

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DES SCIENCES DE
L'EDUCATION

DEPARTEMENT D'EDUCATION
SPECIALISEE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF EDUCATION

DEPARTMENT OF SPECIALISED
EDUCATION

THÈME : SENTIMENT D'EFFICACITÉ PERSONNELLE ET
MOTIVATION À L'ÉLABORATION DE LA VICARIANCE
SENSORIELLE CHEZ LA PERSONNE ATTEINTE D'UN GLAUCOME
PRIMITIF À ANGLE OUVERT(GPAO)

Mémoire rédigé et soutenu le 25 septembre 2024 en vue de l'obtention du diplôme de
Master en Éducation spécialisée

Option : Handicaps physiques, instrumentaux et conseil

Par

HIOT YE HIOT Léopold Pierre Ledoux

Titulaire d'une Licence en Linguistique Générale

Matricule : 18X3572



Jury

Président	Pr MGBWA Vandelin	Pr
Rapporteur	Pr NYOCK ILOUGA Samuel	MC
Membre	Dr IGOUI MOUNANG Gilbert	CC

Juillet 2024

SOMMAIRE

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES FIGURES

LISTE DES ABRÉVIATIONS, ACRONYMES, SIGLE ET SYMBOLES

LISTE DES ANNEXES

RÉSUMÉ

ABSTRACT

INTRODUCTION

PREMIÈRE PARTIE : CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE

CHAPITRE 3 : CADRE CONCEPTUEL

DEUXIÈME PARTIE : CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE

CHAPITRE 4 : APPROCHES MÉTHODOLOGIQUES

CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION, ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS
DE L'ÉTUDE

CHAPITRE 6 : DISCUSSION DES RÉSULTATS

CONCLUSION

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

TABLE DES MATIÈRES

DEDICACE

A

Mes parents bien-aimés

HIOT Dominique et ONGMASOK Pauline

REMERCIEMENTS

Nos sincères remerciements :

- A Monsieur le Recteur de l'Université de Yaoundé I (UYI), Le **Professeur ETOUA Rémy Magloire**.
- A Monsieur le Doyen de la Faculté des Sciences de L'Education (FSE), Le **Professeur BELA Cyrille Bienvenue**.
- Au Chef du Département de l'Education Spécialisée (EDS), Le **Professeur MGBWA Vandelin**.
- Au collège des Professeurs et Enseignants d'Université qui ont participé à notre initiation à la recherche scientifique.
- Au **Professeur NYOCK ILOUGA Samuel**, notre encadreur, qui a su donner de son temps et qui n'a ménagé aucun effort tout au long de la conception et de la réalisation de ces travaux de recherche.
- Au **Docteur HAMADOU**, Médecin-Chef de l'Hôpital Militaire de Région N°1, Le (HMR1) pour l'autorisation d'accès à la structure hospitalière dont il en a la charge au moment désigné où nous réalisons notre enquête.
- Au **Docteur MBOGOS N. Cédric**, Médecin Ophtalmologiste des Armées et Chef du Service Spécialisé d'Ophtalmologie de l'Hôpital Militaire de Régions N°1 (HMR1),
- A mes collègues et aîné(e)s dans la recherche, **AMBASSA Davy ; ASSAKO Lucien ; NGEMETA TSAYEM Léonce ; ONGMATOKO Reine et TIOYONG Romuald, YOUSSAOU Moustapha** pour leurs différents apports scientifiques et leur assistance inconditionnelle.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 01 : Répartition des participants par sexe.....	76
Tableau 02 : Répartition des participants par tranche d'âges.....	77
Tableau 03 : Répartition des participants par niveau d'instruction.....	77
Tableau 04 : Répartition des participants par statut socioprofessionnel	78
Tableau 05 : Répartition des participants par antécédent médical	80
Tableau 06 : Répartition des participants par antécédent familial	80
Tableau 07 : Tableau synoptique de la variable indépendantes	84
Tableau 08 : Tableau synoptique de la variable dépendantes	85
Tableau 09 : Tableau relatif aux motifs de consultation	89
Tableau 10 : Tableau relatif à la connaissance des patients sur le glaucome.....	90
Tableau 11 : Tableau de l'analyse descriptive des expériences de maîtrise	91
Tableau 12 : Tableau de l'analyse descriptive des expériences vicariantes.....	92
Tableau 13 : Tableau de l'analyse descriptive de la persuasion verbale.....	93
Tableau 14 : Tableau de l'analyse descriptive de la motivation intrinsèque	94
Tableau 15 : Tableau de l'analyse descriptive de la motivation extrinsèque.....	95
Tableau 16 : Tableau de l'analyse descriptive de l'amotivation	96
Tableau 17 : Corrélations, moyennes, écarts-types et alphas de Cronbach (N = 29).....	98
Tableau 18 : Tableau des résultats issus de l'analyse de régression entre les expériences de maîtrise et la motivation intrinsèque	99
Tableau 19 : Tableau des résultats issus de l'analyse de régression entre l'expérience vicariante et la motivation intrinsèque	100
Tableau 20 : Tableau des résultats issus de l'analyse de régression entre la persuasion verbale et la motivation intrinsèque	101

