que le patient déficient visuel est présenté comme « acteur principal » de son soin.

En déficience visuelle, 66,7% des professionnels expliquent clairement que le patient fait parti d'un maillon de la chaîne, il a un rôle très actif lors des séances et son avis est pris en compte pour favoriser le bon déroulement de sa prise en soin réadaptative (fig 6).

En plus de son rôle actif, il a aussi un rôle participatif. En effet, faciliter et demander la participation du patient permet d'obtenir plus facilement son adhésion au projet de soin.

⇒ **Impliquer, c'est donc soigner en demandant la participation du bénéficiaire.**

Parmi les 27 ergothérapeutes questionnés, 11 estiment que « laisser le patient avoir un rôle d'acteur dans sa prise en charge » est le 1<sup>er</sup> élément à prendre en considération pour que l'approche centrée sur la personne ait du sens (tableau 2).

Cela signifie aussi, qu'impliquer c'est « faire avec » la personne, c'est-à-dire utiliser ses ressources, lui donner des responsabilités sur sa prise en soin.

C'est aussi lui laisser la possibilité de proposer des solutions même imparfaites pourvu qu'elles permettent de combler des manques ou pallier à certaines situations de handicap.

De façon générale, les professionnels interrogés ont identifié l'importance d'accorder à la personne soignée « une place centrale » dans son accompagnement. Dans le domaine de la santé, de nouvelles orientations apparaissent, comme la transformation d'un patient passif en acteur engagé dans son parcours de soins.

Cette transformation est très observée avec les patients déficients visuels. Dès le début de leur prise en soins, ils ont en tête des objectifs clairs et précis et décident eux-mêmes ce qui est le mieux pour eux.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a mis en place des fiches récapitulant les points clés d'une démarche centrée sur le patient (Haute Autorité de Santé, 2015) :

- Développer et renforcer la capacité de décision et d'action du patient tout au long de son parcours
- Aider le patient à acquérir des compétences d'autosoins, d'adaptation et de gestion de la ou des maladies
- Encourager les comportements bénéfiques à la santé, soutenir sa motivation à se soigner

Un premier aspect donc plutôt positif qui contraste avec ce qui peut être parfois vu et pratiqué lors d'un processus plus rééducatif. En rééducation, il est plus difficile d'impliquer activement le patient car lors d'une séance, l'ergothérapeute est souvent amené à prendre en charge plusieurs patients.

#### **4.1.2. Le sens de l'approche centrée sur la personne et fondée sur l'occupation**

Cette approche fondée par Carl Rogers précise que « chaque individu a en lui des capacités considérables de se comprendre, de changer l'idée qu'il a de lui-même, ... ».

Cette citation permet de consolider le 1<sup>er</sup> aspect vu précédemment.

A travers les 10 items proposés aux 27 ergothérapeutes afin de donner un sens à cette approche, 7 contiennent le mot « patient » (tableau 2). Cette constatation assez significative met bien en évidence que cette approche ne peut être efficace que par une collaboration « ergothérapeute-patient ».

Cette collaboration permet de dégager plusieurs éléments prioritaires. Tout d'abord, parmi les 27 professionnels interrogés, 14 ont conscience que cette approche centrée sur la personne n'a de sens que si les objectifs sont formulés avec le patient déficient visuel et que ce dernier puisse être écouté activement (tableau 2). L'écoute active est une habileté et une attitude que les ergothérapeutes adoptent dans le but de comprendre ce que la personne vit afin d'amener cette dernière à prendre conscience de ses besoins, de ses attentes et de ses possibilités.

**=> Accompagner le patient devient donc une fonction essentielle.**

Par ailleurs, l'implication du patient passe par l'instauration d'une alliance thérapeutique en amont. Pour cela, certains ergothérapeutes jugent essentiel de respecter les valeurs du patient mais aussi de favoriser et d'encourager l'engagement de la personne dans son parcours de soins. Il s'agit de lui permettre de prendre les meilleures décisions à travers l'acquisition de compétences indispensables.

Ainsi, le patient établit ses propres objectifs et détermine ses propres besoins, il dépasse donc le statut d'un simple sujet de soins comme il peut être encore perçu en phase de rééducation ; il a vocation à devenir acteur de sa prise en charge (Sebai & Yatim, 2018).

Les attentes des patients déficients visuels sont souvent différentes des autres patients aux pathologies diverses ; ils souhaitent très vite acquérir de nouveaux moyens de compensations et si possible à adapter sur leur propre matériel.

Nous venons de voir à l'aide de cet état des lieux que pour que cette approche soit optimale il fallait créer une alliance avec le patient en s'appuyant sur ses propos, ses valeurs. Mais cette pratique fondée sur l'occupation s'appuie également sur une connaissance approfondie des activités et des occupations de la personne.

