

Mémoire de fin d'études



Institut Limousin de FOrmation aux MÉtiers de la Réadaptation Ergothérapie

Les adaptations de l'environnement mis en place par les ergothérapeutes en EHPAD pour les résidents malvoyants
Un questionnaire de pratique

Mémoire présenté et soutenu par
Nohan Cheron

En 16/06/2025



Mémoire dirigé par
Delphine Gédon
Ergothérapeute

Membres du jury
M. Delphine Gédon, Ergothérapeute, HDJ Baudin
M. Thierry Sombardier, Responsable filière ergothérapie, ILFOMER
M. Iouri Bernache-Assollant, Maître de conférences, Université de Limoges



Remerciements

Je souhaite tout d'abord exprimer ma plus sincère gratitude à ma directrice de mémoire, pour sa disponibilité, ses conseils avisés et son accompagnement tout au long de ce travail. Sa rigueur, sa bienveillance et sa réactivité ont été essentielles pour me guider dans l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'ILFOMER, dont l'engagement, la pédagogie et le soutien ont été déterminants durant ces trois années d'apprentissage.

Mes remerciements vont aussi à l'ensemble des professionnels qui m'ont encadré lors de mes stages. Chaque terrain a été une opportunité d'apprentissage unique. Ces expériences ont largement contribué à forger mon identité professionnelle.

Je tiens à remercier chaleureusement mes camarades de classe. Une pensée particulière pour le "gang toilette", sans qui ces années n'auraient pas eu la même saveur. Leur humour, leur présence constante et leur capacité à dédramatiser toutes les situations auront été des piliers précieux de mon quotidien.

Enfin, je souhaite remercier du fond du cœur mes proches. Mes parents, pour leur soutien, leur écoute et leur confiance, qui m'ont permis d'avancer sereinement même dans les périodes les plus compliqués. Mon frère, pour ses visites intempestives mais plus que nécessaires. Ma petite amie, pour sa patience, ses encouragements constants et pour m'avoir porté et motivé avec amour tout au long de ce parcours. Je n'oublie pas "les stapsiens", mon groupe d'amis, qui ont su, par leur amitié fidèle et leur soutien, me rappeler l'importance de rester soi-même dans toutes les étapes de la vie. Vous m'avez tous apporté bien plus que vous ne l'imaginez.

Merci infiniment.

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, soussigné Nohan Cheron

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

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

Fait à Limoges, Le 25/05/2025

Suivi de la signature.



Article 2 :

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

Article 3 :

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

Article 4 :

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

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

Vérification de l'anonymat

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

Je soussignée(e) Nohan Cheron

Etudiant.e 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 : [25/05/2025](#)

Signature de l'étudiant.e



Table des abréviations

DMLA : Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante

HAS : Hautes Autorités de Santé

AVQ : Activités de Vie Quotidienne

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

PPA : Projet Personnalisé d'Accompagnement

ARS : Agence Régionale de Santé

Table des matières

Introduction	1
Etat de l'art	2
1.1. La Malvoyance	2
1.1.1. Définition	2
1.1.2. Epidémiologie	2
1.1.3. Etiologie	2
1.1.4. Gênes occasionnées	3
1.2. La Personne âgée	4
1.2.1. Définition	4
1.2.2. Prévalence de la malvoyance chez la personne âgée	4
1.2.3. Impact de la malvoyance chez la personne âgée	5
2. L'EHPAD : cadre de vie et enjeux pour les résidents malvoyants	5
2.1. Définition et missions	5
2.2. Structure et fonctionnement	5
2.3. Réglementation	5
3. Activités de la vie quotidienne en EHPAD et impact de la malvoyance	6
3.1. Définition des activités de vie quotidienne (AVQ)	6
3.1.1. Définition	6
3.1.2. Les AVQ en EHPAD	6
3.2. Difficultés rencontrées par les personnes malvoyantes	6
3.2.1. Difficultés dans les AVQ soins personnel	6
3.2.2. Difficultés dans les AVQ productives	7
3.2.3. Difficultés dans les AVQ loisirs	7
4. Rôle de l'ergothérapeute en EHPAD	8
4.1. Définition et objectifs	8
4.2. Modèle conceptuel	8
4.3. Rôle de l'ergothérapeute en EHPAD	8
5. Aménagements de l'environnement en EHPAD	9
5.1. Principaux aménagements pour les personnes malvoyantes	9
5.1.1. Aménagements visuels	9
5.1.2. Aménagements tactiles	9
5.1.3. Aménagements auditifs	10
5.1.4. Aménagements olfactifs et gustatifs	10
5.1.5. Organisation et formation du personnel	10
5.1.6. Cheminements et espaces extérieurs	11
5.1.7. Technologies et aides techniques	11
5.2. Lieux privilégiés des aménagements environnementaux	11
5.2.1. Les espaces communs	11
5.2.2. Les espaces individuels	11
5.2.3. La salle de bain	12
5.2.4. Les espaces extérieurs	12
5.3. Enjeux et défis de mise en place	12
5.4. Contraintes	13
5.4.1. Contraintes financières	13
5.4.2. Contraintes architecturales	13

5.4.3. Ressources humaines et formation	13
5.4.4. Accès tardif aux services spécialisés	13
5.4.5. Manque de critères d'évaluation standardisés.....	13
5.4.6. Contraintes organisationnelles	13
Problématique	14
Méthodologie.....	15
1. La population d'étude.....	15
2. Les outils	16
3. Le questionnaire	16
4. Méthode d'analyse	17
Résultats	18
1. L'échantillon.....	18
2. Connaissance de la déficience visuelle en EHPAD	20
3. La malvoyance en EHPAD.....	21
4. Les aménagements de l'environnement.....	23
5. Les freins et limites	28
Discussion	29
1. Rappel des objectifs, hypothèses et principaux résultats	29
2. Conformité des pratiques observées avec les recommandations HAS.....	30
3. Déficience visuelle et intégration dans les PPA.....	31
4. Évaluation des interventions : méthodes et limites méthodologiques	31
5. Besoin en formation professionnelle continue	32
6. Analyse critique des biais méthodologiques.....	32
7. Perspectives pour la pratique en EHPAD.....	33
Conclusion	35
Références bibliographiques	
Annexes	

Table des figures

Figure 1 : Expérience professionnelle des ergothérapeutes	18
Figure 2 : Amplitude horaire sur le lieu de travail.....	19
Figure 3 : Formation sur la malvoyance.....	19
Figure 4 : Connaissance des différentes formes de malvoyance	20
Figure 5 : Identification de la malvoyance et intégration dans le PPA	20
Figure 6 : Prévalence de résident malvoyant en EHPAD.....	21
Figure 7 : Répercussions principales de la malvoyance	21
Figure 8 : Les AVQ les plus impactées.....	22
Figure 9 : Difficultés dans les déplacements.....	22
Figure 10 : Les outils d'évaluations.....	23
Figure 11 : Les aménagements mis en place	23
Figure 12 : Les aménagements visuels	24
Figure 13 : les repérages tactiles.....	24
Figure 14 : Adaptation systématique selon le degré de malvoyance.....	25
Figure 15 : méthodologie ou un cadre de référence pour guider les aménagements	25
Figure 16 : les facteurs déclenchant les aménagements	26
Figure 17 : les besoins fonctionnels visés.....	26
Figure 18 : Modalités d'évaluations	27
Figure 19 : Améliorations constatées.....	27
Figure 20 : Freins principaux aux aménagements	28

Introduction

Durant mes trois années de formation, j'ai eu l'opportunité de réaliser des stages dans des structures, notamment dans plusieurs établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ces immersions m'ont confronté à la complexité du vieillissement en institution, mais aussi à la richesse des relations humaines et à l'importance du travail interdisciplinaire. En tant qu'étudiant, j'ai été particulièrement sensible aux situations de malvoyance, dont les conséquences sur la vie quotidienne m'ont marqué dès mes premières observations.

Au cours de ces expériences, j'ai pu accompagner des résidents présentant une déficience visuelle plus ou moins avancée. J'ai alors constaté à quel point cette limitation sensorielle impactait leurs repères, leurs déplacements, leur accès à l'information, mais aussi leur autonomie dans des gestes simples comme s'habiller, se nourrir ou participer à une activité collective. Cette atteinte de la vision ne provoque pas uniquement une gêne fonctionnelle, elle agit comme un facteur de retrait social, d'isolement, voire d'anxiété ou de perte de confiance en soi. Malgré cela, j'ai observé que la malvoyance était rarement identifiée de manière formelle ou anticipée dans les projets personnalisés. Les adaptations de l'environnement restaient souvent ponctuelles, empiriques, ou limitées à quelques aides visuelles basiques.

Ces constats m'ont amené à m'interroger sur le rôle que peut jouer l'ergothérapeute face à cette problématique. L'ergothérapeute en EHPAD est un acteur clé de la compensation, de l'adaptation et de l'accompagnement. Dans ce type de cas, sa mission consiste à proposer des solutions concrètes pour maintenir la participation du résident dans ses activités significatives et signifiante, malgré les limitations. Dans le cas de la malvoyance, cela passe nécessairement par des ajustements ciblés de l'environnement, des supports sensoriels, et une réflexion plus large sur les parcours de vie dans l'institution. Le résident malvoyant ne peut être pleinement acteur de son quotidien sans un cadre adapté à ses capacités restantes.

C'est dans ce contexte que s'inscrit ce mémoire. À travers cette étude, j'ai souhaité explorer de manière approfondie les pratiques actuelles des ergothérapeutes en matière d'aménagement environnemental pour les personnes malvoyantes en EHPAD. L'objectif est de recenser les dispositifs utilisés, de mieux comprendre les modalités de leur mise en œuvre, et d'identifier les leviers ou obstacles rencontrés dans leur application. Ce travail s'appuie sur une enquête de terrain et s'inscrit dans une démarche de valorisation de l'environnement comme outil thérapeutique central. En documentant les stratégies existantes et les besoins perçus, ce mémoire a pour ambition de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des résidents malvoyants, tout en renforçant le positionnement de l'ergothérapeute comme acteur essentiel de l'adaptation sensorielle en gériatrie.

Etat de l'art

1. Malvoyance et personnes âgées

1.1. La Malvoyance

1.1.1. Définition

La malvoyance, ou déficience visuelle, désigne une altération de la vision qui ne peut être totalement corrigée par des lunettes, des lentilles de contact, un traitement médical ou une intervention chirurgicale. Elle est caractérisée par une acuité visuelle inférieure à 3/10 dans l'œil le meilleur après correction, ou par une réduction du champ visuel à moins de 20 degrés. Cette déficience peut être classée en plusieurs niveaux de gravité : la malvoyance légère à modérée, qui correspond à une acuité visuelle entre 3/10 et 1/10, la malvoyance sévère, qui se situe entre 1/10 et 1/20, et la cécité, qui est définie par une acuité visuelle inférieure à 1/20 ou une perte extrême du champ visuel. La malvoyance peut résulter de diverses pathologies affectant la rétine, le nerf optique, le cristallin ou d'autres structures oculaires essentielles à la vision (World Health Organization, 2019).

1.1.2. Epidémiologie

La déficience visuelle représente un problème de santé publique majeur à l'échelle mondiale. Plus de 2,2 milliards de personnes sont atteintes d'une déficience visuelle ou de cécité, dont au moins un milliard auraient pu être évitées ou restent non traitées (Fricke et al., 2018). Par ailleurs, les personnes âgées sont particulièrement touchées en raison de l'augmentation des pathologies dégénératives telles que la cataracte ou la dégénérescence maculaire liée à l'âge (Pelletier et al., 2016). Avec l'augmentation de l'espérance de vie et les changements démographiques, le nombre de personnes malvoyantes devrait connaître une croissance importante dans les prochaines décennies (Bourne et al., 2017). Selon une étude, environ 1,7 million de personnes en France souffrent de déficience visuelle, dont 207 000 sont aveugles ou présentent une malvoyance sévère, et 932 000 sont considérées comme malvoyantes moyennes. Cette étude souligne que la prévalence des déficiences visuelles augmente fortement avec l'âge, en particulier pour la malvoyance moyenne (Sander et al., 2005).

1.1.3. Etiologie

La malvoyance peut être causée par divers facteurs pathologiques, environnementaux et comportementaux. Selon l'OMS, les affections oculaires sont les principales responsables de la déficience visuelle, avec une prévalence accrue dans les populations vieillissantes (World Health Organization, 2019) :

Les maladies oculaires dégénératives constituent une cause majeure de malvoyance. La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) affecte la rétine centrale et entraîne une perte progressive de la vision centrale. Sa prévalence augmente avec l'âge et elle représente l'une des principales causes de malvoyance sévère. Le glaucome, quant à lui, est une maladie progressive du nerf optique qui entraîne une perte du champ visuel. Il est souvent asymptomatique à ses débuts, ce qui complique son diagnostic précoce.

Les opacifications des structures oculaires, notamment la cataracte, sont également une cause fréquente de malvoyance. La cataracte résulte d'une opacification progressive du cristallin, qui altère la transmission de la lumière vers la rétine.

Les erreurs de réfraction non corrigées, telles que la myopie forte, l'hypermétropie, l'astigmatisme et la presbytie, contribuent largement à la malvoyance évitable. L'OMS estime que 123,7 millions de personnes souffrent d'une déficience visuelle due à des erreurs de réfraction non corrigées, tandis que 826 millions présentent une presbytie non prise en charge. En plus des pathologies oculaires, plusieurs facteurs environnementaux et comportementaux jouent un rôle dans l'apparition et l'aggravation de la malvoyance. Certains facteurs génétiques prédisposent également à des affections telles que le glaucome ou les dystrophies rétiennes. Par ailleurs, des comportements à risque comme le tabagisme augmentent le risque de développer une cataracte ou une DMLA (Thornton et al., 2005). L'exposition prolongée aux rayons ultraviolets sans protection peut aussi endommager les structures oculaires et favoriser l'apparition de certaines pathologies cornéennes. Le vieillissement constitue le principal facteur de risque, avec une forte augmentation de la prévalence des maladies oculaires après 60 ans.

1.1.4. Gênes occasionnées

Les personnes malvoyantes rencontrent de nombreuses gênes visuelles qui affectent leur autonomie, leur indépendance et leur qualité de vie. Parmi les troubles les plus courants, on retrouve la sensibilité à l'éblouissement, qui peut rendre difficile voire douloureuse l'exposition à certaines sources lumineuses. Cette gêne peut être provoquée par des sources lumineuses directes, comme les lampes ou le soleil, mais également par des reflets sur des surfaces brillantes. L'alternance rapide entre des zones d'ombre et de lumière peut aussi générer un inconfort important, nécessitant un temps d'adaptation prolongé.