Tableau 21 : Tableau des résultats issus de l'analyse de régression entre les expériences de maîtrise et la motivation extrinsèque	101
Tableau 22 : Tableau des résultats issus de l'analyse de régression entre l'expérience vicariante et la motivation extrinsèque.....	102
Tableau 23 : Tableau des résultats issus de l'analyse de régression entre la persuasion verbale et la motivation extrinsèque	103
Tableau 24 : Tableau des résultats issus de l'analyse de régression entre les expériences de maîtrise et l'amotivation.....	103
Tableau 25 : Tableau des résultats issus de l'analyse de régression entre les expériences vicariantes et l'amotivation	104
Tableau 26 : Tableau des résultats issus de l'analyse de régression entre la persuasion verbale et l'amotivation	105

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Coupe schématique annotée du globe oculaire (Sutter, 1993 ; Lavigne et Larimel, 2013).....	26
Figure 2 : Circulation de l’humeur aqueuse (Sutter, 1993).....	27
Figure 3 : photographie sous fond d’œil d’une papille optique normal et d’une papille optique présentant une excavation glaucomateuse (Sissoko, 2009)	28
Figure 4 : Le continuum d’autodétermination (Ryan et Déci, 2000).....	60
Figure 5 : Organigramme du SSO/HIARAY	70
Figure 6 : Diagramme récapitulatif du processus d’enquête.....	75
Figure 7 : Histogramme de l’analyse descriptive des expériences de maîtrise(EM)	92
Figure 8 : Histogramme de l’analyse descriptive des expériences vicariantes (EV)	93
Figure 9 : Histogramme de l’analyse descriptive de la persuasion verbale(PV).....	94
Figure 10 : Histogramme de l’analyse descriptive de la motivation intrinsèque(MI).....	95
Figure 11 : Histogramme de l’analyse descriptive de la motivation intrinsèque (ME)	96
Figure 12 : Histogramme de l’analyse descriptive de l’amotivation(AM)	97

LISTE DES ABREVIATIONS, ACRONYMES, SIGLE ET SYMBOLES

/ : Rien à signaler

ASTI : Advanced School of Translator and Interpreters

AVC : Attaque Vasculaire Cérébrale

APAIS : Amsterdams Preoperative Anxiety and Information Scale

BOLD : Blood Oxygenation Level Dependent

Cf : Confère

CIM : Classification Internationale des Maladies

CJARC : Club des Jeunes Aveugles Réhabilités du Cameroun

DMLA : Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age

GPAO/GCAO : Glaucome « Primitif/Chronique » à Angle Ouvert

IAPB : Agence International pour la Prévention de la Cécité

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IRM(f) : Imagerie par Résonance Magnétique (fonctionnelle)

IVT : Injection Intra Vitréenne

HIARAY : Hôpital d'Instruction, d'Application et de Référence des Armées de Yaoundé