En réadaptation, les priorités ne sont plus ciblées sur les besoins induits par la pathologie mais sur les priorités évoquées par le patient, sur les activités qu'il considère comme importantes.

Doris Pierce vient confirmer ces propos en expliquant et soutenant l'importance de travailler en impliquant le patient : « *il faut aller au delà de la rééducation à l'intérieur des structures de soins. Elle incite les ergothérapeutes à mettre en œuvre des activités attrayantes mais pour cela il faut une réelle collaboration ergo-patient pour identifier clairement ses objectifs et ajuster l'intervention* » (Pierce & Morel Bracq, 2016).

En effet, la totalité des ergothérapeutes interrogés pour cette étude déclarent utiliser des activités significatives durant leurs séances en réadaptation visuelle (fig 7), elles sont toujours en lien avec les objectifs du patient et ont évidemment du sens pour lui.

De plus, les professionnels questionnés sont d'accord pour dire « qu'il faut prendre en considération les activités significatives du patient pour établir un plan d'intervention ». 9 disent que c'est « assez facile », 11 que c'est « facile » et 7 « très facile » (tableau 3).

La CIF a bien mis en évidence les facteurs personnels et environnementaux dans les déterminants de la santé et a fait une distinction entre l'activité : « exécution d'une tâche ou le fait pour une personne de faire quelque chose » et la participation : « le fait de prendre part à une situation de la vie réelle.

Cette distinction est tout à fait en cohérence avec mon hypothèse, l'activité n'est plus seulement un moyen thérapeutique, elle devient l'objectif de l'accompagnement. Le patient est reconnu comme ayant des compétences concernant sa santé et son souhait de participation sociale.

⇒ **Impliquer le patient dans son projet de soins et intégrer ses activités significatives facilite son engagement et sa participation. Cela permet aussi de comprendre l'importance d'une approche centrée sur le patient lors d'une prise en soin réadaptative.**

Une prise en soin centrée sur le patient déficient visuel paraît donc tellement évidente au vu des données précédentes. Néanmoins, même si nous venons de voir que d'importants facteurs de réussites permettaient l'emploi de cette approche auprès d'adultes déficients visuels lors d'un processus de réadaptation visuelle, il existe encore à ce jour des obstacles.

#### **4.2. L'approche centrée sur la personne, concept très en vogue mais qui peut se heurter à certaines contraintes**

Aujourd'hui, l'approche centrée sur la personne et fondée sur l'occupation est assez bien entrée dans les mœurs en réadaptation visuelle, la majorité des ergothérapeutes ayant participé à cette étude affirment mener une intervention qui est centrée sur la personne. En effet, 96,3% des répondants exerçant auprès d'adultes déficients visuels considèrent mettre en pratique les principes de cette approche (fig 5).

Les ergothérapeutes encouragent les personnes à faire des choix, les accompagnent dans l'identification de leurs difficultés occupationnelles. Ainsi, ces professionnels de la vision agissent en partenariat avec la personne et tiennent compte de son contexte de vie.

Pour 74,1% des ergothérapeutes, ils ont connu et entendu parler de cette pratique pendant leurs études mais aussi en lisant des articles scientifiques.

Néanmoins, il existe un écart entre la perception de l'importance de cette approche et la perception de sa facilité de mise en œuvre.

D'après les résultats obtenus auprès des 27 ergothérapeutes, il ressort de façon assez significative (59,3%), que le « manque de temps » est une contrainte importante pour mettre en place de façon optimale cette approche. Effectivement, favoriser le fait que le patient établisse ses propres objectifs demande du temps si l'on veut que cette étape soit la mieux réussie.

Cependant, le « manque de matériel », le « manque de connaissances » sont également des contraintes non négligeables et empêchent les ergothérapeutes de pouvoir pleinement utiliser cette approche lors de leur séances réadaptatives.

Une dernière contrainte, non matérielle cette fois-ci, mais qui peut aussi avoir tout autant son importance : la politique du service.

En effet, la mise en place de ce concept n'est pas anodin et ne peut pas se faire du jour au lendemain qui plus est, si la structure dans laquelle l'ergothérapeute travaille n'a pas la même vision de cette pratique et de la place que peut avoir le patient au cœur de cette approche. Cet obstacle peut aussi s'expliquer par les divergences d'approche des autres membres de l'équipe de soins, tous les thérapeutes n'ont pas la même ancienneté, la même vision du soin. Enfin, le fait que le modèle médical domine encore constitue également un obstacle comme nous avons pu le voir en rééducation.

Suite aux résultats des questionnaires, très peu d'ergothérapeutes déclarent que cette approche est difficile à mettre en place. Mais pour 6 thérapeutes, « laisser le patient avoir un rôle d'acteur dans sa prise en charge » et « impliquer l'entourage à la prise en charge » peut être assez difficile.