Un autre facteur limitant est l'altération de la perception des contrastes. Cette diminution progressive complique la différenciation des objets de leur arrière-plan, rendant difficile des tâches comme la reconnaissance des visages, la détection des reliefs ou encore la lecture d'informations écrites. Les personnes malvoyantes peuvent ainsi avoir du mal à identifier les bordures de trottoirs ou les marches d'un escalier, augmentant le risque de chutes.

La perception des couleurs est également affectée, notamment dans les tons bleus et violets, qui deviennent plus difficiles à distinguer avec l'âge ou en raison de certaines pathologies. Cette altération peut compliquer l'identification d'objets du quotidien et la lecture de codes couleur essentiels à l'orientation et à la compréhension des environnements.

Enfin, la vision floue et la réduction du champ visuel sont des symptômes fréquents qui accentuent ces difficultés. Les atteintes de la vision centrale, comme celles causées par DMLA, entravent la reconnaissance des visages et la lecture. De même, une restriction du champ périphérique, caractéristique du glaucome avancé, entraîne une perception en tunnel qui limite la capacité à détecter les obstacles sur les côtés (Kestens C., 2019).

1.2. La Personne âgée

1.2.1. Définition

Le vieillissement est un processus naturel qui s'accompagne de modifications biologiques, physiologiques et sociales. La notion de personne âgée ne repose pas uniquement sur l'âge chronologique, mais aussi sur des critères fonctionnels et médicaux. Selon l'OMS, une personne est considérée comme âgée à partir de 60 ans dans les pays en développement et 65 ans dans les pays développés (OMS, 2015). Cette classification s'explique par les différences d'espérance de vie et de conditions de vieillissement selon les contextes socio-économiques.

Les chercheurs différencient plusieurs stades du vieillissement. On distingue ainsi les jeunes seniors (60-74 ans), qui sont encore autonomes et actifs, des personnes âgées (75-84 ans), qui peuvent commencer à ressentir des fragilités. Enfin, le grand âge (85 ans et plus) est souvent marqué par une dépendance accrue et un besoin d'accompagnement plus important (Karine BAUDY, 2023). Ces classifications permettent d'adapter les politiques de santé et les prises en charge en fonction des besoins spécifiques des individus.

Le vieillissement entraîne des transformations physiologiques qui impactent l'indépendance des individus. Parmi les changements majeurs, on observe une diminution de la force musculaire et de la mobilité, une altération des fonctions sensorielles (vision, audition, toucher), ainsi qu'une modification des capacités cognitives comme la mémoire ou l'attention. Ces modifications augmentent le risque de chutes, de maladies chroniques et de dépendance, notamment en EHPAD.

Au-delà des aspects biologiques, la perception sociale du vieillissement influence la manière dont les personnes âgées sont intégrées dans la société. D'un côté, une vision négative du vieillissement associe cette période de la vie à la perte et à la dépendance. De l'autre, certaines approches valorisent l'expérience et la transmission des savoirs des personnes âgées (Ladouceur, 2008). Le maintien du lien social, l'adaptation de l'environnement et le rôle des aidants sont ainsi essentiels pour favoriser un vieillissement actif et préserver la qualité de vie des seniors.

1.2.2. Prévalence de la malvoyance chez la personne âgée

En Europe, on estime que plus de 10 % des personnes âgées de plus de 65 ans présentent une déficience visuelle modérée à sévère (Resnikoff et al., 2004). Avec le vieillissement démographique, ce taux est appelé à augmenter, notamment dans les pays où la population âgée de plus de 80 ans est en forte croissance.

En France, l'exploitation des enquêtes montre qu'environ 19 % des personnes de 75 ans et plus vivant à domicile sont malvoyantes au sens fonctionnel du terme (Sander et al., 2005). Dans le secteur médico-social, des travaux plus récents, indiquent qu'entre 40 % et 50 % des résidents âgés présentent un trouble visuel significatif non ou mal compensé (Naël et al., 2019).

1.2.3. Impact de la malvoyance chez la personne âgée

La perte progressive de la vision est souvent accompagnée de sentiments de frustration, de découragement et de fatigue. Les personnes touchées peuvent souvent éprouver de l'ennui, une dépendance accrue envers autrui, une sédentarité, de la solitude, un repli sur soi et, dans certains cas, une dépression. On observe une vulnérabilité particulière chez les personnes âgées (Heesterbeek et al., 2017a).

2. L'EHPAD : cadre de vie et enjeux pour les résidents malvoyants

2.1. Définition et missions

Les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) sont des structures médico-sociales destinées à accueillir des personnes âgées de plus de 60 ans en situation de dépendance physique, sensorielle ou cognitive, nécessitant une assistance quotidienne et une prise en charge médicale régulière. Selon le Code de l'Action Sociale et des Familles, ces établissements assurent un hébergement sécurisé et adapté aux résidents, tout en leur apportant une assistance dans les actes essentiels de la vie quotidienne tels que l'alimentation, l'hygiène, la mobilité et les soins médicaux (*Code de l'action sociale et des familles - Légifrance*, s. d.). Ils doivent préserver autant que possible l'autonomie et le lien social des résidents, grâce notamment à un accompagnement personnalisé inscrit dans un projet individualisé. Ce dernier prend en compte les besoins spécifiques de chaque résident, y compris ceux liés aux déficiences sensorielles

2.2. Structure et fonctionnement

La structure des EHPAD se décline en plusieurs espaces distincts, répondant chacun à des fonctions précises. Les espaces privés, composés principalement de chambres individuelles ou doubles, constituent des lieux intimes adaptés aux besoins des résidents. Les espaces communs, tels que les salles à manger, les salons de détente, les salles d'activités ou encore les jardins thérapeutiques, visent à favoriser les échanges et les interactions sociales. Enfin, les espaces réservés aux soins médicaux et paramédicaux, comprenant les salles de soins, les espaces de rééducation et de réadaptation ou les cabinets médicaux, assurent la continuité des soins adaptés à chaque résident.

Le fonctionnement quotidien d'un EHPAD repose sur l'intervention coordonnée d'une équipe pluridisciplinaire composée de médecins coordonnateurs, infirmiers, aides-soignants, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, psychologues et animateurs. Cette équipe élabore et met en œuvre un Projet Personnalisé d'Accompagnement (PPA), en concertation avec le résident et ses proches. Ce projet définit les objectifs thérapeutiques, les modalités d'accompagnement et les adaptations nécessaires à la prise en charge optimale des résidents, notamment lorsqu'ils présentent des déficiences telles que la (ANESM, 2018).

2.3. Réglementation

Les EHPAD sont encadrés par une réglementation stricte édictée par le Code de l'action sociale et des familles. Cette réglementation impose une autorisation préalable délivrée par les Agences Régionales de Santé pour l'ouverture et le fonctionnement des établissements.

L'autorisation est conditionnée à des critères rigoureux relatifs à la qualité des infrastructures, à la qualification du personnel, ainsi qu'au respect des normes de sécurité incendie et d'accessibilité des locaux pour les personnes à mobilité réduite ou souffrant de déficiences sensorielles, conformément aux exigences de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances (LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1), 2005).

La réglementation prévoit des procédures régulières d'évaluation interne et externe, réalisées sous l'égide de la Haute Autorité de Santé (HAS), afin de garantir la qualité des prestations offertes aux résidents (HAS, 2022).

3. Activités de la vie quotidienne en EHPAD et impact de la malvoyance

3.1. Définition des activités de vie quotidienne (AVQ)

3.1.1. Définition

Les activités de la vie quotidienne (AVQ) désignent l'ensemble des gestes indispensables au quotidien : se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer, les tâches administratives, gérer sa continence et s'allonger ou se lever, etc. Ces activités se déclinent en trois catégories : de soins personnels, productives ou de loisirs. La littérature anglo-saxonne parle d'« Activities of Daily Living », notion introduite par Katz dans les années 1980 pour évaluer l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées (Katz, 1983).

3.1.2. Les AVQ en EHPAD

En établissement, ces activités se déclinent dans un cadre collectif. En effet, étant donné la vie en collectivité, les AVQ ne sont plus les mêmes qu'au domicile : toilette, habillage et déshabillage réalisés à heure fixe, prises de repas en salle à manger, déplacements dans des couloirs, participation aux activités de l'EHPAD, etc. L'équipe pluridisciplinaire soutient les résidents, mais le maintien de la participation active reste essentiel pour prévenir la dépendance.

3.2. Difficultés rencontrées par les personnes malvoyantes

3.2.1. Difficultés dans les AVQ soins personnel

La toilette (lavabo ou douche assistée), l'habillage, la prise des repas en salle à manger et les transferts lit-fauteuil constituent le noyau des soins quotidiens.

Concernant les repas, les personnes malvoyantes rencontrent des difficultés majeures à distinguer les aliments peu contrastés, percevoir les niveaux de liquides ou manipuler couverts et plateaux. Plusieurs études indiquent un lien direct entre troubles visuels et malnutrition en institution, l'incapacité visuelle augmentant significativement le risque d'avoir besoin d'aide pour manger (Muurinen et al., 2014).

Pour l'hygiène personnelle (toilette, douche, habillage), la malvoyance gêne considérablement la localisation des objets nécessaires (savon, serviette) et réduit la sécurité dans les salles

d'eau souvent peu contrastées et/ou éblouissantes. Le risque de chutes augmente ainsi fortement (Ahluwalia et al., 2010).

Lors des transferts et déplacements courts (du lit au fauteuil ou aux toilettes), la déficience visuelle limite fortement l'anticipation des obstacles et la précision des mouvements, augmentant considérablement le risque de chute. En effet, plusieurs études démontrent ainsi que les troubles visuels constituent un facteur indépendant de chute dans les établissements de soins (Leland et al., 2012).

3.2.2. Difficultés dans les AVQ productives

Les activités productives correspondent aux tâches instrumentales de la vie quotidienne telles que reconnaître et ranger son linge, préparer une boisson chaude ou réchauffer un plat au micro-ondes, utiliser le téléphone.

Lorsque l'acuité visuelle décline, ces tâches deviennent particulièrement difficiles. En effet, une vision de près déficiente multiplie par deux le risque de dépendance pour ces activités productives chez les personnes âgées (Kee et al., 2021). De plus, un suivi montre que cette baisse de vision entraîne une accélération significative du déclin fonctionnel, indépendamment de l'âge et des autres pathologies (National Academies of Sciences et al., 2016). Une autre étude démontrent par des évaluations chronométrées qu'une diminution même légère de l'acuité visuelle ou de la sensibilité aux contrastes augmente considérablement le temps nécessaire pour exécuter correctement des tâches telles que programmer un appareil domestique ou trier des médicaments, tout en multipliant les erreurs potentielles (Balakrishnan et al., 2024).

Ces difficultés pratiques entraînent des conséquences psychosociales notables. Une étude rapportent ainsi que les erreurs répétées ou la crainte d'en commettre provoquent progressivement un renoncement aux tâches instrumentales, suivi d'un retrait social et d'un sentiment accru de frustration chez les résidents concernés (Remillard et al., 2024).

3.2.3. Difficultés dans les AVQ loisirs

Les activités de loisirs en EHPAD regroupent des tâches récréatives et sociales. Ces activités jouent un rôle central dans le bien-être psychologique et le maintien du lien social, contribuant directement à la qualité de vie des résidents. Les loisirs sont des activités signifiantes pour le résident et dans lesquelles il prend du plaisir.

La déficience visuelle constitue cependant un obstacle majeur à la participation à ces activités. Les résidents malvoyants éprouvent des difficultés considérables à distinguer les cartes ou les pions, à lire les consignes écrites ou à percevoir les détails visuels nécessaires au bon déroulement des jeux et des ateliers. La déficience visuelle diminue significativement la participation aux loisirs et à la vie sociale, malgré la forte motivation initiale des résidents. Une étude soulignant un lien fort entre la réduction des activités récréatives, le retrait social progressif et l'apparition de symptômes dépressifs chez les personnes âgées atteintes de basse vision (van der Aa et al., 2015).

4. Rôle de l'ergothérapeute en EHPAD

4.1. Définition et objectifs

L'ergothérapie est une profession paramédicale fondée sur la promotion de l'autonomie et de l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne. Elle consiste en la rééducation, la réadaptation et l'aménagement de l'environnement, visant à maintenir ou restaurer la participation des individus aux activités essentielles de la vie, sociales et de loisirs, malgré les limitations physiques, sensorielles ou cognitives (Delaisse & al., 2022).

Les objectifs principaux de l'ergothérapie sont de favoriser l'autonomie, l'indépendance, d'améliorer la qualité de vie et de permettre aux personnes accompagnées de s'engager activement dans leurs occupations significatives. En EHPAD, ces objectifs se traduisent par une intervention personnalisée visant notamment à réduire les risques (chutes, isolement social), faciliter les gestes du quotidien (mobilité, alimentation, soins personnels) et adapter l'environnement à la perte d'autonomie ou aux déficiences sensorielles des résidents.

4.2. Modèle conceptuel

L'intervention de l'ergothérapeute s'appuie sur des modèles conceptuels reconnus, notamment le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH). Ce modèle considère l'individu selon une approche holistique, c'est-à-dire en intégrant l'ensemble des dimensions de la personne: physique, cognitive, émotionnelle, sociale et environnementale.

Le MOH place l'occupation (ou activité) au centre de l'intervention, en considérant que l'engagement dans des activités significatives favorise le bien-être, l'estime de soi, et l'autonomie. Ce modèle souligne également l'importance de l'environnement dans lequel vit la personne, précisant que celui-ci doit être adapté pour optimiser ses performances occupationnelles. En EHPAD, cela implique la prise en compte spécifique des besoins environnementaux liés aux troubles sensoriels, comme la malvoyance, pour favoriser une participation active et sécurisée aux activités quotidiennes (Marie-Chantal Morel-Bracq, 2017).

4.3. Rôle de l'ergothérapeute en EHPAD

L'ergothérapeute en EHPAD intervient au cœur de la prise en charge globale des résidents pour préserver ou restaurer leur indépendance dans les activités de la vie quotidienne. Son action débute dès l'admission, par une évaluation fonctionnelle exhaustive qui porte sur les capacités motrices, sensorielles et cognitives. Sur la base de cette évaluation, il élabore, en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire et la famille, un Projet Personnalisé d'Accompagnement (PPA) qui fixe des objectifs clairs et mesurables, qu'il s'agisse de se lever et se déplacer, d'effectuer sa toilette, de s'alimenter ou de participer à des activités sociales et de loisirs.

Au quotidien, l'ergothérapeute met en place des séances de rééducation ou de réadaptation visant à renforcer la force musculaire, l'équilibre, la coordination et la planification motrice nécessaires aux gestes de la vie courante. Il adapte également le matériel (fauteuils releveurs, barres d'appui, aides techniques de préhension) et propose des aménagements ergonomiques du mobilier et des espaces de circulation pour réduire le risque de chutes et favoriser l'indépendance. Par ailleurs, il coordonne des ateliers collectifs comme la

gymnastique douce, activités manuelles, stimulation cognitive. Ceux-là contribuent à maintenir les capacités physiques, sensorielles et sociales des résidents (Delaisse & al., 2022).