HMR1 : Hôpital Militaire de Région 1

HMY : Hôpital Militaire de Yaoundé

HTA : Hypertension Artérielle

HTO : Hypertonie Oculaire

MICEI : Magrabi ICO Cameroun Eye Institute

MINSANTE : Ministère de la Santé Publique

Mm Hg : Millimètres Mercure

OCT : Optical Coherence Tomography/Tomographie en Cohérence Optique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PIO : Pression Intra Oculaire

QdV : Qualité de Vie

TAS : Théorie de l'Apprentissage Social

TDA : Théorie de l'Autodétermination

TSC : Théorie Socio Cognitive

TSO : Technicien Supérieur d'Ophtalmologie

SEP : Sentiment d'Efficacité Personnelle

SFO : Société Française d'Ophtalmologie

SSO : Service Spécialisé d'Ophtalmologie

VD : Variable Dépendante

VI : Variable Indépendante

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : AUTORISATION DE RECHERCHE	XII
ANNEXE 2 : AUTORISATION D'ACCES	XIII
ANNEXE 3 : TABLEAU INDICATIF DU NIVEAU DE CONNAISSANCE	XIV
ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN.....	XV
ANNEXE 5 : RETRANSCRIPTION HMR001.....	XVII
ANNEXE 6 : RETRANSCRIPTION HMR003.....	XX
ANNEXE 7 : RETRANSCRIPTION HMR008.....	XXII
ANNEXE 8 : RETRANSCRIPTION HMR015.....	XXV
ANNEXE 9 : RETRANSCRIPTION HMR017.....	XXVII
ANNEXE 10 : RETRANSCRIPTION HMR018.....	XXIX
ANNEXE 11 : RETRANSCRIPTION HMR025.....	XXXII
ANNEXE 12 : RETRANSCRIPTION HMR026.....	XXXV
ANNEXE 13 : RETRANSCRIPTION HMR029.....	XXXVIII
ANNEXE 14 : QUESTIONNAIRE DU SENTIMENT D'EFFICACITE PERSONNELLE EN LIEN A L'ACTE VICARIANT SENSORIELLE	XL
ANNEXE 15 : PLANCHE BRAILLE	XLI
ANNEXE 16 : QUESTIONNAIRE DE LA MOTIVATION EN LIEN A L'ELABORATION DE LA VICARIANCE SENSORIELLE	XLII

RESUME

Avec une étiologie encore peu maîtrisée, le glaucome chronique à angle ouvert est la deuxième affection oculaire cause de cécité dans le monde. Au Cameroun, sa prise en charge est essentiellement biomédicale. D'ailleurs, les soins administrés consistent d'une part à préserver l'intégrité de la vue et d'autres parts, à retarder la dégradation progressive des facultés visuelles qui peut aboutir à une cécité irréversible. Toutefois, même lorsque le diagnostic et la prise en charge sont engagés précocement, il n'est pas exclu de voir les patients glaucomateux être gagnés par la cécité. Sans oublier que, durant le suivi thérapeutique, aucune disposition (technique et même psychologique) ne leur permet de faire face à la survenue d'une telle éventualité. Fort de ce constat, nous avons choisi d'orienter nos recherches sur le potentiel vicariant sensoriel des patients glaucomateux. Ayant donc convoqué la théorie sociocognitive de Bandura (1986) et l'autodétermination de Deci et Ryan (1985), nous avons tenté de répondre à la question de savoir si le sentiment d'efficacité personnelle peut constituer un facteur de motivation à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez la personne glaucomateuse. Pour cela, notre étude a été réalisée auprès de 29 individus admis comme patients au sein du service spécialisé d'ophtalmologie de l'HIARAY. L'objectif de cette étude portant sur l'évaluation de l'effet causal des croyances d'efficacité personnelle sur la motivation, notre collecte des données a été réalisée à partir d'un guide d'entretien et deux questionnaires d'administration direct. L'exploitation des données collectées s'est faite par des équations de régression simples via le logiciel d'analyse Statistica. Les résultats obtenus démontrent qu'en dépit du lien de causalité qui puisse exister entre les croyances d'efficacité personnelle et la motivation, aucune significativité n'est observée entre les croyances d'efficacité personnelle et la motivation interne (expériences de maîtrise et motivation intrinsèque ($\beta = 0,101$; $p = 0,603$); expériences vicariantes et motivation intrinsèque ($\beta = 0,072$; $p = 0,712$) et persuasion verbale et motivation intrinsèque ($\beta = 0,015$; $p = 0,938$)). De même, cette tendance est aussi vérifiée entre les croyances d'efficacité personnelle et l'amotivation (expériences de maîtrise et amotivation ($\beta = -0,324$; $p = 0,086$); expériences vicariantes et amotivation ($\beta = -0,314$; $p = 0,097$) et persuasion verbale et amotivation ($\beta = -0,350$; $p = 0,063$)). Cependant, il advient de remarquer que ce lien est partiellement significatif entre les croyances d'efficacité personnelle et la motivation extrinsèque (expériences de maîtrise et motivation intrinsèque ($\beta = 0,218$; $p = 0,256$); expériences vicariantes et motivation intrinsèque ($\beta = 0,476$; $p = 0,009$) et persuasion verbale et motivation intrinsèque ($\beta = 0,536$; $p = 0,003$)). Au terme de cette analyse, il en ressort que le facteur psychologique est une donnée capitale à prendre en compte dans la pratique des soins, mais pas que. Car favorable à l'apparition de troubles anxieux qui peuvent mettre en mal le lien existant entre les croyances d'efficacité personnelle et la motivation dans le processus d'élaboration de la vicariance sensorielle.