L'état des lieux réalisé auprès des ergothérapeutes exerçant en réadaptation visuelle fait écho aux recensements des écrits menés par Jade Baillargeon-Desjardins et Martine Brousseau (Baillargeon-Desjardins & Brousseau, 2019). Il ressort de ces écrits que les ergothérapeutes francophones européens ont une pratique fondée sur les occupations.

Mais ils connaissent eux aussi sensiblement les mêmes obstacles que les ergothérapeutes exerçant auprès d'adultes déficients visuels, c'est-à-dire la dominance du modèle biomédical, un environnement non adapté à cette pratique, manque de temps et de ressources matérielles. Et les mêmes facilitateurs : la bonne collaboration avec le client et l'implication active de celui-ci dans la thérapie.

Lors de l'hypothèse précédente, nous avons pu comprendre que l'implication du patient dans son processus de soins se faisait notamment par l'utilisation d'activités significatives.

Néanmoins, pour 74% des personnes interrogées, elles peuvent aussi avoir des effets négatifs et donc être aussi une contrainte à la mise en place de l'approche centrée sur la personne.

Parmi les principaux effets négatifs cités, deux sont similaires aux contraintes exposées précédemment : le « manque de matériel » et le « manque de temps pour les mettre en place ». Devant ce constat, il apparaît indiscutable que ces deux notions constituent véritablement un frein à l'utilisation de cette approche lors de prise en soins en réadaptation visuelle.

S'appuyer sur des activités qui ont du sens pour le patient peuvent lui permettre de s'engager dans ses occupations et lui procurer du plaisir. Mais, il ne faut pas non plus le mettre en difficultés, voire même en échec. Il est vrai que ce concept privilégie la parole et l'avis du patient pour établir un plan d'intervention optimal mais parfois le patient ne peut pas être en mesure d'analyser la faisabilité de son activité.

D'où l'importance du rôle en collaboration de l'ergothérapeute pour réguler les demandes afin de ne pas engendrer une perte de motivation.

Ces différents obstacles ou facteurs limitants la mise en place de l'approche centrée sur la personne et fondée sur l'occupation ne sont qu'un état des lieux de ce qui peut se pratiquer en centre de réadaptation visuelle avec des adultes déficients visuels.

Toutefois, il est intéressant de constater que ces différents obstacles sont sensiblement identiques à ceux rencontrés dans un processus de rééducation.

#### **4.3. Limites et perspectives**

L'objet de cette étude était de faire un état des lieux sur l'idéal de l'approche centrée sur la personne et sur sa faisabilité en pratique. Comme dans toutes études, il apparaît des limites mais aussi des perspectives.

Réaliser un état des lieux est un travail long, le nombre de réponses obtenues ne permet pas d'avoir des résultats significatifs, il s'agit plutôt des résultats de constat. Ils montrent davantage la présence ou l'absence des éléments et ne permettent pas de comprendre comment cette approche est réellement mise en place sur le terrain.

Le questionnaire était assez général et n'était ciblé que sur un domaine précis en réadaptation, ce qui ne permettait pas de généraliser les observations à tous les autres établissements qui proposent cette approche.

De plus, le fait de diffuser un questionnaire ne permet pas de pouvoir reformuler les questions ou d'apporter des explications supplémentaires en cas de difficultés de compréhension de la part des ergothérapeutes interrogés.

Concernant les réponses aux questions, quelques limites sont apparues. En effet, face à une question, chaque personne peut y mettre un sens différent et donc ne pas donner une réponse adaptée à la pensée de l'auteur du questionnaire. Il est possible aussi que l'échantillon ait été biaisé en faveur des ergothérapeutes ayant un intérêt ou une connaissance particuliers pour la pratique fondée sur les occupations.

Ensuite, la rédaction de certaines questions s'est avérée inutile dans l'exploitation des résultats ou faisait doublon avec d'autres questions, et cela n'apportait pas d'éléments concrets permettant de répondre à la problématique.

Cependant, des perspectives pourraient être réalisées pour aller plus loin dans ce travail et surtout pour compléter ce concept centré sur la personne.

En effet, il serait intéressant de se questionner sur l'intérêt de l'utilisation de la MCRO et de percevoir comment elle pourrait participer à l'amélioration de la pratique centrée sur la personne.

Parmi les 27 ergothérapeutes questionnés, 51,9% ont déclaré s'appuyer sur un modèle conceptuel dans leur pratique au quotidien et le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel est utilisé à 42,9%.

De plus, 77,8% des professionnels estiment que l'utilisation de ce modèle conceptuel et de sa mesure (MCRO) pourrait améliorer les prises en soins des patients déficients visuels.

Ces quelques données fort intéressantes peuvent laisser présager des futures recherches autant dans le domaine de la rééducation que la réadaptation...