Dans un second temps, lorsqu'un résident présente une déficience sensorielle, l'ergothérapeute affine son intervention pour répondre à ces besoins spécifiques. Il évalue alors plus précisément les capacités sensorielles restantes et identifie les obstacles dans l'environnement. En s'appuyant sur ces données, il propose des stratégies d'adaptation et des repères multisensoriels pour faciliter l'orientation et la sécurité des déplacements. Il forme également le personnel aux meilleures pratiques d'accompagnement et sensibilise les familles à l'importance de maintenir un environnement cohérent et rassurant (Delphine DUPRÉ-LÉVÈQUE, 2016).

L'intervention de l'ergothérapeute en EHPAD ne se limite pas à la rééducation ou à l'accompagnement individuel ; elle inclut également une réflexion plus large sur l'adaptation de l'environnement pour compenser les limitations fonctionnelles. Dans le cas des résidents malvoyants, cette dimension environnementale prend une place centrale. En effet, l'ergothérapeute mobilise ses compétences pour identifier les obstacles sensoriels présents dans l'espace, proposer des solutions concrètes et durables, et ainsi créer un cadre de vie plus accessible, sécurisant et stimulant. Il est donc essentiel d'examiner plus précisément les types d'aménagements mis en place dans les EHPAD pour répondre aux besoins spécifiques de ces résidents.

5. Aménagements de l'environnement en EHPAD

5.1. Principaux aménagements pour les personnes malvoyantes

5.1.1. Aménagements visuels

Les aménagements visuels débutent par l'adaptation de l'éclairage. Les études recommandent un éclairage général compris entre 300 et 500 lux dans les couloirs et pouvant atteindre 1 000 lux sur les plans de travail, réduisant ainsi significativement les risques de chute chez les résidents malvoyants (Figueiro et al., 2012). Par ailleurs, le renforcement des contrastes visuels, tels que l'utilisation de nez-de-marches antidérapants de couleurs vives, de cadres de portes contrastés et de vaisselle colorée sur des nappes neutres, facilite considérablement l'orientation spatiale lors des déplacements et la réalisation des AVQ (M-P. Chritiaen-Colmez, 2019).

La signalétique agrandie joue également un rôle crucial. Les recommandations insistent sur l'utilisation de pictogrammes simples et de caractères noir mesurant au minimum 15 mm, placés à hauteur du regard (1,30 m environ) (ANESM, s. d.). Enfin, la réduction des sources d'éblouissement (matériaux mats et stores réglables) est essentielle pour limiter l'inconfort visuel et améliorer la qualité de la perception de l'espace.

5.1.2. Aménagements tactiles

Les aménagements tactiles renforcent l'orientation spatiale des résidents malvoyants. La mise en place de bandes podotactiles en haut et en bas des escaliers, devant les ascenseurs et

aux points de bifurcation dans les couloirs sécurise efficacement les déplacements et réduit significativement les risques de chute (ANESM, s. d.). De même, les mains-courantes texturées différencierées constituent des repères tactiles indispensables lors des déplacements.

Dans l'espace privé, des repères tactiles personnalisés, tels qu'un tapis spécifique devant la porte de la chambre ou un accoudoir de fauteuil en matière distincte, permettent au résident d'identifier son environnement par le toucher, diminuant ainsi les situations de désorientation. Enfin, l'utilisation d'étiquettes en relief ou en braille sur des objets du quotidien (thermostats, robinets, interrupteurs) améliore significativement l'autonomie (Deremeik et al., 2007).

5.1.3. Aménagements auditifs

Les aménagements auditifs viennent compléter les dispositifs visuels et tactiles. Des annonces vocales intégrées aux ascenseurs, des alarmes incendie avec double signal (visuel et auditif), ainsi que des sonnettes aux tonalités mélodiques améliorent l'accès à l'information sans provoquer de surcharge sensorielle .

Par ailleurs, l'acoustique des espaces communs doit être soignée : moquettes rases, rideaux épais et panneaux absorbants réduisent la réverbération sonore, améliorant ainsi la compréhension verbale pour les résidents malvoyants, qui compensent souvent leur déficience visuelle par une attention accrue au son. Enfin, l'installation de boucles magnétiques dans les espaces collectifs favorise la participation des résidents utilisant des aides auditives, facilitant ainsi l'inclusion sociale (Prieur Chaintré et al., 2024).

5.1.4. Aménagements olfactifs et gustatifs

Les repères olfactifs et gustatifs offrent un complément sensoriel utile pour les résidents malvoyants. Une diffusion contrôlée de parfums spécifiques dans certains espaces stratégiques (agrume à l'entrée du restaurant, lavande dans un salon de détente) aide à l'orientation spatiale et contribue au bien-être émotionnel.

Par ailleurs, l'utilisation de vaisselle colorée (rouge ou bleue) stimule l'appétit et accroît de façon significative l'apport nutritionnel chez les résidents, notamment ceux présentant une perte importante de vision (Dunne et al., 2004).

5.1.5. Organisation et formation du personnel

La durabilité des aménagements environnementaux dépend largement de l'implication du personnel. Une formation régulière et spécifique est indispensable : les équipes doivent apprendre à verbaliser leurs actions, à respecter les repères sensoriels et à veiller au maintien constant des dispositifs mis en place.

La nomination d'un référent « sensoriel », chargé de garantir le respect des pratiques adaptées, est fortement recommandée par les fiches nationales (ANESM, s. d.). Cette organisation permet d'assurer l'efficacité sur le long terme des aménagements proposés.

5.1.6. Cheminements et espaces extérieurs

Les espaces extérieurs, souvent négligés, sont pourtant essentiels à l'indépendance et à la qualité de vie des résidents. L'aménagement de parcours sécurisés, sans obstacles, dotés d'un éclairage suffisant et de points de repos réguliers encourage les sorties.

Des balises sonores peuvent également être installées pour guider les résidents malvoyants dans leurs déplacements extérieurs. Ces dispositifs permettent aux résidents de profiter pleinement des jardins thérapeutiques et des terrasses, renforçant ainsi leur sentiment d'indépendance et de bien-être.

5.1.7. Technologies et aides techniques

Les aides techniques spécifiques, comme les loupes électroniques, les vidéo-agrandisseurs, les télécommandes à grosses touches, ou encore les tablettes numériques équipées de fonctions vocales, améliorent l'accès à l'information, aux loisirs et aux communications.

Nous savons que différentes aides techniques existent afin de subvenir aux besoins des personnes malvoyantes lors de leurs activités de vie quotidienne, cependant nous nous concentrerons seulement sur les aménagements de l'environnement dans ce travail.

5.2. Lieux privilégiés des aménagements environnementaux

5.2.1. Les espaces communs

Les espaces communs constituent le premier type de lieux privilégiés. En effet, ces espaces concentrent une grande partie des interactions quotidiennes et des déplacements réguliers des résidents. Ces espaces sont des zones à haut risque d'accidents, notamment de chutes, dues à une densité plus élevée de résidents et à la complexité accrue des mouvements simultanés. De plus, ces espaces jouent un rôle majeur dans la stimulation sociale et cognitive, essentielle pour prévenir l'isolement et le déclin fonctionnel lié à l'âge (Heesterbeek et al., 2017). Les résidents malvoyants passant davantage de temps dans les espaces communs adaptés rapportent un niveau de bien-être supérieur à ceux évoluant dans des espaces moins aménagés.

5.2.2. Les espaces individuels

Les chambres individuelles des résidents représentent également des lieux clés dans l'approche d'aménagement des EHPAD. Ces espaces privés sont essentiels à la préservation de l'intimité et de l'autonomie quotidienne des résidents, contribuant directement à leur sentiment d'indépendance et de contrôle personnel (Dupré-Lévéque, s. d.). L'aménagement adéquat des chambres individuelles favorise une meilleure gestion autonome des soins personnels et réduit significativement la dépendance. Ainsi, une attention particulière à ces espaces permet non seulement d'améliorer l'indépendance, mais également de renforcer l'identité personnelle des résidents, facteur important pour le maintien d'une bonne qualité de vie.

5.2.3. La salle de bain

Les salles de bain et les espaces sanitaires constituent des zones à risque élevé en raison de leurs caractéristiques physiques spécifiques (sol glissant, humidité, espaces restreints) qui accentuent fortement la probabilité d'accidents domestiques graves. Une étude révèle que plus de 30 % des chutes chez les personnes âgées en institution se produisent précisément dans ces espaces sanitaires, justifiant ainsi leur importance stratégique en matière de prévention (Ahluwalia et al., 2010). En effet, la sécurisation des espaces sanitaires est une priorité absolue pour prévenir les accidents, mais aussi pour encourager l'autonomie des résidents dans leurs soins personnels, favorisant ainsi leur dignité et leur bien-être psychologique.

5.2.4. Les espaces extérieurs

Enfin, les espaces extérieurs, tels que les jardins thérapeutiques, les terrasses ou les allées aménagées, jouent un rôle fondamental, non seulement pour favoriser une activité physique modérée régulière, mais aussi pour améliorer le lien social et le bien-être psychologique des résidents malvoyants (Brunes et al., 2019). L'accès régulier à des espaces extérieurs adaptés réduit l'incidence de troubles dépressifs et de l'anxiété chez les personnes âgées malvoyantes.

5.3. Enjeux et défis de mise en place

L'adaptation de l'environnement constitue aujourd'hui un levier prioritaire pour répondre à la forte prévalence de la malvoyance en EHPAD et à ses conséquences fonctionnelles. Le *Rapport mondial sur la vision* rappelle que la réadaptation visuelle « apporte une aide considérable aux personnes atteintes de déficience visuelle ou de cécité » tout en soulignant la nécessité de poursuivre la recherche afin d'identifier les interventions les plus efficaces et d'en préciser les critères d'évaluation (World Health Organization, 2019). À partir de cette recommandation, plusieurs enjeux apparaissent clairement.

La sécurité constitue le premier enjeu. Les chutes restent la cause la plus fréquente d'accident grave en institution. Une étude montre qu'une amélioration de l'éclairage dans les zones de circulations réduit de plus de 40 % l'incidence des chutes chez les résidents atteints de basse vision (Figueiro et al., 2012).

Le maintien de l'autonomie représente un second enjeu majeur. Des travaux indiquent qu'une perte d'un point d'acuité augmente de 8 % le temps requis pour accomplir une tâche quotidienne, telle que programmer un appareil domestique. Des adaptations environnementales ciblées permettent de compenser ce surcoût temporel et de retarder la dépendance lourde (E et al., 2020).

La participation sociale et le bien-être psychologique forment le troisième enjeu. Il a été mis en évidence un lien direct entre réduction des activités et symptômes dépressifs chez les personnes âgées malvoyantes (van der Aa et al., 2015). L'introduction de supports de loisirs adaptés et de repères multisensoriels augmente significativement la participation aux animations et améliore les scores de qualité de vie. L'étude confirme que les résidents bénéficiant de jeux tactiles, d'un éclairage directionnel participent 40 % plus souvent aux activités collectives.

5.4. Contraintes

Si les bénéfices des adaptations environnementales sont bien établis, leur déploiement en EHPAD se heurte à plusieurs contraintes qu'il convient d'anticiper et de documenter.

5.4.1. Contraintes financières

Le renforcement de l'éclairage, la pose de bandes podotactiles ou l'acquisition d'aides technologiques représentent un coût direct pour l'établissement. Près de 40 % des directions d'EHPAD déclarent reporter ou réduire les travaux faute de budget dédié, malgré un retour sur investissement démontré. La recherche de subventions (ARS, fondations, appels à projets) devient donc une étape clé mais chronophage.

5.4.2. Contraintes architecturales

La majorité des EHPAD français ont été construits avant les normes actuelles d'accessibilité. Les circulations étroites, les escaliers non modifiables ou les gaines techniques saturées compliquent l'ajout de rampes contrastées, d'éclairages indirects ou de boucles magnétiques. Les adaptations doivent souvent se faire par touches successives, ce qui allonge les délais.

5.4.3. Ressources humaines et formation

La formation initiale sur la basse vision reste limitée ; or l'efficacité des repères sensoriels dépend de la stabilité du mobilier et de la verbalisation des gestes. 73 % des bénéfices d'un programme basse vision disparaissent lorsque le personnel formé quitte l'établissement ou n'est pas relayé (Deremeik et al., 2007). Les EHPAD subissant un turn-over élevé peinent donc à pérenniser les bonnes pratiques.

5.4.4. Accès tardif aux services spécialisés

Plus d'un quart des autorités locales laissent patienter plus d'un an les personnes malvoyantes avant une évaluation de réadaptation visuelle. En France, les ergothérapeutes signalent des délais similaires pour obtenir une consultation basse vision externe, retardant la prescription d'aides optiques et la mise en place d'aménagements personnalisés.

5.4.5. Manque de critères d'évaluation standardisés

L'OMS rappelle l'absence d'indicateurs consensuels pour mesurer l'impact coût-efficacité des adaptations. Les études utilisent des échelles hétérogènes, rendant difficile la comparaison des résultats et la priorisation des investissements (Øien, 2022).

5.4.6. Contraintes organisationnelles

Enfin, le calendrier d'un EHPAD est dense : soins techniques, repas, animations. Intégrer des temps de réadaptation visuelle ou de maintenance des équipements suppose de réorganiser les plannings, ce qui peut rencontrer la résistance d'équipes déjà en tension (*Long-term care residents face significant barriers to vision screening, eye care, s. d.*).

Problématique

Ces enjeux et contraintes posent le cadre théorique de ma recherche : ils démontrent que l'environnement, lorsqu'il est repensé, devient un déterminant de sécurité, d'autonomie, d'indépendance et de bien- être pour les résidents malvoyants. Reste une question centrale :

Quels aménagements de l'environnement sont mis en place par les ergothérapeutes en EHPAD pour améliorer la participation des personnes malvoyantes dans les activités de vie quotidienne ?

Dans la pratique professionnelle, l'ergothérapeute se situe au carrefour des besoins du résident, des contraintes architecturales de l'établissement et des impératifs budgétaires. Il prescrit ou réalise des interventions très diverses : renforcement ciblé de l'éclairage, pose de repères tactiles ou podotactiles, choix de couleurs contrastées pour le mobilier, adaptation des salles d'eau, mise à disposition d'aides optiques électroniques, structuration des cheminements extérieurs, et, surtout, formation continue du personnel pour garantir la stabilité des repères. Pourtant, la littérature montre que la nature, la profondeur et la fréquence de ces aménagements varient fortement d'un établissement à l'autre, faute d'un référentiel partagé et d'indicateurs standardisés.

Mon mémoire cherchera donc à répertorier et caractériser ces aménagements en EHPAD en identifiant les dispositifs déployés, en décrivant les modalités de mise en œuvre (procédures, acteurs, suivi) et en repérant les leviers et les freins perçus par les ergothérapeutes.