Mots clés : Glaucome, Motivation, sentiment d'efficacité personnelle et vicariance sensorielle.

ABSTRACT

Chronic open-angle glaucoma is the second disease of eye, leading cause of blindness in the world, and its etiology is still poorly understood. In Cameroon, treatment is essentially biomedical. The care provided aims on the one hand to preserve the integrity of the sight, and on the other, to delay the progressive deterioration of visual faculties that can lead to irreversible blindness. Unfortunately, even when the diagnosis and treatment are started early, it is not inconceivable that glaucoma patients to become blind. Furthermore, during the therapeutic follow-up, there is no support (technical or even psychological) to help patient to address such an eventuality. Based on this observation, we decided to focus on the sensory vicarious potential of glaucoma patients. Drawing on Bandura's social cognitive theory (1986) and Deci and Ryan's self-determination theory (1985), we called into question whether the feeling of self-efficacy could be a motivating factor in the development of sensory vicariousness in glaucoma patients. To answer this question, we have conducted our study involving 29 individuals admitted as patients to the HIARAY specialist ophthalmology department. Since the aim of this study was to evaluate the causal effect of self-efficacy beliefs on motivation, we collected data using an interview guide and two direct-administration questionnaires. The collected data were processed using simple regression equations with Statistica analysis software. The results show that, despite the causal link that may exist between self-efficacy beliefs and motivation, no significance was observed between self-efficacy beliefs and internal motivation (mastery experiences and intrinsic motivation ($\beta = .101$; $p = .603$); vicarious experiences and intrinsic motivation ($\beta = .072$; $p = .712$) as well as verbal persuasion and intrinsic motivation ($\beta = .015$; $p = .938$)). Similarly, this trend is also verified between self-efficacy beliefs and amotivation (mastery experiences and amotivation ($\beta = -.324$; $p = .086$); vicarious experiences and amotivation ($\beta = -.314$; $p = .097$) and verbal persuasion and motivation ($\beta = -.350$; $p = .063$)). However, it should be noted that this link was partially significant between self-efficacy beliefs and extrinsic motivation (mastery experiences and intrinsic motivation ($\beta = .218$; $p = .256$); vicarious experiences and intrinsic motivation ($\beta = .476$; $p = .009$) and verbal persuasion and intrinsic motivation ($\beta = .536$; $p = .003$)). At the end of the analysis, we notice that the psychological factor is crucial. It must be taken into account in healthcare practice, but not only. As it is conducive to the onset of anxiety disorders that can undermine the existing link between self-efficacy beliefs and motivation in the development of sensory vicariousness.