## Conclusion

---

*« Le soin n'est pas uniquement « faire pour » ou « faire avec » mais c'est aussi « être avec ». Toute la subtilité du soignant est là »*

Corinne Ghiridlian-Hofmann<sup>4</sup>

Cette citation fait totalement écho à mon travail et en fait un excellent résumé.

Ce mémoire d'initiation à la recherche traite d'une pratique en ergothérapie encore assez peu développée en France malgré quelle soit en pleine émergence. En effet, en rééducation, l'approche centrée sur la personne et fondée sur l'occupation est très peu utilisée du fait, entre autre d'une prédominance du modèle biomédical.

D'où l'idée de réaliser un état des lieux sur cette approche lors d'une prise en soins réadaptative ; plus particulièrement dans le domaine de la déficience visuelle et non de chercher à comprendre comment elle était réellement mise en place.

L'enquête de terrain a permis de vérifier que l'approche centrée sur la personne et fondée sur l'occupation était réellement un élément clé lors d'une prise en soins réadaptative.

Pour Morel Bracq, le fait *« d'intégrer les occupations dans les soins facilite l'engagement et la participation de toute personne en restriction occupationnelle »*.

En réadaptation visuelle, l'objectif dans la pratique en ergothérapie est d'accompagner les patients, de les amener vers une participation accrue dans les activités de leur vie quotidienne.

Néanmoins, quelques obstacles à l'utilisation quotidienne de cette approche en réadaptation persistent. Ces derniers peuvent toutefois être diminués voire supprimés. Depuis les 3èmes assises de l'ergothérapie en Avril 2015, la notion d'activités a évolué, elles ne sont plus à ce jour qu'un moyen thérapeutique mais elles deviennent des objectifs prioritaires dans l'accompagnement.

De plus, l'utilisation complémentaire du modèle canadien, le MCREO, permettrait d'aborder autrement la personne en situation de handicap. La mesure canadienne aiderait la personne à se connaître, à mettre en avant ce qu'elle pense être un problème et ainsi aider l'ergothérapeute à mieux cibler les activités significatives pour répondre aux besoins du patient.

Ce travail de recherches m'a permis d'aller plus loin dans mes questionnements, d'approfondir mes connaissances sur cette approche. La déficience visuelle a toujours été une énigme pour moi, sa prise en soin complexe également.

Tout au long de l'élaboration de ce travail, j'ai pu avoir de nombreux échanges avec différents professionnels du domaine de la déficience visuelle qui m'ont aidé dans la construction et le cheminement de mes pensées. Enfin, ces moments de partages m'ont permis de créer un réseau de professionnels de terrain.

---

<sup>4</sup> Puéricultrice

## Références bibliographiques

---

- ACE. (1997). *Le modèle canadien du rendement occupationnel*. 33-64.
- ANFE. (2017). *Historique*. <https://www.anfe.fr/historique>
- ARRADV. (2019). *Comprendre les déficiences visuelles*. Arradv.  
<http://www.arradv.fr/comprendre-deficiences-visuelles/>
- Baillargeon-Desjardins, J., & Brousseau, M. (2019). *Les ergothérapeutes francophones européens parviennent-ils à avoir une pratique fondée sur les occupations?* 81-101.
- Barbier, G. (2013). *La déficience visuelle*. Handicap.fr. <https://informations.handicap.fr/a-deficience-visuelle-6023.php>
- Bigex, A. (2017). *Le patient acteur de sa prise en charge en ergothérapie – de l'activité analytique à l'activité signifiante*. 502.
- Boulan, H. (2015). *Le questionnaire d'enquête*.
- Caire, J. M., & Schabaille, A. (2018). *Engagement, Occupation et Santé : Une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie*.
- Charret, L., & Thiébaud Samson, S. (2017). *Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie*.
- Clark, F. A., Parham, D., Carlson, M. E., Frank, G., Jackson, J., Pierce, D., Wolfe, R. J., & Zemke, R. (1991). Occupational Science : Academic Innovation in the Service of Occupational Therapy's Future. *American Journal of Occupational Therapy*, 45(4), 300-310.
- CNRTL. (2012a). *ENGAGEMENT : Définition de ENGAGEMENT*.  
<https://www.cnrtl.fr/definition/engagement>