Cette démarche permettra d'établir un état des lieux précis et de dégager des pistes d'optimisation pour harmoniser les pratiques et renforcer l'impact de la réadaptation visuelle en institution. Suivant ce questionnement, nous pouvons établir une hypothèse :

Les ergothérapeutes en EHPAD mettent majoritairement en œuvre des aménagements de l'espace, visuels et tactiles (réaménagement de la chambre, éclairage renforcé, contrastes et repères tactiles) plutôt que des aménagements plus poussés comme des cheminements podotactiles ou des repères olfactifs,

En raison de contraintes budgétaires, techniques ou d'un manque de formation les aménagements de l'environnement ne sont pas envisageables ou difficilement faisables.

Ces hypothèses reposent sur une observation des réalités de terrain en EHPAD. Les aménagements visuels et tactiles sont en général plus simples à mettre en œuvre, mieux maîtrisés par les professionnels, et demandent un investissement financier minime. Ils peuvent être réalisés à l'aide de ressources courantes (ajustement de l'éclairage, ajout de contrastes, repères en relief) et sont facilement intégrés dans les pratiques quotidiennes des ergothérapeutes. À l'inverse, la mise en place de dispositifs plus complexes, comme des cheminements podotactiles ou des repères olfactifs, suppose des investissements matériels, une coordination plus importante entre les professionnels de l'EHPAD et parfois une validation réglementaire. Ces freins matériels, organisationnels et humains peuvent expliquer pourquoi les ergothérapeutes se tournent prioritairement vers des solutions plus simples à mettre en œuvre, bien que potentiellement moins innovantes ou moins globales.

Méthodologie

Dans l'objectif de répertorier les aménagements favorisant la qualité de vie des résidents malvoyants en EHPAD, un questionnaire a été dirigé aux ergothérapeutes permettant de recueillir des informations précises sur les pratiques et perceptions des professionnels de santé. Ce questionnaire est conçu pour obtenir un retour sur les types d'interventions utilisés, et les défis rencontrés dans l'adaptation de l'environnement pour des résidents ayant une déficience visuelle.

1. La population d'étude

Cette étude s'est centrée sur la population des ergothérapeutes exerçant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). L'objectif était de recueillir des données sur les aménagements environnementaux qu'ils mettent en œuvre au quotidien auprès des résidents malvoyants ainsi qu'identifier les limites des mises en place. Le choix de cette population s'appuie sur leur rôle central dans l'adaptation de l'environnement au sein des structures médico-sociales, ainsi que sur leur expertise dans l'accompagnement de la perte d'autonomie et d'indépendance. L'échantillon visé était composé d'ergothérapeutes titulaires dans des EHPAD répartis sur l'ensemble du territoire national.

Le mode de recrutement retenu a reposé sur une diffusion ciblée d'un questionnaire en ligne, accompagnée d'un message explicatif présentant les objectifs et les modalités de l'étude. Les ergothérapeutes ont été contactés par le biais des réseaux sociaux professionnels et réseaux d'EHPAD mutuelle. La diffusion a été effectuée par courrier électronique ainsi qu'une diffusion sur LinkedIn.

Le lieu de recrutement n'était pas restreint géographiquement, l'enquête ayant été réalisée à l'échelle nationale. Aucune distinction n'a été faite entre établissements publics, privés ou associatifs, ni en fonction de la taille de la structure. Cette approche visait à garantir une diversité représentative des pratiques, des ressources et des contextes d'intervention.

Les critères d'inclusion retenus étaient les suivants : être ergothérapeute, exercer de manière régulière en EHPAD, avoir une expérience directe auprès de personnes âgées présentant une déficience visuelle, et donner son consentement libre et éclairé à la participation. Les professionnels en remplacement de courte durée, en exercice libéral ponctuel ou exerçant dans d'autres types de structures (MAS, foyer de vie, domicile) ont été exclus de l'étude. Les réponses incomplètes, c'est-à-dire comportant moins de 70 % des questions renseignées, ont également été écartées de l'analyse.

Sur le plan éthique, cette étude a été conduite dans le respect des principes de confidentialité, de transparence et de consentement éclairé. Aucune donnée nominative n'a été recueillie. L'ensemble des réponses a été anonymisé. La diffusion du questionnaire s'est faite dans le respect du Règlement Général sur la Protection des Données (LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (1), 2012) .

2. Les outils

Le principal outil utilisé dans cette étude est un questionnaire construit en ligne. Ce choix s'est imposé en raison de l'absence d'un questionnaire validé répondant spécifiquement à la problématique du mémoire, à savoir : l'identification des aménagements environnementaux réellement mis en œuvre en EHPAD pour les résidents malvoyants. Le questionnaire a été élaboré à partir des recommandations de bonnes pratiques et de la littérature scientifique traitant des enjeux environnementaux liés à la déficience visuelle en institution.

Il a permis de mesurer plusieurs variables indépendantes telles que l'ancienneté du professionnel en EHPAD, le type de gestion de l'établissement, le pourcentage de temps de travail en structure, la formation spécifique à la basse vision, la collaboration avec des professionnels spécialisés en déficience visuelle, ainsi que la perception de la fréquence et de la gravité de la malvoyance au sein des résidents.

Les variables dépendantes étaient les types et la fréquence des aménagements environnementaux mis en place, les espaces concernés par ces interventions (chambre, salle de bain, espaces communs, extérieurs), les outils utilisés pour évaluer l'impact des déficiences visuelles, les critères déclenchant une adaptation de l'environnement, ainsi que les bénéfices perçus sur la qualité de vie, l'autonomie et l'indépendance du résident. D'autres variables dépendantes ont été mobilisées, telles que les freins perçus à la mise en œuvre d'aménagements, et les propositions d'amélioration exprimées par les répondants.

3. Le questionnaire

Le questionnaire a été élaboré en quatre temps. Une revue de littérature et un repérage des recommandations professionnelles ont permis de sélectionner les thématiques pertinentes à explorer. Un plan de structuration en cinq parties a ensuite été défini. Chaque rubrique a été conçue pour répondre à une dimension précise de la problématique de recherche. Les questions ont été rédigées sous forme fermée pour permettre une analyse statistique, avec la possibilité de réponses multiples lorsque cela était pertinent. Des champs libres ont été insérés dans certaines rubriques pour recueillir des précisions contextuelles et des retours qualitatifs. Enfin, une validation auprès du référent scientifique du mémoire a été réalisé afin d'ajuster la formulation de certaines questions, de vérifier la cohérence du cheminement, et de valider la durée de passation (environ 10 minutes).

Le questionnaire est composé de cinq grandes parties :

La première partie concerne les informations sur le répondant et sur son contexte professionnel. Elle recueille l'expérience en tant qu'ergothérapeute, le temps de travail en EHPAD, le type de structure, ainsi que les formations ou collaborations spécifiques à la malvoyance. Cette section permet d'analyser l'influence du profil du professionnel sur les pratiques décrites.

La deuxième partie est une auto-évaluation des connaissances de l'ergothérapeute sur la déficience visuelle en EHPAD.

La troisième partie porte sur la fréquence estimée de la malvoyance chez les résidents, les AVQ les plus impactées, les outils d'évaluation utilisés, et le degré de prise en compte dans les projets d'accompagnement.

La quatrième partie porte sur les types d'aménagements environnementaux effectivement réalisés. Elle distingue les interventions visuelles (contrastes, éclairage), tactiles (repères au sol, poignées texturées), organisationnelles (réaménagement de l'espace personnel), et techniques (aides visuelles, signalétiques). Elle précise également les lieux où ces aménagements sont effectués.

Elle interroge également sur les critères de déclenchement et les objectifs des aménagements. Cette partie est aussi consacrée à l'évaluation des effets. Elle examine comment l'impact des aménagements est mesuré (retour du résident, observation, outils), et si une amélioration de la qualité de vie ou de l'autonomie a été perçue.

Enfin, la cinquième partie aborde les freins et limites à la mise en œuvre. Elle liste les obstacles les plus fréquemment rencontrés (manque de temps, de formation, de moyens, désintérêt des résidents) et ouvre un espace de suggestions libres.

4. Méthode d'analyse

L'analyse des données issues du questionnaire s'est appuyée sur une approche descriptive et thématique, en lien direct avec les objectifs de l'étude.

Les résultats ont été analysés question par question, en suivant le déroulé exact du questionnaire. Les données quantitatives (choix multiples, réponses fermées) ont été traitées par décompte des fréquences, permettant de mettre en évidence les tendances majoritaires, les écarts de réponse et les éléments récurrents. Ces résultats ont été représentés sous forme de graphiques, facilitant leur lecture et leur interprétation.

Les réponses aux questions ouvertes ont fait l'objet d'une analyse qualitative de contenu. Celles-ci ont été regroupées en catégories thématiques, permettant d'identifier les points saillants évoqués par les professionnels, ainsi que la diversité des pratiques et des représentations. Chaque citation significative a été synthétisée ou intégrée dans l'analyse narrative pour enrichir la compréhension des enjeux.

Résultats

1. L'échantillon

Parmi les quatorze réponses recueillies via le questionnaire, douze ont été réalisées par des ergothérapeutes exerçant en EHPAD. Deux répondants n'avaient pas le profil ciblé pour cette étude : l'un ne travaillait pas en EHPAD, et un autre n'a fourni aucun élément de réponse. De plus, un des ergothérapeutes répondant n'avait jamais été en contact avec des personnes malvoyantes dans sa pratique. Dans un souci de cohérence avec les objectifs de ce mémoire, seules les réponses des onze ergothérapeutes ayant effectivement accompagné des résidents malvoyants en EHPAD seront prises en compte dans l'analyse présentée ci-après.

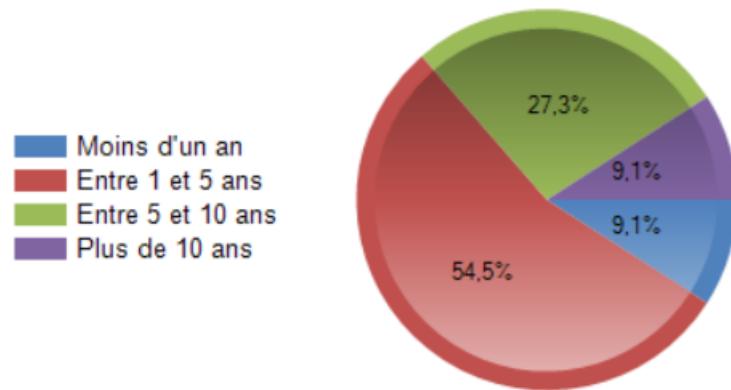


Figure 1 : Expérience professionnelle des ergothérapeutes

Les réponses à cette question montrent une diversité de profils en termes d'ancienneté. Un répondant indique exercer depuis moins d'un an. La majorité des ergothérapeutes, soit six participants, déclarent exercer entre un à cinq ans. Trois professionnels exercent entre cinq à dix ans, tandis qu'un répondant indique plus de dix ans d'expérience.

Les types de gestion des structures dans lesquelles les répondants exercent sont variés. Quatre ergothérapeutes mentionnent travailler dans un établissement hospitalier ou relevant d'un CHU. Quatre exercent dans des structures associatives, trois dans des EHPAD mutualistes. Deux professionnels travaillent dans des établissements privés à but lucratif, deux autres dans des structures municipales, et un répondant exerce dans une fondation.

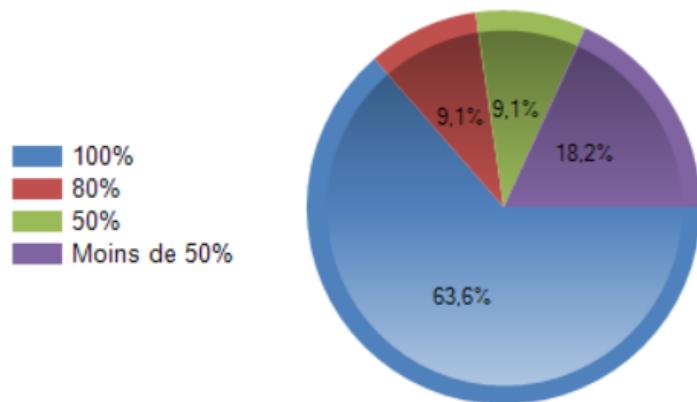


Figure 2 : Amplitude horaire sur le lieu de travail

Les temps de travail varient selon les professionnels. Sept ergothérapeutes déclarent travailler à 100 % en EHPAD. Un répondant est à 80 %, un autre à 50 %, et deux exercent à moins de 50 % de leur temps dans ce type de structure. La majorité des professionnels interrogés disposent donc d'un temps d'exercice important en établissement.



Figure 3 : Formation sur la malvoyance

Neuf ergothérapeutes (82 %) rapportent une formation initiale dédiée, soulignant que la malvoyance est abordée pendant les études. Cependant, l'absence totale de formation continue indique qu'aucun des professionnels n'a approfondi ses connaissances sur la malvoyance, que ce soit pour les ergothérapeutes formés ou non.

De plus, les deux ergothérapeutes n'ayant suivi aucun apprentissage lors de leur formation continue n'ont jamais participé à des actions de sensibilisations alors que trois des formés ont pu en suivre une.

2. Connaissance de la déficience visuelle en EHPAD

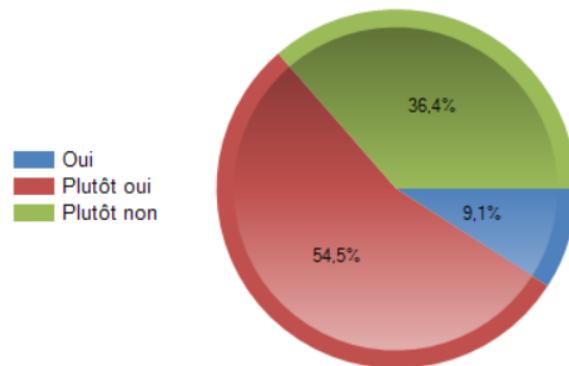


Figure 4 : Connaissance des différentes formes de malvoyance

Un seul ergothérapeute estime bien connaître la malvoyance chez la personne âgée, c'est un des professionnel formé et sensibilisé, six pense plutôt bien connaître le sujet, et quatre reconnaissent des lacunes. Cette auto-évaluation, corrélée à l'ancienneté et à la formation, indique que la connaissance des pathologies visuelles demeure inégale.