Key words: Glaucoma, motivation, self-efficacy and sensory vicarious.

INTRODUCTION

Dans toutes les sociétés actuelles, la préservation de la santé des populations est un défi permanent et fastidieux. Les conditions de vie n'étant pas situées au même niveau pour tous les individus d'une même population, les gouvernements – aux travers de leur système de santé – s'efforcent de mettre sur pied des politiques et stratégies répondant à la satisfaction des besoins du plus grand nombre. Les besoins étant d'ordre divers et variés, il est donc question pour les états du monde de focaliser leur attention sur la préservation et l'amélioration du bien-être des personnes. Bien-être qui d'ailleurs passe par la considération d'une somme de composantes ayant propension à entrevoir la « santé » du point de vue biopsychosocial. Dès lors, les problèmes de santé devraient être abordés de façon à permettre aux patients (en souffrance) de réinvestir la vie dans toutes ses dimensions, surtout quand ces derniers sont confrontés à des troubles d'ordre chroniques tel que le glaucome.

Aux côtés de la DLMA (Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age) et de la rétinopathie Diabétique, le glaucome est connu à ce jour comme étant le trouble oculaire chronique le plus dangereux pour la vue, car tenu d'être la première cause de cécité dans le monde. Cependant, c'est sous sa forme dite « Primitif à Angle Ouvert (GPAO) » qu'il est bien plus à craindre pour la vision. Qualifié de « tueur silencieux de la vue », le Glaucome Primitif à Angle Ouvert (GPAO) est une pathologie oculaire qui ne fait acception de personne. Il est tout aussi bien présent chez les personnes adultes que les enfants. Mais en particulier, il sévit un peu plus dans la population mélanoderme (personnes de couleur « noir »), qui selon les spécialistes correspond à la cible la plus à risque (Renard et Sellem, 2014). Au niveau mondial, les chiffres sont assez importants puisqu'on dénombrait déjà en 2020, 76 millions de personnes porteuses de cette pathologie. Et selon certaines prévisions, ce chiffre pourrait être porté à 112 millions d'ici 2040 (IAPB, 2021).

Au Cameroun, bien que le GPAO constitue un problème de santé publique, l'aperçu du taux de sa prévalence n'est évalué que sur la base d'un ensemble de travaux isolés. En 2006, Ellong et ses collaborateurs ont mené une étude centrée sur la prévalence des glaucomes sur près de 1 343 mélanoderme camerounais. Et au terme de ce travail réalisé à l'hôpital général de Douala, il en ressort que le taux de prévalence du GPAO est de loin supérieur (4,4 %) à celui des glaucomes de types congénital (0,07) et Primitif à Fermeture de l'Angle (0,03). Par ailleurs, avec le manque de coordination des différentes initiatives (campagne de sensibilisation ; dépistage ; campagne de santé gratuit, etc.) qui ne facilitent guère une claire lisibilité du taux des cas en présence à l'échelle nationale, le MINSANTE (2015) estime néanmoins que 2 à 6% des cas de cécité sont imputable au GPAO.

La dangerosité de cette pathologie pour l'intégrité visuelle des mélanodermes camerounais amène les spécialistes de la vision à mettre un accent particulier sur le suivi thérapeutique. Ainsi, entre diagnostic et prise en charge précoce, il convient de noter que, les soins prodigués (intervention biomédicale et visite de contrôle) doivent s'effectuer sans interruption afin de retarder la dégradation progressive des facultés visuelles, qui très souvent débouche vers une cécité bilatérale irréversible. En effet, malgré les nombreux procédés thérapeutiques (médicamenteux ; chirurgical et laser) que l'on puisse engager pour la préservation des facultés visuelles, il est assez fréquent de constater que certains patients glaucomateux pris en charge perdent brutalement la vue sans aucun recours médical possible. Par ailleurs, lorsque survient la cécité, les patients glaucomateux – eux qui n'ont pas été préparés à cette éventualité – sont abandonnés à eux-mêmes. D'autant plus que les ophtalmologistes n'ont aucune habileté dans la prise en charge des personnes présentant un tel état pathologique.