- CNRTL. (2012b). *PERFORMANCE : Définition de PERFORMANCE*.  
<https://www.cnrtl.fr/lexicographie/performance>
- CNRTL. (2012c). *VISION : Définition de VISION*. <https://www.cnrtl.fr/definition/vision>
- Criquillon Ruiz, J., & Morel Bracq, M. C. (2016). *Pour une démarche d'évaluation centrée sur le client et sur l'occupation*. 23-34.
- De Haerne, C., & Brousseau, M. (2018). *Les ergothérapeutes français ont-ils une approche centrée sur la personne ?* 65-76.
- Devonshire, C. M., Stora, N., & Suhner, N. (2011). *L'Approche centrée sur la personne et la communication interculturelle*. n° 13(1), 23-55.
- Djaoui. (2015). *Rôles sociaux et activité; l'activité humaine : Un potentiel pour la santé?* (De Boeck Supérieur).
- Fenneteau, H. (2015). *Enquête : Entretien et questionnaire*.
- Fisher, A. G. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model : A Model for Planning and Implementing Top-Down, Client-centered and Occupation-based Interventions*.
- Haute Autorité de Santé. (2015). *Démarche centrée sur le patient : Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi*. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche\\_centree\\_patient\\_web.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf)
- Laloum, J. (2018). *Champ visuel : Intérêt et conseils pratiques*. GLAUCOMES.FR.  
<https://www.glaucomes.fr/diagnostic/champ-visuel/index.html>
- Law, M., & Polatajko, H. (2000). *La Mesure Canadienne de Rendement Occupationnel*.
- Licht, S., & Perrin. (2010). *The Positive Response Schedule for Severe Dementia*. 184-191.

Marchalot, I. (2016). *Stratégie d'intervention en ergothérapie et rendement occupationnel*.  
19-24.

Marchalot, I. (2018). *Engagement, Occupation et Santé : Une approche centrée sur  
l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie*.

Martini. (2014). *Engagement, Occupation et Santé : Une approche centrée sur  
l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie*.

Meyer, S. (2008). *Démarches et raisonnements en ergothérapie*.

Meyer, S. (2010). *Démarches et raisonnements en ergothérapie (2ème)*.

Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*.

Meyer, S. (2017). *Les facettes d'une approche occupationnelle [Colloque]*.

Meyer, S. (2018). *Quelques clés pour comprendre la science de l'occupation et son intérêt  
pour l'ergothérapie*. 13-28.

Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, Pub. L. No. 0156, 12558.

Consulté 3 avril 2020, à l'adresse

[https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022447668&  
categorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022447668&categorieLien=id)

Morel Bracq, M. C. (2009). *Modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts  
fondamentaux*.

Morel Bracq, M. C. (2015). *L'activité humaine : Un potentiel pour la santé? (De Boeck  
Solal)*.

Morel Bracq, M. C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux  
concepts fondamentaux*.

ONISEP. (2019). *Définition de la déficience visuelle*. Onisep.

<http://www.onisep.fr/Formation-et-handicap/Mieux-vivre-sa-scolarité/Par-situation-de-handicap/Scolarité-et-troubles-visuels/Definition-de-la-deficience-visuelle>

Organisation Mondiale de la Santé. (2001). *Critères Déficience Visuelle OMS*.

<http://www.thebaudieres.org/index.php/la-population-accueillie/38-pathologies>

Organisation Mondiale de la Santé. (2018). *Cécité et déficience visuelle*.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>

Pibarot, I. (2013). *Une ergologie : Des enjeux de la dimension subjective de l'activité humaine*.

Pierce. (2003). *Occupation by Design : Building Therapeutic Power*. F.A. Davis Company.

Pierce, D., & Morel Bracq, M. C. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*.

Poriel, G. (2018). *UE 3.1 S1 = les sciences de l'occupation*. Issuu.

[https://issuu.com/chlaval/docs/2018\\_science\\_de\\_l\\_occupation\\_et\\_erg](https://issuu.com/chlaval/docs/2018_science_de_l_occupation_et_erg)

Rogers, C. (2013). *L'approche centrée sur la personne* (Ambre).

Sebai, J., & Yatim, F. (2018). Approche centrée sur le patient et nouvelle gestion publique : Confluence et paradoxe. *Sante Publique, Vol. 30(4)*, 517-526.

Syndicat National des Ophtalmologistes de France. (2011). *Malvoyance et handicaps visuels*.

<https://www.snof.org/public/conseiller/malvoyance-et-handicaps-visuels>

Townsend, E., & Polatajko, H. (2008). *Faciliter l'occupation : L'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien être et justice à travers l'occupation* (Association canadienne des ergothérapeutes).

Townsend, E., & Polatajko, H. (2013). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. ACE.

Trouvé, E. (2015). *L'ergothérapeute de demain*. 5-12.

Who. (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease*.

Wilcock, A. A. (1998). Occupation for Health. *British Journal of Occupational Therapy*, 340-345.

Yerxa, E. J. (1990). An introduction to occupational science, a foundation for occupational therapy in the 21st century. *Occupational Therapy in Health Care*, 1-17.