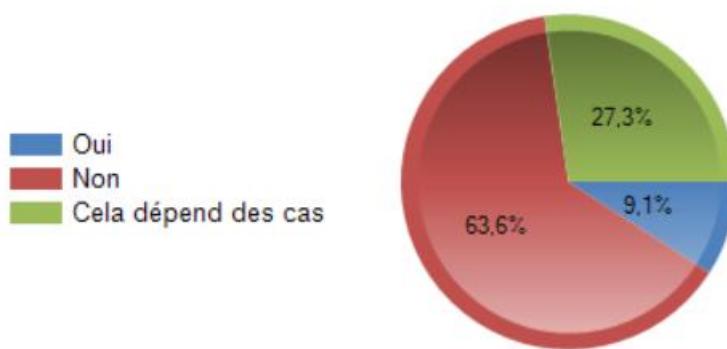


Figure 5 : Identification de la malvoyance et intégration dans le PPA

Une seule réponse affirme une prise en compte systématique. Sept ergothérapeutes disent que ce n'est jamais intégré. Parmi les professionnels répondant par « cela dépend des cas », ils reprochent une identification réaliser justement mais pas d'accompagnement spécialisé ensuite.

3. La malvoyance en EHPAD

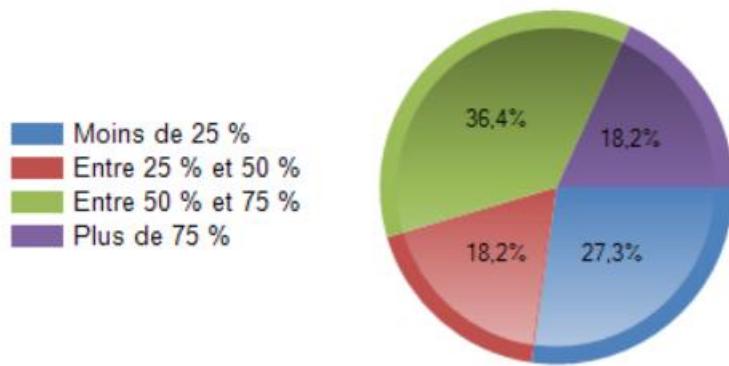


Figure 6 : Prévalence de résident malvoyant en EHPAD

Trois ergothérapeutes estiment la prévalence à moins de 25 %, deux entre 25–50 %, quatre entre 50–75 % et deux au-delà de 75 %. La majorité évalue donc que plus d'un résident sur deux est malvoyant.

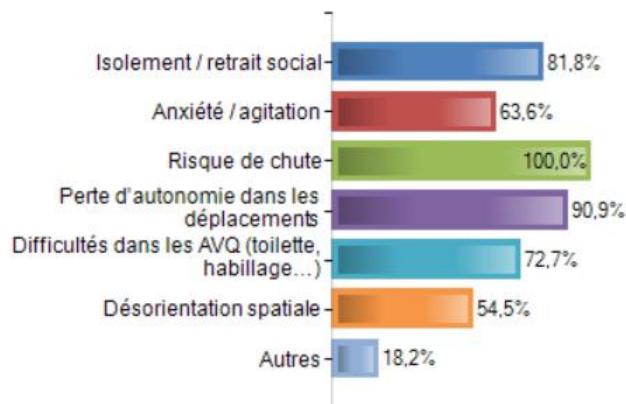


Figure 7 : Répercussions principales de la malvoyance

Tous signalent le risque de chute, dix la perte d'autonomie dans les déplacements, neuf l'isolement social, huit les difficultés dans les AVQ, sept l'anxiété et six la désorientation spatiale. Cette palette de conséquences confirme la nature multifactorielle de l'impact de la malvoyance, touchant la sécurité physique, la participation sociale et le bien-être psychologique.

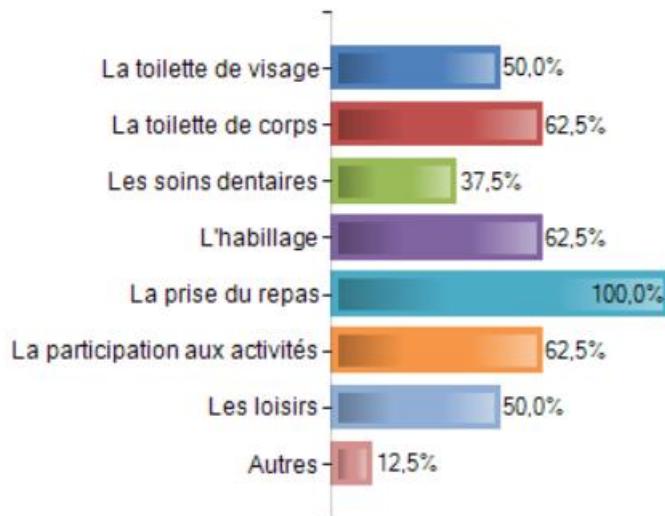


Figure 8 : Les AVQ les plus impactées

La prise du repas est unanimement citée, illustrant la difficulté à repérer les aliments et à gérer la dextérité. L'habillage et la toilette du corps arrivent ensuite, avec la participation aux activités et les loisirs, ce qui met en lumière la sélection d'activités instrumentales et signifiantes pour le résident, et justifie la priorisation des aménagements sur ces tâches.

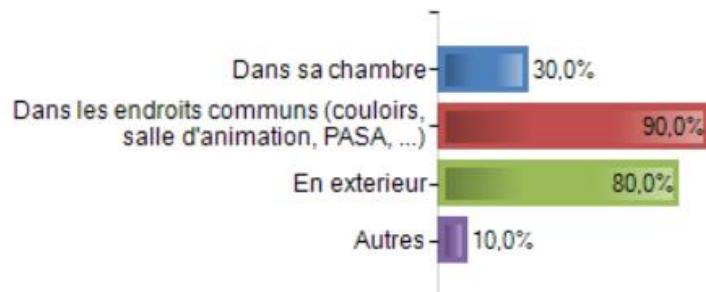


Figure 9 : Difficultés dans les déplacements

Les espaces communs sont mentionnés par 90 % des ergothérapeutes, l'extérieur par 80 % et la chambre par 30 %. La fréquentation collective et le franchissement de seuils rendent les couloirs et les extérieurs particulièrement critique pour la chute et la désorientation.

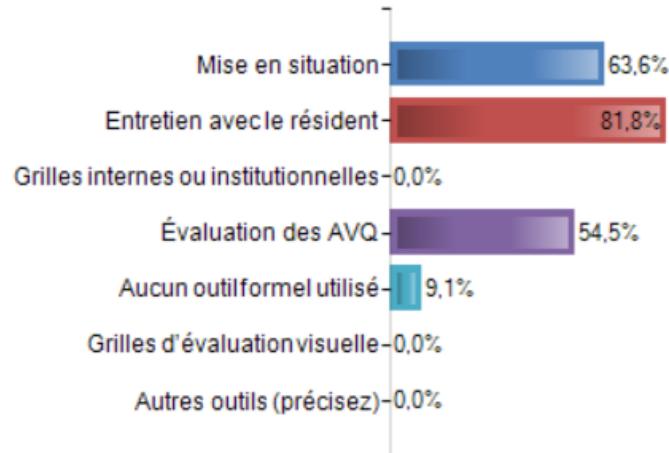


Figure 10 : Les outils d'évaluations

Neuf ergothérapeutes pratiquent l'entretien individuel, sept la mise en situation, six l'évaluation des AVQ et un seul ne formalise aucun outil. L'absence d'outils standardisés (échelles validées, bilans orthoptiques) pointe vers une évaluation principalement qualitative, centrée sur le ressenti du résident et l'observation clinique.

4. Les aménagements de l'environnement

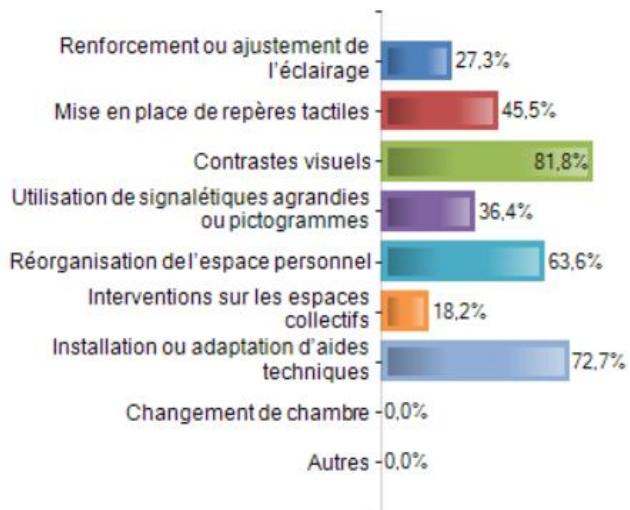


Figure 11 : Les aménagements mis en place

Les interventions les plus fréquentes mises en place par les ergothérapeutes sont d'abord les contrastes visuels (82 %). Viennent ensuite les aides techniques (73%). La réorganisation de l'espace personnel (64 %) occupe la troisième place. Les repères tactiles (45%) complètent ces aménagements en offrant une information sensorielle alternative. La signalétique agrandie ou pictogramme n'est réalisé que par 4 ergothérapeutes (36 %) et surtout dans l'espace personnel des résidents, notamment sur la porte de chambre la repéré. Les actions sur les espaces collectifs ne concernent qu'un professionnel sur cinq (18 %).

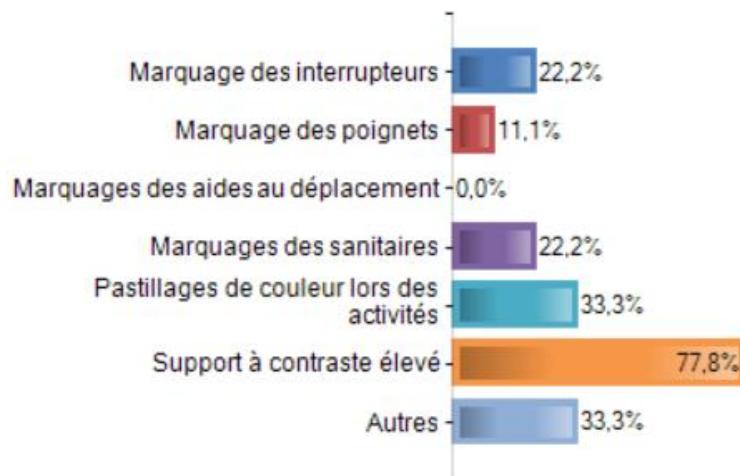


Figure 12 : Les aménagements visuels

La majorité (78 %) emploie des supports à contraste élevé, tandis que 33 % pratiquent le pastillage coloré et 22 % le marquage des sanitaires. Dans les autres aménagements, nous retrouvons des couverts et assiettes à contraste élevé ainsi que des dessous d'assiette pour l'aide au repas.

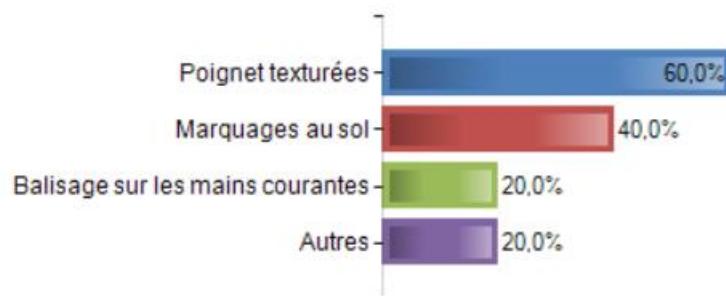


Figure 13 : Les repérages tactiles

Les poignées texturées (60 %) et les marquages au sol (40 %) sont les repères tactiles les plus fréquents. La faible utilisation d'autres dispositifs (balises sonores, braille) renvoie à un manque d'outillage spécialisé.

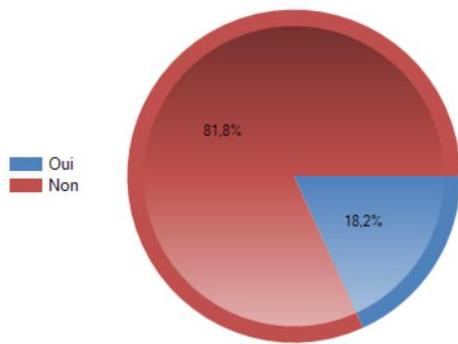


Figure 14 : Adaptation systématique selon le degré de malvoyance

La majorité des professionnels, neuf (82 %), appliquent les mêmes aménagements à tous les résidents. Seuls deux ergothérapeutes (18 %) adaptent systématiquement le dispositif au degré de malvoyance pouvant aboutir à des sur-adaptations pour les cas sévères ou à un sous-aménagement pour les cas modérés.

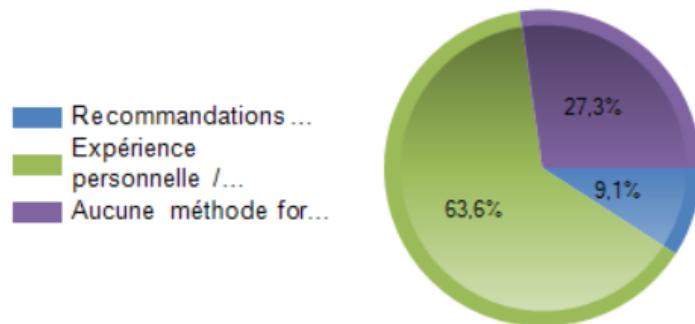


Figure 15 : Méthodologie ou cadre de référence pour guider les aménagements

Un ergothérapeute (9 %) mentionne les recommandations HAS, sept (64 %) s'appuient sur l'expérience empirique, et trois (27 %) n'ont aucun protocole formalisé. Le recours majoritaire à l'empirisme révèle une absence de directives claires et uniformes, susceptible de générer des écarts de qualité entre les praticiens.

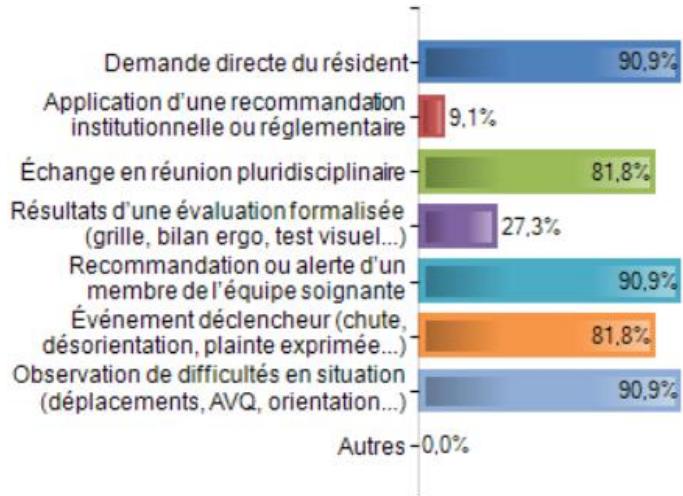


Figure 16 : Les facteurs déclenchant les aménagements

La demande explicite du résident, l'alerte soignante et l'observation en situation sont citées à 91 %, tandis que 82 % mentionnent un incident déclencheur (chute, désorientation), et 82 % l'échange pluridisciplinaire. Ces critères, essentiellement réactifs, indiquent que la détection repose sur des événements et des demandes plus que sur un dépistage systématique.