Pourtant si l'on tient compte de l'extraordinaire capacité qu'a le cerveau à pouvoir se réorganiser, il est tout à fait possible d'envisager un accompagnement préventif centré sur les capacités adaptatives sensorielles des personnes glaucomateuses. De sorte à faire émerger le potentiel vicariant sensoriel grâce auquel tout patient glaucomateux pourrait acquérir les aptitudes requises qui lui permettront de faire face à l'éventualité d'une cécité. Aussi absurde que pourrait paraître une entreprise comme celle-là, bon nombre d'études réalisées dans le domaine des neurosciences (Pascual-Leone et Hamilto, 2001 ; Merabet, et al., 2008 et Sabbah, 2015) semblent apporter une crédibilité non négligeable à l'implémentation d'une telle initiative. Seulement, étant donné que les considérations actuelles tendent toujours à associer de manière exclusive l'acte vicariant sensoriel aux personnes déficientes visuelles, il convient très certainement de centrer cette accompagnement sur les croyances personnelles d'efficacité. Ceci dans l'optique d'influer sur la motivation des patients glaucomateux afin qu'il puisse adopter tout le long de l'accompagnement, un comportement volontaire et dénué de toute contrainte.

Cherchant donc à déterminer le niveau d'implication des croyances d'efficacité personnelle dans la motivation à l'élaboration de la vicariance sensorielle, nous nous sommes rapprochés du service ophtalmologique de l'HIARAY (Hôpital d'Instruction, d'Application et de Référence des Armées de Yaoundé), où il nous a été donné d'observer les patients glaucomateux dans le contexte de la prise en charge biomédicale. En effet, tout au long de cette période de pleine immersion, nous avons pu relever quelques faits marquants. À savoir que la prise en charge biomédicale prenait très rarement en compte l'impact psychologique de

la maladie sur l'état général de santé des patients. Aussi, le niveau de connaissance des patients sur le glaucome dépend fortement de la qualité des rapports que ces derniers entretiennent avec le professionnel de la santé.

Afin de rendre disponible l'état général des travaux entrepris au sein de cette institution sanitaire de référence, nous avons choisi d'articuler notre propos autour de six (06) chapitres repartis en deux grandes parties que sont : **Le cadre conceptuel et théorique** (Problématique de l'étude ; Revue de la littérature et Cadre conceptuel) et **Le cadre méthodologique et opérationnel** (Approches méthodologiques ; Présentation, analyse et interprétation des résultats et Discussion des résultats). Bien entendu, à la suite de la discussion des résultats de ce travail, s'en suivra la partie réservée à la conclusion.

PREMIERE PARTIE : CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ETUDE

Selon Nda' (2015), la problématique est un construit d'idées, de faits empiriques et théoriques, autour duquel gravite un objet de préoccupation remis en cause par un questionnement duquel découlent aussi des hypothèses portées à analyse selon des objectifs bien définis. C'est d'ailleurs ce que Gosselin (1994) désigne comme étant un procédé intelligent qui permet une formulation méthodique d'un manquement dans l'état de nos connaissances sur un objet donné. En d'autres termes, nous dirons certainement de la problématique, qu'elle se définit comme un exercice scientifique, stricte et rigoureux qui incite le chercheur à effectuer une somme d'opérations, qui lui permettront d'approcher la vérité mais aussi de réduire son ignorance autour d'un objet précis. Pour le compte de la problématique que nous soumettons en étude, nous allons procéder de la manière suivante : contexte et de la justification de l'étude, problème de recherche, question de recherche, hypothèses de recherche, objectifs de recherche, intérêts de l'étude, délimitation de l'étude et définition des concepts.

1.1.Contexte

Afin de mieux situer notre contexte d'étude, nous procéderons tout d'abord par un état des lieux et ensuite nous poserons le constat.