Yerxa, Elizabeth J. (1990). An Introduction to Occupational Science, A Foundation for Occupational Therapy in the 21st Century. *Occupational Therapy In Health Care*, 6(4), 1-17. [https://doi.org/10.1080/J003v06n04\\_04](https://doi.org/10.1080/J003v06n04_04)

## Annexes

---

Annexe I. Questionnaires des ergothérapeutes .....	58
Annexe II. Lettre de diffusion aux structures par mail .....	66

# Annexe I. Questionnaires des ergothérapeutes

03/03/2020

Questionnaire pour les ergothérapeutes

## Questionnaire pour les ergothérapeutes

Dans le cadre de mon travail de fin d'études en ergothérapie, je m'interroge sur la prise en charge des patients déficients visuels en centre basse vision ou à leur domicile, et plus particulièrement sur la manière dont elle est construite et si elle est centrée sur le patient. Ce questionnaire est composé de 30 questions, les réponses seront anonymes.

Merci pour votre participation.

\*Obligatoire

### Recueil de données

1. Etes-vous? \*

*Une seule réponse possible.*

- Un homme  
 Une femme

2. Dans quel institut de formation avez-vous fait vos études? \*

\_\_\_\_\_

3. Dans quel pays avez-vous obtenu votre diplôme d'état? \*

*Une seule réponse possible.*

- France  
 Belgique  
 Suisse  
 Canada  
 Espagne  
 Autre : \_\_\_\_\_

4. Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme d'état? \*

\_\_\_\_\_

5. Dans quelle type de structure exercez-vous actuellement? \*

\_\_\_\_\_

[https://docs.google.com/forms/d/1UvHZMVrcrUI2x2tU6lJduq7CtIYAaSqml0kwLM4\\_Ug/edit](https://docs.google.com/forms/d/1UvHZMVrcrUI2x2tU6lJduq7CtIYAaSqml0kwLM4_Ug/edit)

1/8

## 6. Travaillez-vous avec? \*

Plusieurs réponses possibles.

- Un(e) instructeur en locomotion
- Un(e) orthoptiste
- Un(e) psychologue
- Un(e) ophtalmologue
- Un(e) assistant social
- Seul(e)

**Au cœur de la  
déficience  
visuelle**

La déficience visuelle exprime une insuffisance ou une absence d'image perçue par l'œil. Elle correspond à une atteinte de l'œil et des voies visuelles jusqu'au système cérébral. Terme utilisé pour regrouper les différentes atteintes visuelles allant de la malvoyance à la cécité.

## 7. Depuis combien de temps travaillez-vous dans le domaine de la déficience visuelle? \*

Une seule réponse possible.

- Moins d'un an
- 1 an
- 2 ans
- 3 ans
- 4 ans
- 5 ans
- Plus de 5 ans

## 8. Travailler auprès d'adultes déficients visuels est-il un choix personnel? \*

Une seule réponse possible.

- OUI
- NON

## 9. Pouvez-vous expliquer votre réponse? \*

---

---

---

---

---

10. Après une évaluation initiale, quels sont les objectifs les plus souvent cités par les patients? \*

Plusieurs réponses possibles.

- Aide pour les soins personnels (toilette, habillage, maquillage...)
- Apprentissage de l'informatique adapté à la déficience visuelle (contraste, raccourcis clavier...)
- Connaître et apprendre les fonctions spécifiques à la déficience visuelle en téléphonie (synthèse vocale, assistant vocal...)
- Gestion financière (guide chèque, reconnaissance pièces monnaies...)

Autre :  \_\_\_\_\_

**L'approche  
centrée sur  
la personne  
et fondée  
sur  
l'occupation**

La théorie centrée sur la personne a été conçue et développée par le psychologue, Carl Rogers, de 1938 à 1950 .  
L'approche fondée sur la science de l'occupation oriente l'ergothérapeute vers une pratique centrée sur le patient et ses besoins mais également axé sur les occupations de la personne dans son environnement, en considérant interaction personne-environnement-occupation. Ce qui veut dire que le thérapeute ne peut que réunir et mettre en place les conditions nécessaires afin que le client puisse s'engager dans sa démarche de soins et cela aboutira à un partenariat entre le thérapeute et le client.

11. A quel moment avez-vous entendu parler de cette approche? \*

Plusieurs réponses possibles.

- Pendant mes études
- Par d'autres collègues de travail
- Pendant une formation
- En lisant des articles scientifiques

Autre :  \_\_\_\_\_

12. Considérez-vous que votre pratique actuelle est centrée sur la personne? \*

Une seule réponse possible.

- OUI
- NON

13. Quelle place occupe le patient dans son soin? \*

\_\_\_\_\_

14. Dans votre pratique actuelle, comment qualifieriez-vous le rôle du patient? \*

Une seule réponse possible.