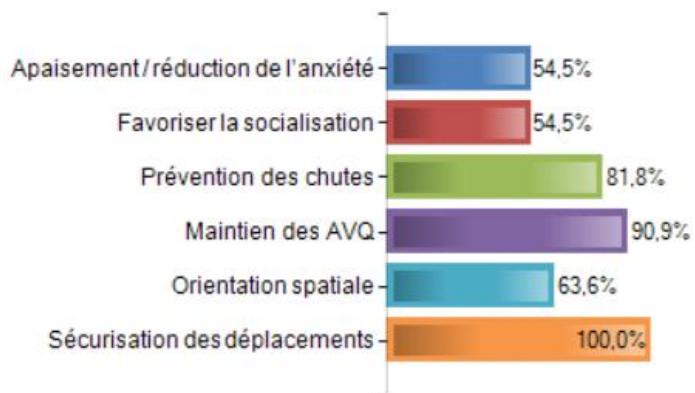


Figure 17 : Les besoins fonctionnels visés

La sécurisation des déplacements (100 %) et le maintien des AVQ (91 %) constituent les objectifs prioritaires. La prévention des chutes (82 %), l'orientation (64 %), la socialisation et l'apaisement (55 % chacun) complètent cette vision centrée à la fois sur la sécurité et la qualité de vie.

Tous les ergothérapeutes (100 %) déterminent l'emplacement des aménagements d'abord en fonction des plaintes ou besoins exprimés par le résident, complétés par la sélection des zones les plus fréquentées (45 %) et, plus rarement, à la suite d'un incident (9 %).

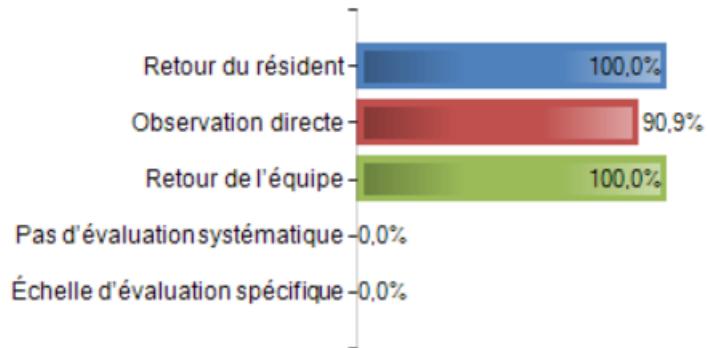


Figure 18 : Modalités d'évaluations

Le retour direct du résident et celui de l'équipe (100 %) ainsi que l'observation clinique (91 %) constituent les méthodes quasi systématiques d'évaluation, signalant une préférence pour des indicateurs qualitatifs et partagés sur le terrain.



Figure 19 : Améliorations constatées

Sept ergothérapeutes (64 %) rapportent une nette amélioration de la qualité de vie, de l'autonomie ou de la dépendance après aménagement, un répondant (9 %) n'ayant pas observé de changement, et trois (27 %) restant incertains de l'efficacité des aménagements.

Les ergothérapeutes rapportent que les aménagements visuels (contrastes sur la vaisselle, poignées texturées et signalétique agrandie) ont considérablement renforcé l'autonomie des résidents, en particulier lors des repas, réduisant leur dépendance à l'aide d'une tierce personne. Ils constatent également une meilleure orientation spatiale, de jour comme de nuit, grâce aux repères lumineux et tactiles qui limitent la désorientation et l'anxiété, notamment pour rejoindre les toilettes. Enfin, ces adaptations facilitent l'accès aux activités collectives (reconnaissance des lieux et du matériel) et stimulent la participation sociale, contribuant ainsi à maintenir le lien et la motivation des résidents.

Les professionnels interrogés retiennent trois aménagements majeurs pour améliorer l'environnement des résidents malvoyants : d'abord les aides techniques (couverts adaptés, déambulateur, télécommande à grosses touches), ensuite les contrastes visuels et la

signalétique agrandie (pictogrammes, marquages au sol et sur les poignées) pour renforcer la discrimination des objets et l'orientation spatiale, enfin la réorganisation de l'espace personnel (emplacements fixes, repères tactiles et lumineux) qui sécurise les parcours, automatise les gestes quotidiens et réduit les risques de chute.

5. Les freins et limites

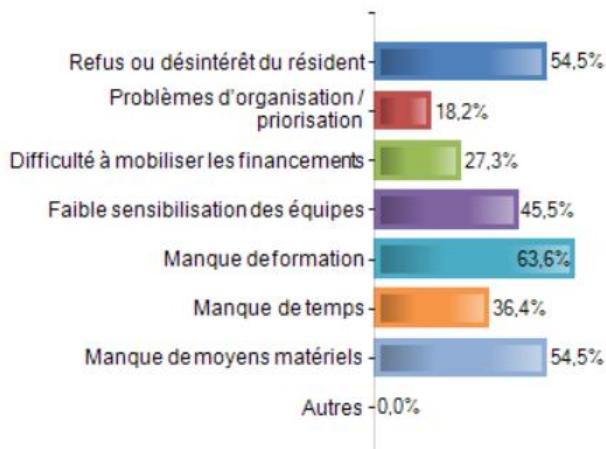


Figure 20 : Freins principaux aux aménagements

Les obstacles majeurs sont le manque de formation (64 %), de moyens matériels (55 %) et de temps (36 %), suivi par la faible sensibilisation des équipes (45 %) et le désintérêt potentiel du résident (55 %), soulignant la nécessité de ressources et d'accompagnement pour pérenniser les adaptations.

Les ergothérapeutes soulignent avant tout la nécessité d'une formation et d'une sensibilisation accrue de l'ensemble du personnel aux troubles visuels, afin de mieux repérer la malvoyance et d'adapter les pratiques au quotidien. Ils appellent également à augmenter les moyens matériels, par l'acquisition d'aides techniques diversifiées et de dispositifs d'éclairage (détection de mouvement, contrastes de sol) pour sécuriser les parcours. Plusieurs répondants recommandent de systématiser les évaluations visuelles à l'admission et tout au long du séjour, en instaurant un travail pluridisciplinaire associant ergothérapeutes, orthoptistes et associations spécialisées, pour garantir un suivi individualisé et pérenne des adaptations.

Un répondant évoque l'intérêt d'introduire des aides auditives à auto-description (pour la télévision ou les animations collectives), afin de compenser la perte visuelle par une information verbale continue. Il insiste aussi sur la nécessité de former le personnel aux réglages de ces dispositifs et aux techniques de guidage à la marche : savoir accompagner un résident malvoyant de manière sécurisée, en utilisant verbalisation et guidage physique adaptés.

Discussion

1. Rappel des objectifs, hypothèses et principaux résultats

La malvoyance constitue un facteur déterminant de perte d'autonomie, de désengagement social et de dépendance accrue, compromettant fortement la qualité de vie des personnes concernées. Dans ce contexte, l'ergothérapeute, en tant que professionnel de la réadaptation et de l'environnement, joue un rôle central dans l'aménagement du cadre de vie et la mise en place de compensations sensorielles adaptées aux besoins individuels des résidents malvoyants.

Cette recherche avait pour objectif principal d'identifier les interventions et les aménagements environnementaux réalisés par les ergothérapeutes en EHPAD pour améliorer la participation des résidents malvoyants dans les activités de la vie quotidienne. Elle visait également à analyser les pratiques actuelles, à comprendre les freins et leviers à leur mise en œuvre, et à formuler des recommandations opérationnelles pour optimiser cette prise en charge dans une perspective de qualité de vie et de prévention de la dépendance.

Deux hypothèses principales guidaient cette étude. Premièrement, il était supposé que les ergothérapeutes privilégient des interventions simples et peu coûteuses, telles que les contrastes visuels ou les aides techniques de base, au détriment de solutions plus complexes comme les cheminements podotactiles, la signalétique sensorielle élargie, ou les dispositifs auditifs et olfactifs.

Deuxièmement, ces choix d'intervention étaient étroitement influencés par des contraintes économiques (budgets restreints), organisationnelles (manque de temps, faible coordination interdisciplinaire) et structurelles (ancienneté des bâtiments, impossibilité de réaménagement lourd).

Pour tester ces hypothèses, un questionnaire a été diffusé auprès d'un échantillon d'ergothérapeutes exerçant dans différents types d'EHPAD, répartis sur le territoire national. Ce questionnaire portait sur plusieurs dimensions : types d'aménagements réalisés, modalités d'évaluation des interventions, obstacles rencontrés et les ressources disponibles. Les réponses obtenues, bien qu'émanant d'un nombre restreint de professionnels, ont permis de mettre en lumière plusieurs tendances robustes et de valider en grande partie les hypothèses initiales.

Les résultats confirment que les aménagements les plus fréquemment réalisés sont ceux nécessitant peu d'investissement (contrastes visuels, aides techniques), et que les approches plus complètes et innovantes restent peu explorées. Ils soulignent également que les décisions d'intervention sont souvent influencées par des contraintes matérielles, humaines et institutionnelles. Ces éléments permettent de mieux comprendre le paysage actuel des pratiques en ergothérapie face à la malvoyance en EHPAD, et offrent une base solide de réflexion pour envisager des pistes d'amélioration concrètes, adaptées aux réalités du terrain.

2. Conformité des pratiques observées avec les recommandations HAS

Les résultats de cette étude mettent en lumière une adhésion partielle mais significative aux recommandations émises par la Haute Autorité de Santé (HAS) concernant l'accompagnement des personnes âgées présentant une déficience sensorielle, notamment visuelle, en EHPAD (ANESM, s. d.).

Les données recueillies indiquent que les aménagements les plus fréquemment mis en place sont les contrastes visuels (82 %) et les aides techniques de compensation (73%). Ces mesures sont en cohérence avec les recommandations HAS, qui insistent sur la nécessité de renforcer la perception visuelle de l'environnement à travers des éléments contrastés, notamment dans les zones à risque (escaliers, seuils, interrupteurs).

Cependant, d'autres préconisations de la HAS restent peu appliquées. Seuls 36 % des professionnels interrogés déclarent avoir mis en place une signalétique adaptée, et 18 % des aménagements concernent les espaces collectifs. Ces résultats témoignent d'un déséquilibre dans les aménagements, avec une focalisation sur les espaces privatifs au détriment des lieux partagés, pourtant essentiels pour maintenir la vie sociale et la stimulation cognitive.

Les repères tactiles, utilisés par 45 % des ergothérapeutes, sont également sous-exploités. De même, un seul répondant mentionne l'usage de dispositifs auditifs ou olfactifs, pourtant présents dans les recommandations HAS. Cette absence pourrait s'expliquer par un manque d'information, de formation ou de moyens pour les intégrer.

L'analyse montre aussi que les interventions sont rarement inscrites dans des protocoles formalisés à l'échelle de l'établissement. Elles dépendent largement de l'initiative individuelle des ergothérapeutes, ce qui génère une forte hétérogénéité des pratiques entre établissements. Ce manque de structuration est contraire aux recommandations HAS, qui préconisent l'élaboration de référentiels internes, la mise en œuvre de plans d'action pluridisciplinaires et l'intégration des aménagements sensoriels dans les projets d'établissement.

Enfin, l'évaluation des effets des aménagements reste empirique. La HAS recommande l'usage d'outils de suivi et d'évaluation pour garantir la pertinence et l'ajustement des interventions. Pourtant, aucun des ergothérapeutes interrogés déclarent utiliser des outils standardisés. L'évaluation repose principalement sur des observations informelles ou des échanges en équipe, ce qui limite la traçabilité et la généralisation des pratiques efficaces.

Si certaines actions sont mises en œuvre, elles le sont souvent de façon isolée, partielle et peu évaluée. Pour rapprocher les pratiques du cadre recommandé, des efforts de formation, de structuration institutionnelle et de développement de ressources évaluatives apparaissent nécessaire.

3. Déficience visuelle et intégration dans les PPA

Il a été mis en évidence un manque d'intégration systématique des troubles visuels dans les Projets Personnalisés d'Accompagnement. Si les ergothérapeutes identifient fréquemment ces déficiences, elles sont rarement formalisées dans les documents de référence qui structurent l'accompagnement des résidents.

Le PPA devrait pourtant refléter l'ensemble des besoins fonctionnels du résident, y compris ses capacités sensorielles. En pratique, les troubles visuels sont rarement évalués de manière systématique lors de l'admission, et les outils utilisés ne prévoient pas toujours de rubrique dédiée. Cette lacune rend difficile la définition d'objectifs ciblés liés à la vision et compromet l'articulation des interventions autour de cette problématique.

Certaines pratiques rapportées témoignent cependant d'une prise de conscience progressive. Des établissements intègrent la déficience visuelle dans leurs réunions de coordination ou s'appuient sur les retours d'observation des équipes pour ajuster les aménagements. Dans de rares cas, l'ergothérapeute participe activement à l'élaboration du PPA, en apportant une expertise sur les capacités sensorielles du résident. Ces démarches, bien que minoritaires, illustrent une dynamique possible d'amélioration.

4. Évaluation des interventions : méthodes et limites méthodologiques

L'évaluation constitue un autre point de faiblesse mis en lumière par cette étude. La majorité des ergothérapeutes évaluent leurs interventions à travers des retours d'observation ou des ressentis exprimés, mais très peu utilisent des outils validés. Cette évaluation subjective ne permet ni de suivre objectivement les effets des aménagements ni d'en assurer la traçabilité.

Le manque d'outils structurés est perçu comme une entrave majeure à l'amélioration continue des pratiques. L'absence d'un protocole institutionnel d'évaluation contribue également à cette carence. Ce constat met en lumière une lacune méthodologique non négligeable dans l'organisation des soins en EHPAD.

Une absence fréquente de temps dédié à l'analyse des résultats de ces évaluations rendent difficile toutes révisions systématiques des aménagements. Cela renforce le risque de pérenniser des dispositifs peu ou mal adaptés, faute de réajustement fondé sur des indicateurs clairs.

Face à cela, la diffusion de grilles simples et adaptées pourrait améliorer la qualité des suivis. Leur usage doit être accompagné d'une formation pratique et régulière des équipes. Le risque est de voir les aménagements se limiter à des réponses ponctuelles, non évaluées et non pérennisées. Il devient donc nécessaire d'inscrire l'évaluation comme un acte professionnel à part entière, dans une logique d'amélioration de la qualité des soins et d'objectivation des besoins.

5. Besoin en formation professionnelle continue

L'analyse des réponses au questionnaire met en évidence un manque marqué en formation continue spécifique sur la déficience visuelle chez les personnes âgées. Si quelques notions sont abordées en formation initiale, aucun ergothérapeute interrogé ne rapporte avoir suivi de session de perfectionnement ciblée depuis son entrée en poste. Ce constat est d'autant plus préoccupant que la prise en charge des troubles sensoriels chez les personnes âgées constitue un enjeu croissant en EHPAD, en lien direct avec les objectifs de prévention de la dépendance, de maintien de l'autonomie, de l'indépendance et de qualité de vie.