1.1.1. Etat des lieux

La cécité est un état pathologique caractérisé par une perte partielle ou totale des facultés oculaires. Tout comme la malvoyance, elle se manifeste par un dysfonctionnement de la vision suivant deux fonctions primaires que sont : l'acuité visuelle (capacité optique à pouvoir discerner des détails très fins) et le champ visuel (capacité à pouvoir saisir du regard l'espace environnant lorsque l'œil reste figé). Selon la nomenclature des déficiences visuelles contenue dans la Classification Internationale des Maladies (CIM) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2015), l'on distingue trois principales formes de cécité, qui en fonction du niveau de perception de la lumière de l'oeil, sont réparties entre les catégories 3, 4 et 5. Ainsi, d'après le critérium définitoire actuel retenu par l'OMS, aucune différence n'est faite entre des personnes qui ont une cécité absolue (absence de perception lumineuse) et celles qui ont une perception lumineuse mais dont l'acuité visuelle est inférieure à 1/20 (cécité légale).

Sommairement, plusieurs facteurs peuvent être cause de cécité, au rang desquels nous retrouvons : les accidents en tout genre accompagnés d'un traumatisme au niveau de l'aire cérébrale visuelle et les maladies oculaires telles que l'onchocercose, la xérophtalmie etc. De plus, La cécité peut également résulter des complications survenues suite à l'évolution de certaines maladies chroniques tel que le diabète de type 2. Cependant, Outre les causes qui viennent d'être énumérées, il convient de noter que le développement socio-économique et l'amélioration du niveau de vie dans de nombreuses sociétés (Mage, 1992) constituent à ce jour d'importants facteurs de risque de cécité chez la personnes du troisième âge. En d'autres termes, le vieillissement des populations et la croissance démographique (Gupta, 2014) sont des facteurs favorables au développement des troubles oculaires chroniques tels que le glaucome.

Catégorisé comme la première affection oculaire chronique cause de cécité chez la personne adulte (Koama, 2017), le glaucome constitue environ 15% de toute la cécité mondiale (Thylefors, Negrel, Pararajasegaram, et Dadzie, 1995). Bien qu'il n'existe pas de définition consensuelle entre les spécialistes de la santé, le glaucome peut néanmoins être défini comme étant « une neuropathie optique progressive qui se manifeste par des anomalies de la papille optique et des altérations subséquentes du champ visuel » (Renard et Sellem, 2014 Pp 9). Généralement asymptomatique et indolore, le glaucome mène le sujet qui en est atteint à une cécité irréversible, car l'ensemble des dommages causés sur la vision et le nerf optique ne peut être restauré et ce, quelle que soit la nature du traitement médical administré. De toutes les formes de glaucome connus, il en ressort que le Glaucome Primitif à Angle Ouvert (GPAO) est la variante la plus répandue dans le monde mais c'est aussi la moins bien comprise (Leske, 1983).

D'après une estimation faite par la Société Française d'Ophtalmologie (SFO) en 2014, le nombre de personnes atteintes d'un glaucome en 2020 serait de 80 millions, avec près de 75% de personnes atteintes d'un GPAO. Parmi elles, l'on aurait 5,9 millions de glaucomeux atteints d'une cécité bilatérale due à cette variante. En plus d'être la forme la plus répandue sur toute la surface terrestre, le GPAO est la variante la plus contractée par les mélanodermes (population de couleur noire et assimilées). Comme le démontrent les résultats d'une méta-analyse menée par Schoff et al. (2001), les différences ethniques (couleur de la peau) peuvent constituer le premier facteur de variation du taux de la prévalence du GPAO, de sorte qu'on estimerait sa prévalence à 4,2% pour la population noire contre 2,1% pour la population caucasienne et 1,2% pour la population asiatique. Toutefois, pour une origine ethnique identique, il peut exister de fortes différences dans les données chiffrées de la prévalence du

GPAO. Ce qui peut s'expliquer par la considération des différences génétiques mais aussi environnementales. Dépendamment de la localisation géographique d'un groupe ethnique (race), on obtiendrait des valeurs de prévalence différentes. Comme l'illustrent Bron et Francoz (2014), chez les noirs, nous avons : 3,90 % dans l'*African Caribbean Eye Survey* réalisée en Angleterre ; 4,74 % dans la *Baltimore Eye Survey* et jusqu'à 7 % dans la *Barbados Eye Study* (Caraïbes).