- Participatif: collaborateur dans son parcours de soins
- Actif: qui donne son avis et participe lors des séances
- Passif: présent lors des séances, qui fait ce qu'on lui demande

15. Que signifie pour vous avoir une approche centrée sur la personne? Pour cela, classez ces items par ordre d'importance de 1 à 10 (1 correspond à celui que vous mettriez en priorité et 10 celui qui aurait le moins d'importance) \*

*Une seule réponse possible par ligne.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Etablir les objectifs avec les patients	<input type="radio"/>									
Etablir une relation d'autorité	<input type="radio"/>									
Laisser le patient avoir un rôle dans sa prise en charge	<input type="radio"/>									
Inclure la pathologie dans le processus de rééducation	<input type="radio"/>									
Ecouter activement le patient	<input type="radio"/>									
Respecter les valeurs du patient	<input type="radio"/>									
Impliquer l'entourage dans la prise en charge	<input type="radio"/>									
Prendre en compte les activités significatives pour établir le plan d'intervention du patient	<input type="radio"/>									
Instaurer une alliance thérapeutique avec le patient	<input type="radio"/>									
Favoriser et encourager l'engagement du patient dans le processus ergothérapeutique	<input type="radio"/>									

[https://docs.google.com/forms/d/1UvHZMVrcrUI2x2tU6ljdudq7CtIYAaSqml0kwLM4l\\_Ug/edit](https://docs.google.com/forms/d/1UvHZMVrcrUI2x2tU6ljdudq7CtIYAaSqml0kwLM4l_Ug/edit)

4/8

16. Que pensez-vous de la facilité à mettre en place cette approche dans votre pratique professionnelle? \*

*Une seule réponse possible par ligne.*

	Très facile	Facile	Assez facile	Neutre	Assez difficile	Difficile	Très difficile
Etablir les objectifs avec le patient	<input type="radio"/>						
Etablir une relation d'autorité avec le patient	<input type="radio"/>						
Laisser le patient avoir un rôle d'acteur dans sa prise en charge	<input type="radio"/>						
Inclure la pathologie dans le processus de rééducation	<input type="radio"/>						
Ecouter activement le patient	<input type="radio"/>						
Respecter les valeurs du patient	<input type="radio"/>						
Impliquer l'entourage du patient à la prise en charge	<input type="radio"/>						
Prendre en compte les activités significatives du patient pour établir le plan d'intervention	<input type="radio"/>						
Instaurer une alliance thérapeutique	<input type="radio"/>						
Favoriser et encourager l'engagement du patient pendant tous le processus ergothérapique	<input type="radio"/>						

17. Selon vous, qu'est-ce qui pourrait empêcher la mise en place de cette approche dans votre pratique professionnelle? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Le manque de temps
- Le manque de connaissances
- Le manque de matériel
- Pas adapté à la politique de fonctionnement du service

18. Comment pourriez-vous définir en quelques mots les termes "activité signifiante" et "activité significative"? \*

---

---

---

---

19. Selon vous, utiliser des activités signifiantes comme thérapeutique peut avoir un impact sur l'implication et la motivation du patient durant ses séances? \*

*Une seule réponse possible.*

- OUI  
 NON

20. Pouvez-vous me donner des exemples d'activités signifiantes que vous avez mis en place avec des adultes déficients visuels? \*

---

---

---

---

21. Quels peuvent être selon vous, les effets négatifs des activités signifiantes lors de la rééducation des patients déficients visuels? \*

---

---

---

---

22. D'après vous, est-ce que cette approche centrée sur la personne et fondée sur l'occupation est utilisée par d'autres ergothérapeutes, avec d'autres pathologies? \*

*Une seule réponse possible.*

- OUI  
 NON

23. Que pensez-vous de: \*

*Une seule réponse possible par ligne.*

	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Vos prises en charge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre matériel à disposition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre temps dédié aux patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre travail en collaboration	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Pensez-vous que si les mises en situation étaient réalisées au plus près des conditions de vie réelles où se déroulent les activités significatives du patient déficient visuel permettraient d'augmenter son niveau de participation? \*

*Une seule réponse possible.*

OUI

NON

25. Pour quelles raisons? \*

**Modèle conceptuel et  
Modèle Canadien du  
Rendement et de  
l'Engagement  
Occupationnel  
(MCREO)**

Un modèle conceptuel est : « une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique ». Le MCREO, modèle élaboré par les ergothérapeutes canadiens, mettant en évidence les liens qui existent entre la personne, son environnement, ses occupations et le sens qu'elle donne à sa vie et sa santé. L'avantage de ce modèle est d'avoir une mesure intégrée : la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCREO).

26. Dans votre pratique professionnelle, utilisez-vous un modèle conceptuel? \*

*Une seule réponse possible.*

OUI

NON

27. Si vous avez répondu NON, passez directement à la question 29

28. Si oui, lesquels? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- MCRO  
 KAWA  
 CIF  
 MOH  
 PPH  
 CO OP

Autre :  \_\_\_\_\_

29. Avez-vous suivi une formation pour utiliser ce modèle? \*

*Une seule réponse possible.*

- OUI  
 NON  
 Formation demandée, en attente d'acceptation

30. Pensez-vous que l'utilisation de la MCRO pourrait améliorer les prises en charge? \*

*Une seule réponse possible.*

- OUI  
 NON

31. Expliquez votre réponse précédente \*

---

---

---

---

---

Merci d'avoir pris quelques minutes pour répondre à mon questionnaire

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

## **Annexe II. Lettre de diffusion aux structures par mail**

Bonjour,

Je m'appelle Mylène POLL, étudiante en 3ème année d'ergothérapie au sein de l'ILFOMER de Limoges.