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé insistent pourtant sur la nécessité d'un renforcement des compétences professionnelles en lien avec les troubles sensoriels (ANESM, s. d.). Il s'agit notamment de connaître les signes d'alerte de la malvoyance, de savoir évaluer son impact fonctionnel, d'identifier les aménagements pertinents à mettre en œuvre, et de collaborer avec d'autres acteurs du soin.

Ce déficit de formation ne concerne pas uniquement les ergothérapeutes. Tous les professionnels intervenant au quotidien auprès des résidents (aides-soignants, animateurs, agents hôteliers, personnel de restauration ou d'entretien) sont concernés. La méconnaissance des conséquences de la déficience visuelle peut générer des malentendus, des attitudes inadaptées, voire des risques accrus pour la sécurité du résident. À l'inverse, une équipe sensibilisée et formée est plus à même de repérer les situations à risque, de relayer les informations pertinentes, et de participer à l'application cohérente des aménagements proposés.

Il semble donc essentiel que chaque établissement développe un plan de formation spécifique autour de la déficience sensorielle, incluant des modules pratiques sur les troubles visuels. Ces modules pourraient porter sur l'observation des signes d'alerte, l'aménagement de l'environnement, les bonnes pratiques de communication avec une personne malvoyante, ou encore l'utilisation des aides techniques disponibles. Une modalité pédagogique mixte, combinant présentiel, retours d'expériences et e-learning, permettrait de faciliter l'accès à ces contenus tout en respectant les contraintes organisationnelles des structures.

6. Analyse critique des biais méthodologiques

Plusieurs biais doivent être mentionnés : un échantillon restreint à onze répondants, une auto-déclarassion des pratiques, l'absence de données croisées avec d'autres acteurs (familles, résidents, équipes soignantes), et une prédominance des données qualitatives dans l'analyse. Ces éléments limitent la portée des conclusions, bien qu'ils permettent d'identifier des tendances fortes. Cette étude se positionne donc comme une première approche exploratoire, qui mériterait d'être prolongée par une recherche plus large, incluant des observations directes, des entretiens, et l'intégration du point de vue des usagers.

Le recours à un questionnaire en ligne auto-administré, bien que pratique, expose également à un biais de sélection. Il est probable que les professionnels les plus sensibles à la thématique de la déficience visuelle aient été plus enclins à répondre, biaisant potentiellement les résultats

vers une représentation plus engagée des pratiques. De plus, les questions fermées peuvent induire des réponses normées, tandis que les questions ouvertes, bien que riches, ne permettent pas une analyse exhaustive sans codification rigoureuse.

Un autre biais concerne la temporalité de l'étude. Selon la période de diffusion du questionnaire (fin d'année, période estivale, surcharge de travail), certains professionnels peuvent avoir été moins disponibles, ce qui affecte le taux de réponse et la diversité des profils représentés. Le manque de suivi longitudinal constitue également une limite : il aurait été pertinent de recueillir des données à plusieurs moments afin d'évaluer l'évolution des pratiques dans le temps, notamment après des actions de formation ou des changements organisationnels.

Enfin, l'absence de confrontation des données avec celles issues d'autres types de structures (foyers logements, résidences, soins de suite) empêche de replacer les résultats dans un contexte plus large. Un élargissement du champ d'investigation permettrait de mieux saisir les spécificités des EHPAD tout en identifiant des leviers transférables. Pour cela, une méthodologie mixte, multi-acteurs, et multi-sites est à privilégier dans les perspectives de recherche futures.

7. Perspectives pour la pratique en EHPAD

Le manque de formation spécifique sur la déficience visuelle constitue l'un des freins majeurs à la mise en œuvre d'aménagements adaptés. Il est donc essentiel que les établissements médico-sociaux intègrent des modules de formation continue ciblés dans leurs plans annuels. Ces formations devraient aborder les troubles visuels liés au vieillissement, les signes d'alerte, les principes d'adaptation de l'environnement, et les techniques de communication spécifiques.

Elles devraient concerner l'ensemble des professionnels, y compris les soignants, le personnel hôtelier, les animateurs et les agents de service, afin de favoriser une approche partagée, cohérente et intégrée. Des formats variés, mêlant présentiel, e-learning et ateliers pratiques, permettraient de répondre aux contraintes organisationnelles des structures. La valorisation des compétences acquises dans ce domaine pourrait être intégrée dans les référentiels de compétences et faire l'objet d'une reconnaissance institutionnelle.

L'intégration des troubles sensoriels, notamment visuels, dans le PPA est encore très inégale. Afin d'améliorer cette situation, il est recommandé d'ajouter une rubrique dédiée aux capacités sensorielles dans les outils de rédaction du PPA. Celle-ci permettrait de consigner de manière explicite les besoins en lien avec la vision, les adaptations mises en place, ainsi que les objectifs associés.

La participation systématique de l'ergothérapeute à l'élaboration du PPA, dès l'admission, est également essentielle. Son expertise en matière d'analyse des capacités fonctionnelles et d'adaptation de l'environnement permettrait d'orienter les choix d'aménagement en fonction des besoins réels de la personne. Le suivi de ces aménagements devrait également faire partie intégrante des réévaluations du PPA, garantissant ainsi une cohérence entre les actions mises en œuvre et l'évolution des capacités du résident.

Les résultats de l'enquête ont révélé une grande hétérogénéité des pratiques entre les établissements, souvent liées à l'absence de référentiels ou de protocoles internes. Pour pallier ces disparités, il serait pertinent de développer un cadre de référence national ou un guide de bonnes pratiques spécifiquement dédié aux aménagements sensoriels pour les personnes âgées en EHPAD.

Ce cadre pourrait inclure des fiches techniques sur les aménagements recommandés (visuels, tactiles, sonores, olfactifs), des outils d'auto-évaluation, des grilles de suivi, ainsi que des indicateurs permettant d'objectiver les bénéfices pour les résidents. Il offrirait un socle commun aux professionnels tout en laissant une marge d'adaptation aux réalités de terrain. Ce type de document, soutenu par les autorités de tutelle, constituerait un levier structurant pour l'amélioration continue de la qualité en gérontologie.

Conclusion

La déficience visuelle est une problématique largement répandue en EHPAD, mais encore trop peu prise en compte de manière systématique dans les pratiques institutionnelles. Cette perte sensorielle, progressive et souvent sous-déclarée, impacte pourtant fortement les activités de la vie quotidienne, la sécurité, l'autonomie fonctionnelle et la participation sociale des résidents.

L'étude menée a permis de mieux comprendre les pratiques actuelles en EHPAD concernant les aménagements pour personnes malvoyantes. Il ressort que les interventions les plus fréquentes concernent les aménagements visuels simples tels que l'ajustement de l'éclairage, le renforcement des contrastes, la mise en place de signalétique agrandie ou encore la réorganisation de l'espace personnel. Ces dispositifs sont perçus comme accessibles et efficaces à court terme, car ils contribuent directement à sécuriser les déplacements, faciliter les repères et renforcer l'autonomie dans les gestes du quotidien.

Cependant, l'analyse révèle également une faible diversité des aménagements proposés, et un usage limité des outils tactiles, auditifs ou olfactifs pourtant recommandés dans les sources citées. Les cheminements podotactiles, repères sonores ou aides numériques restent exceptionnels. Cette situation reflète plusieurs freins récurrents évoqués par les professionnels : manque de temps, de moyens matériels, de formation spécifique, ou encore absence de procédures claires au sein des établissements. Dans ce contexte, les aménagements sont souvent réalisés de manière ponctuelle, au cas par cas, et dépendent largement de l'initiative individuelle du professionnel.

Au-delà de ces constats, ce travail met en lumière le potentiel d'action de l'ergothérapeute dans ce domaine. Par son expertise en analyse de l'activité et en adaptation de l'environnement, il est en position de proposer des solutions concrètes et personnalisées pour limiter les effets de la malvoyance et maintenir une qualité de vie satisfaisante. Son rôle peut s'étendre au-delà de la mise en place des dispositifs : il peut former les équipes, sensibiliser les familles, contribuer aux projets institutionnels, et impulser une dynamique de prévention autour des risques sensoriels.

Des axes d'amélioration se dessinent clairement. Il serait nécessaire, à l'échelle des établissements, d'intégrer de manière systématique l'évaluation visuelle dans le bilan d'entrée et dans les projets personnalisés d'accompagnement. La création de protocoles communs sur les adaptations visuelles, et l'accès facilité à la formation continue sont autant de leviers pour structurer des pratiques homogènes et pérennes. À plus long terme, la reconnaissance institutionnelle de ces enjeux pourrait favoriser une meilleure allocation de ressources pour des aménagements plus complets et inclusifs.

Enfin, ce mémoire ouvre des perspectives pour la recherche et l'innovation en gériatrie : il conviendrait de mieux évaluer l'impact des différents types d'aménagements sur les indicateurs de santé, d'autonomie, d'indépendance et de bien-être. Le développement d'outils d'évaluation partagés, validés scientifiquement, permettrait aussi de mieux objectiver les effets des adaptations dans le temps.

Références bibliographiques

- Ahluwalia, S. C., Gill, T. M., Baker, D. I., & Fried, T. R. (2010). Perspectives of Older Persons on Bathing and Bathing Disability : A Qualitative Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(3), 450-456. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02722.x>
- ANESM. (s. d.). *REPÉRAGE DES DÉFICiences SENSORIELLES ET ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES QUI EN SONT ATTEINTES DANS LES ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES ÂGÉES - VOLET EHPAD.*
- ANESM. (2018). *LE PROJET PERSONNALISÉ : UNE DYNAMIQUE DU PARCOURS D'ACCOMPAGNEMENT (VOLET EHPAD).*
- Balakrishnan, P., McGwin Jr., G., & Owsley, C. (2024). Timed instrumental activities of daily living tasks in adults with irreversible vision impairment : Validation to visual function and self-report. *BMC Ophthalmology*, 24(1), 417. <https://doi.org/10.1186/s12886-024-03683-4>
- Bourne, R. R. A., Flaxman, S. R., Braithwaite, T., Cicinelli, M. V., Das, A., Jonas, J. B., Keeffe, J., Kempen, J. H., Leasher, J., Limburg, H., Naidoo, K., Pesudovs, K., Resnikoff, S., Silvester, A., Stevens, G. A., Tahhan, N., Wong, T. Y., Taylor, H. R., Bourne, R., ... Zheng, Y. (2017). Magnitude, temporal trends, and projections of the global prevalence of blindness and distance and near vision impairment : A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(9), e888-e897. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30293-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30293-0)
- Brunes, A., B Hansen, M., & Heir, T. (2019). Loneliness among adults with visual impairment : Prevalence, associated factors, and relationship to life satisfaction. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1096-y>
- Code de l'action sociale et des familles—Légifrance.* (s. d.). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006074069
- Delaisse & al. (2022a). *L'Ergothérapie en France : Une perspective historique.* file:///C:/Users/chero/OneDrive/Bureau/ERGO.pdf
- Delphine DUPRÉ-LÉVÈQUE. (2016). *REPÉRAGE DES DÉFICiences SENSORIELLES ET ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES QUI EN SONT ATTEINTES DANS LES ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES ÂGÉES.* 104.
- Deremeik, J., Broman, A. T., Friedman, D., West, S. K., Massof, R. W., Park, W., Bandeen-Roche, K., Frick, K., & Munoz, B. (2007). Low vision rehabilitation in a nursing home population : The SEEING study. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 101(11), 701-714. <https://doi.org/10.1177/0145482x0710101104>
- Dunne, T. E., Neargarder, S. A., Cipolloni, P. B., & Cronin-Golomb, A. (2004). Visual contrast enhances food and liquid intake in advanced Alzheimer's disease. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 23(4), 533-538. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2003.09.015>
- Dupré-Lévêque, D. (s. d.). *Viens chez moi, j'habite dans un EHPAD.*
- E, J.-Y., Li, T., McInally, L., Thomson, K., Shahani, U., Gray, L., Howe, T. E., & Skelton, D. A. (2020). Environmental and behavioural interventions for reducing physical activity

limitation and preventing falls in older people with visual impairment. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(9), CD009233.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009233.pub3>

Figueiro, M. G., Gras, L. Z., Rea, M. S., Plitnick, B., & Rea, M. S. (2012). Lighting for improving balance in older adults with and without risk for falls. *Age and Ageing*, 41(3), 392-395. <https://doi.org/10.1093/ageing/afr166>

Fricke, T. R., Tahhan, N., Resnikoff, S., Papas, E., Burnett, A., Ho, S. M., Naduvilath, T., & Naidoo, K. S. (2018). Global Prevalence of Presbyopia and Vision Impairment from Uncorrected Presbyopia : Systematic Review, Meta-analysis, and Modelling. *Ophthalmology*, 125(10), 1492-1499. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2018.04.013>

HAS. (2022). *Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux*.

Heesterbeek, T. J., van der Aa, H. P. A., van Rens, G. H. M. B., Twisk, J. W. R., & van Nispen, R. M. A. (2017a). The incidence and predictors of depressive and anxiety symptoms in older adults with vision impairment : A longitudinal prospective cohort study. *Ophthalmic & Physiological Optics: The Journal of the British College of Ophthalmic Opticians (Optometrists)*, 37(4), 385-398.
<https://doi.org/10.1111/opo.12388>

Heesterbeek, T. J., van der Aa, H. P. A., van Rens, G. H. M. B., Twisk, J. W. R., & van Nispen, R. M. A. (2017b). The incidence and predictors of depressive and anxiety symptoms in older adults with vision impairment : A longitudinal prospective cohort study. *Ophthalmic & Physiological Optics: The Journal of the British College of Ophthalmic Opticians (Optometrists)*, 37(4), 385-398.
<https://doi.org/10.1111/opo.12388>

Karine BAUDY. (2023). *Enjeux du vieillissement – Synthèse des travaux*.

Katz, S. (1983). Assessing self-maintenance : Activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society*, 31(12), 721-727. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1983.tb03391.x>

Kee, Q. T., Abd Rahman, M. H., Mohamad Fadzil, N., Mohammed, Z., & Shahar, S. (2021). The impact of near visual impairment on instrumental activities of daily living among community-dwelling older adults in Selangor. *BMC Research Notes*, 14(1), 395.
<https://doi.org/10.1186/s13104-021-05813-3>

Kestens C. (2019). *Les Déficiences Visuelles*.

Ladouceur, B. (2008). Vincent Caradec, Sociologie de la vieillesse et du vieillissement. *Lectures*. <https://doi.org/10.4000/lectures.612>

Leland, N. E., Kaldenberg, J., & Lee, I. (2012). Watching Their Steps. *OT practice*, 17(11), 7-16.

LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1), 2005-102 (2005).

LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (1), 2012-300 (2012).

- Long-term care residents face significant barriers to vision screening, eye care.* (s. d.).
<https://www.healio.com/news/optometry/20250415/longterm-care-residents-face-significant-barriers-to-vision-screening-eye-care>
- Marie-Chantal Morel-Bracq. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie*.
- M-P. Chritiaen-Colmez. (2019). *Accompagnement des résidents malvoyants en EMS*.
- Muurinen, S. M., Soini, H. H., Suominen, M. H., Saarela, R. K. T., Savikko, N. M., & Pitkälä, K. H. (2014). Vision impairment and nutritional status among older assisted living residents. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 58(3), 384-387.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2013.12.002>
- Naël, V., Moreau, G., Monfermé, S., Cougnard-Grégoire, A., Scherlen, A.-C., Arleo, A., Korobelnik, J.-F., Delcourt, C., & Helmer, C. (2019). Prevalence and Associated Factors of Uncorrected Refractive Error in Older Adults in a Population-Based Study in France. *JAMA Ophthalmology*, 137(1), 3-11.
<https://doi.org/10.1001/jamaophthalmol.2018.4229>
- National Academies of Sciences, E., Division, H. and M., Practice, B. on P. H. and P. H., Health, C. on P. H. A. to R. V. I. and P. E., Welp, A., Woodbury, R. B., McCoy, M. A., & Teutsch, S. M. (2016). The Impact of Vision Loss. In *Making Eye Health a Population Health Imperative : Vision for Tomorrow*. National Academies Press (US).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK402367/>
- Øien, T. B. (2022). A Study of Environmental Factors in Low Vision Rehabilitation. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 3, 829903. <https://doi.org/10.3389/fresc.2022.829903>
- OMS. (2015). *Report on Ageing And Health*.
- Pelletier, A. L., Rojas-Roldan, L., & Coffin, J. (2016). Vision Loss in Older Adults. *American Family Physician*, 94(3), 219-226.
- Prieur Chaintré, A., Couturier, Y., Nguyen, T. H. T., & Levasseur, M. (2024). Influence of Hearing Loss on Social Participation in Older Adults : Results From a Scoping Review. *Research on Aging*, 46(1), 72-90.
<https://doi.org/10.1177/01640275231174561>
- Remillard, E. T., Koon, L. M., Mitzner, T. L., & Rogers, W. A. (2024). Everyday Challenges for Individuals Aging With Vision Impairment : Technology Implications. *The Gerontologist*, 64(6), gnad169. <https://doi.org/10.1093/geront/gnad169>
- Resnikoff, S., Pascolini, D., Etya'ale, D., Kocur, I., Pararajasegaram, R., Pokharel, G. P., & Mariotti, S. P. (2004). Global data on visual impairment in the year 2002. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 844-851.
- Sander et al. (2005). *Les personnes ayant un handicap visuel—Les apports de l'enquête Handicaps—Incapacités—Dépendance*.
- Thornton, J., Edwards, R., Mitchell, P., Harrison, R. A., Buchan, I., & Kelly, S. P. (2005). Smoking and age-related macular degeneration : A review of association. *Eye (London, England)*, 19(9), 935-944. <https://doi.org/10.1038/sj.eye.6701978>
- van der Aa, H. P. A., van Rens, G. H. M. B., Comijs, H. C., Margrain, T. H., Gallindo-Garre, F., Twisk, J. W. R., & van Nispen, R. M. A. (2015). Stepped care for depression and

anxiety in visually impaired older adults : Multicentre randomised controlled trial. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 351, h6127. <https://doi.org/10.1136/bmj.h6127>

World Health Organization. (2019). *World report on vision*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/328717>

Annexes

Annexe I. Questionnaire de recherche

Annexe I. Questionnaire de recherche

Introduction

Bonjour,
Je suis étudiant en 3e année de formation en ergothérapie et je réalise un mémoire de fin d'études portant sur la question suivante :

" Quels aménagements de l'environnement sont mis en place par les ergothérapeutes en EHPAD pour améliorer la participation des personnes malvoyantes dans leurs activités de vie quotidienne ?"

Dans ce cadre, je cherche à recueillir l'expérience et les pratiques des ergothérapeutes travaillant en EHPAD. Ce questionnaire a pour objectif de mieux comprendre les logiques d'intervention, les types d'aménagements mis en place, et les éventuelles limites rencontrées dans ce contexte spécifique.

- Durée estimée : environ 10 minutes
- Toutes les réponses sont anonymes et seront utilisées uniquement dans le cadre de ce mémoire.
- Merci d'avance pour votre participation précieuse !

Information sur les répondants

Est-ce que vous confirmez être ergothérapeute diplômé d'Etat ?

- Oui
- Non

Depuis combien de temps exercez vous en tant qu'ergothérapeute ?

- Moins d'un an
- Entre 1 et 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Plus de 10 ans

Travaillez-vous en EHPAD ?

- Oui
- Non

Depuis combien de temps travaillez-vous en EHPAD ?

- Moins d'un an
- Entre 1 et 3 ans
- Plus de 3 ans

Dans combien d'établissements travaillez-vous actuellement ?

- Un seul
- Deux
- Trois et plus

Pour chaque établissement où vous intervenez, merci de préciser son type de gestion

- CHU / Hôpital public
- Association gestionnaire
- Établissement privé à but lucratif
- CCAS / collectivité territoriale
- Fondation
- Mutuelle
- Sessad
- Autre

Autre :

Quelle est votre amplitude horaire sur votre lieu de travail ?

- 100%
- 80%
- 50%
- Moins de 50%

Avez-vous déjà travaillé avec des résidents malvoyants ?

- Oui
- Non

Avez-vous suivi une formation spécifique sur la prise en charge des personnes malvoyantes ?

- Oui, lors de ma formation initiale
- Oui, en formation continue
- Non

Avez-vous déjà participé à des actions de sensibilisation sur la malvoyance en EHPAD ?

- Oui
- Non

Travaillez-vous ou avez-vous déjà travaillé en collaboration avec des professionnels spécialisés en basse vision (ex. orthoptistes, opticiens, associations) ?

- Oui
- Non

Précisez les quels :

Connaissance et évaluation de la malvoyance

Estimez-vous avoir une bonne connaissance des différentes formes de malvoyance chez la personne âgée ?

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

Selon vous, la malvoyance est-elle systématiquement identifiée et prise en compte dans le projet de soins ou d'accompagnement ?

- Oui
 - Non
 - Cela dépend des cas
- Cela dépend des cas :
-

La malvoyance en EHPAD

Parmi les résidents que vous suivez, quelle proportion estimez-vous comme étant concernée par une forme de malvoyance (tous degrés confondus) ?

- Moins de 25 %
- Entre 25 % et 50 %
- Entre 50 % et 75 %
- Plus de 75 %

Pour ces résidents, quelles répercussions principales la malvoyance entraîne-t-elle dans leur quotidien ? (Plusieurs réponses possibles)

- Isolement / retrait social
- Anxiété / agitation
- Risque de chute
- Perte d'autonomie dans les déplacements
- Difficultés dans les AVQ (toilette, habillage...)
- Désorientation spatiale
- Autres

Autres :

Dans quelles AVQ le résident est-il le plus impacté ?

- La toilette de visage
- La toilette de corps
- Les soins dentaires
- L'habillage
- La prise du repas
- La participation aux activités
- Les loisirs
- Autres

Autres :

Dans quels déplacements le résident est-il le plus impacté ?

- Dans sa chambre
- Dans les endroits communs (couloirs, salle d'animation, PASA, ...)
- En extérieur
- Autres

Autres :

Quels outils ou échelles utilisez-vous pour évaluer l'impact de la malvoyance la participation du résidents ? (Plusieurs réponses possibles)

- Mise en situation
- Entretien avec le résident
- Grilles internes ou institutionnelles
- Évaluation des AVQ
- Aucun outil formel utilisé
- Grilles d'évaluation visuelle
- Autres outils (précisez)

Autres outils (précisez) :

Aménagements environnementaux et interventions

Quels types d'aménagements environnementaux avez-vous déjà mis en place spécifiquement pour des résidents malvoyants ? (Plusieurs réponses possibles)

- Renforcement ou ajustement de l'éclairage
- Mise en place de repères tactiles
- Contrastes visuels
- Utilisation de signalétiques agrandies ou pictogrammes
- Réorganisation de l'espace personnel
- Interventions sur les espaces collectifs
- Installation ou adaptation d'aides techniques
- Changement de chambre
- Autres

Autres :

Où utilisez-vous les pictogrammes ou images agrandies ?

Parmi les contrastes visuels, les quels mettez-vous en place ?

- Marquage des interrupteurs
- Marquage des poignets
- Marquages des aides au déplacement
- Marquages des sanitaires
- Pastillages de couleur lors des activités
- Support à contraste élevé
- Autres

Autres :

Parmi les mises en places de repères tactiles, les quels mettez-vous en place ?

- Poignet texturées
- Marquages au sol
- Balisage sur les mains courantes
- Autres

Autres :

Parmi les ajustement de l'éclairage, les quels mettez-vous en place ?

- Ajout de lampes
- Favoriser la lumière naturelle
- Suppression des contrejours
- Chemin lumineux
- Autres

Autres :

Ces aménagements sont-ils systématiquement adaptés au degré de malvoyance du résident ?

- Oui
- Non

Expliquez brièvement comment vous différenciez les aménagements selon le degré de malvoyance (modérée, sévère, cécité) :

Utilisez-vous une méthodologie ou un cadre de référence pour guider ces aménagements ?

- Recommandations HAS
- Recommandations internes à l'établissement
- Expérience personnelle / empirique
- Aucune méthode formalisée

Quels sont les éléments qui vous poussent à proposer ou mettre en place un aménagement pour un résident malvoyant ? (Plusieurs réponses possibles)

- Demande directe du résident
- Application d'une recommandation institutionnelle ou réglementaire
- Échange en réunion pluridisciplinaire
- Résultats d'une évaluation formalisée (grille, bilan ergo, test visuel...)
- Recommandation ou alerte d'un membre de l'équipe soignante
- Événement déclencheur (chute, désorientation, plainte exprimée...)
- Observation de difficultés en situation (déplacements, AVQ, orientation...)
- Autres

Autres :

À quels besoins fonctionnels ces aménagements répondent-ils ? (Plusieurs réponses possibles)

- Apaisement / réduction de l'anxiété
- Favoriser la socialisation
- Prévention des chutes
- Maintien des AVQ
- Orientation spatiale
- Sécurisation des déplacements

Dans quels espaces ces aménagements sont-ils le plus souvent réalisés ?

- Chambre
- Salle de bain
- Couloirs
- Salle à manger
- Espaces communs
- Extérieurs
- Autres

Autres :

Comment choisissez-vous les lieux à aménager ?

- En fonction des plaintes du résident
- Sur proposition de l'équipe
- À la suite d'un incident
- En fonction des lieux les plus fréquentés
- Autres

Autres :

Comment évaluez-vous l'impact des aménagements ?

- Retour du résident
- Observation directe
- Retour de l'équipe
- Pas d'évaluation systématique
- Échelle d'évaluation spécifique

Échelle d'évaluation spécifique :

Avez-vous constaté une amélioration de la qualité de vie ou de l'autonomie suite aux aménagements ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Précisez ces améliorations

Si vous deviez lister les trois types d'aménagements pour un résident malvoyant les plus mis en place, les quels seraient-ils ?

Freins et limites à la mise en œuvre

Quelles sont, selon vous, les principales limites à la mise en place d'aménagements spécifiques à la malvoyance ? (Plusieurs réponses possibles)

- Refus ou désintérêt du résident
- Problèmes d'organisation / priorisation
- Difficulté à mobiliser les financements
- Faible sensibilisation des équipes
- Manque de formation
- Manque de temps
- Manque de moyens matériels
- Autres

Autres :

Que faudrait-il mettre en place pour améliorer la prise en charge des résidents malvoyants en EHPAD ? (Réponse libre)

Avez-vous d'autres remarques ou suggestions sur l'adaptation de l'environnement pour les résidents malvoyants ? (Réponse libre)

Les adaptations de l'environnement mis en place par les ergothérapeutes en EHPAD pour les résidents malvoyants

Contexte : La malvoyance chez les personnes âgées est fréquente en EHPAD. Elle altère fortement l'autonomie, la sécurité et la qualité de vie. Dans ce contexte, l'ergothérapeute joue un rôle clé en adaptant l'environnement pour répondre à ces besoins. **Objectifs :** Ce mémoire vise à répertorier et caractériser les aménagements réalisés en EHPAD pour les personnes malvoyantes par les ergothérapeutes, en identifiant les types d'interventions et les freins ou leviers à leur mise en œuvre. **Méthode :** Un questionnaire a été diffusé auprès d'ergothérapeutes exerçant en EHPAD. Construit à partir de la littérature et des recommandations de bonnes pratiques, il comportait des questions fermées et ouvertes réparties en cinq thèmes. L'analyse a combiné données quantitatives et qualitatives. **Résultats :** Les réponses mettent en évidence une prédominance des aménagements visuels simples (éclairage, contrastes, signalétique), surtout en chambre. Les aménagements tactiles, auditifs ou olfactifs restent rares. Les principaux freins évoqués sont le manque de temps, de formation et de moyens. Malgré cela, les bénéfices perçus sur l'autonomie et la qualité de vie sont significatifs. **Conclusion :** L'environnement, en tant qu'outil thérapeutique, reste sous-exploité. L'ergothérapeute a un rôle majeur à jouer pour structurer et développer des pratiques adaptées à la déficience visuelle en EHPAD.

Mots-clés : Ergothérapie, EHPAD, Personne Agée, Malvoyance, Aménagement, Environnement

Environmental adaptations implemented by occupational therapists in nursing homes for visually impaired residents.

Context: Visual impairment among elderly individuals is common in nursing homes (EHPAD). It significantly affects autonomy, safety, and quality of life. In this context, the occupational therapist plays a key role by adapting the environment to meet these specific needs. **Objectives:** This thesis aims to inventory and characterize environmental adaptations implemented by occupational therapists in EHPADs for visually impaired residents. The study seeks to identify the types of interventions and to analyze the barriers and facilitators involved in their implementation. **Method:** A questionnaire was distributed to occupational therapists working in EHPADs. Developed based on literature and best practice guidelines, the questionnaire included both closed and open-ended questions across five main themes. The analysis combined quantitative data and qualitative data. **Results:** The responses reveal a predominance of simple visual adaptations (lighting, contrast, signage), primarily implemented in residents' rooms. Tactile, auditory, or olfactory adaptations remain infrequent. The main obstacles mentioned include lack of time, training, and financial resources. Nevertheless, professionals clearly perceive positive effects on residents' autonomy and quality of life. **Conclusion:** The environment, as a therapeutic tool, remains underutilized. Occupational therapists have a key role to play in structuring and expanding practices adapted to visual impairment in nursing home settings.

Keywords : Occupational Therapy, Nursing Home, Elderly Person, Visual Impairment, Adaptation, Environment