Dans le cadre de mon travail de fin d'études, je m'interroge sur la prise en charge des patients adultes déficients visuels en centre basse vision ou à leur domicile, et plus particulièrement sur la manière dont elle est construite et si elle est centrée sur le patient.

Pour cela, j'aimerais mener à bien une étude auprès d'ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé auprès de cette population en centre basse vision ou SAVS ou SAMSAH.

A l'aide de ce questionnaire, je voudrais dresser un état des lieux entre ce que peut dire la théorie sur la mise en place de cette approche et ce qui est réellement fait sur le terrain.

De plus, pour compléter et améliorer cette prise en charge, je souhaiterais savoir si le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel et sa mesure (MCRO) pourrait être utile.

C'est pourquoi je sollicite votre expertise dans ce domaine et vous propose de remplir le questionnaire en cliquant sur le lien ci-dessous. Il est composé de 30 questions, les réponses seront anonymes.

Je vous remercie de l'intérêt que vous porterez à ce travail et du temps que vous voudrez bien y consacrer.

Cordialement

POLL Mylène

Attention, ne supprimez pas le saut de section suivant (pied de page différent)

## **L'approche centrée sur le patient et fondée sur l'occupation dans la pratique en ergothérapie auprès d'adultes déficients visuels : état des lieux entre l'idéal et la réalité en structure ou au domicile**

---

L'ergothérapie évolue en France, alors qu'elle était encore très centrée sur un modèle biomédical et sur la rééducation, elle s'ouvre maintenant sur le secteur de la réadaptation et sur la participation des personnes en situation de handicap. Les Sciences de l'Occupation font partie de l'évolution des paradigmes de l'ergothérapie ; elles conçoivent l'humain comme un être occupationnel qui a besoin de s'engager dans des occupations quotidiennes et qui ont du sens pour lui. Beaucoup d'ergothérapeutes accordent de l'importance à cette approche mais peu la mettent en pratique lors de prise en soin rééducative pour diverses raisons et peu d'études s'y intéressent. Avec ce travail, l'objectif est de savoir qu'en est-il de l'approche centrée sur la personne en service de réadaptation visuelle et, si elle peut être un élément clé d'une prise en soin réadaptative. Un état des lieux sous forme de questionnaire a été distribué aux ergothérapeutes exerçant auprès d'adultes déficients visuels. Les résultats obtenus montrent que cette approche est réellement utilisée en réadaptation visuelle et qu'elle ne peut pas être optimale sans l'implication du patient tout au long de son parcours de soins. Toutefois, certains obstacles persistent, sensiblement les mêmes qu'en service de rééducation, notamment le manque de temps, de ressources matérielles, de connaissances. Malgré plusieurs obstacles rencontrés, il est intéressant de constater que les ergothérapeutes exerçant en centre de réadaptation ou au domicile auprès d'adultes déficients visuels ont une pratique fondée sur les occupations.

---

Mots-clés : Approche centrée sur la personne, prise en soin réadaptative, ergothérapie, état des lieux, déficients visuels, obstacles, facilitateurs

## **The patient-centered approach based on occupation in occupational therapy with visually impaired adults : state of play between the ideal and reality in structure or at home**

---

Occupational therapy in France is evolving ; while it was still very focused on a biomedical model and on re-education, it is now opening up to rehabilitation and to the participation of people with disabilities. Occupational Sciences are part of the evolution of the paradigms of occupational therapy ; they see the human being as an occupational being who needs to engage in daily activities that have meaning for him. Many occupational therapist attach importance to this approach but few put in into practice during rehabilitation care for various reasons, and few studies take interest into it either. The aim of this work is to find out what is the status of the person-centred approach to visual rehabilitation and whether it can be a key element of rehabilitative care. An inventory in the form of a questionnaire was distributed to occupational therapist working with visually-impaired adults. The obtained results show that the approach centered on the person is really used in visual rehabilitation and that is cannot be optimal without the implication of the patient throughout his care course. However some obstacles remain, more or less the same as in rehabilitation services, in particular the lack of time, material resources, knowledge. Despite several obstacles, it is interesting to note that occupational therapist practicing in rehabilitation centers, or at home with visually impaired adults have a practice based on activities.

---

Keywords : patient-centered approach, rehabilitative care, occupational therapy, an inventory, visually-impaired, obstacles, facilitators