Au Cameroun, l'organe gouvernemental en charge des problèmes de santé publique, reconnaît l'importance des questions qui s'imposent dans la gestion des troubles oculaires au sein de sa population. En effet, en 2015, le Ministère de la santé publique (MINSANTE), dans sa planification stratégique sectorielle de la santé 2016-2027, relève au sujet des déficiences visuelles, qu'elles constituent 10,9% de toutes les infirmités déjà répertoriées sur l'ensemble du territoire national. Ici, le glaucome a une prévalence portée entre 2 et 6% des cas de cécité, derrière la cataracte qui en représente 50%. Et selon l'institut spécialisée *Magrabi ICO Cameroun Eye Institute* (Miceï, 2021), l'on estime autour de 280 mille, le nombre de personnes qui seraient soit atteint d'un GPAO soit, à risque, avec -10% de ce chiffre de s'ignore malade.

En dépit de ce que le vieillissement soit la condition primaire favorable au développement de ce trouble oculaire chronique, il faut aussi noter que l'hérédité peut favoriser le développement d'un GPAO chez la jeune personne. Ainsi, selon Ellong et al. (2007) la prévalence du glaucome juvénile au Cameroun est de 0,4%, pour un âge moyen au moment du diagnostic porté à $26 \pm 6,8$ ans (de 10 à 35 ans). Toutefois, en fonction de l'âge à partir duquel est effectué le diagnostic d'un GPAO, on retrouve aussi bien des glaucomeux congénitaux (de naissance) que acquis (allant de la période infantile au vieillissement) avec 88,3% des cas dédiés aux antécédents héréditaires. Seulement, du fait de la quasi inexistence des recherches axées sur les questions de prévalence et d'incidence plus détaillées, il demeure plus difficile de mesurer le véritable indice épidémiologique de cette pathologie, car jusqu'ici les études menées ne sont que des cas isolés (MINSANTE, 2015).

Contrairement à la cataracte, le GPAO comme toute maladie chronique nécessite un suivi de rigueur et méticuleux dans la continuité thérapeutique. Au Cameroun et comme dans bon nombre des pays du globe (Koama, 2017), la prise en charge est essentiellement biomédicale une fois le diagnostic établi. Et généralement, à moins de procéder par un bilan de santé complet ou par un dépistage de routine, il est très difficile pour un sujet d'émettre une suspicion quelconque. En effet, vu la caractéristique asymptomatique et indolore de cette

pathologie, les sujets diagnostiqués le sont suite à une baisse de vision, qui affecte en partie le champ visuel (de la périphérie vers le centre), de sorte que seule la vision centrale est conservée. A ce propos, Mage (1992, p. 3) mentionne déjà qu'au Cameroun, « dans près de la moitié des cas, les patients porteurs d'un glaucome consultent au stade absolu de cécité. Dans l'autre moitié des cas, un œil est au stade absolu et l'œil adelphe voit la main bouger ou compte les doigts à 30 cm ». D'autre part, une légère augmentation de la Pression Intra Oculaire (PIO) peut aussi constituer dans certains cas, un motif de consultation. Même s'il a été prouvé que la présence d'une PIO n'indique foncièrement en rien un diagnostic avancé vers un glaucome (Renard et Sellem, 2014).

Par ailleurs, dépendamment du niveau d'avancement du trouble, les personnes atteintes d'un glaucome sont couramment soumises à trois types de thérapies : médicamenteuse, chirurgicale ou laser. Relevant exclusivement de l'action biomédicale, les thérapies engagées ont pour but de garantir une neuroprotection, tout en maintenant les capacités fonctionnelles visuelles du patient. Ceci dit, seule la gestion des facteurs de risque est réellement considérée par les différentes interventions, de sorte que la thérapie en elle-même consiste en un abaissement de la PIO qui, dans la plupart des cas, favorise à titre préventif un ralentissement de la dégradation du nerf optique et par conséquent des fonctions visuelles. Seulement, en dépit de la complexité de ces procédés médicaux en vigueur, il existe une limitation dans l'action préventive qui fait que l'on recense tout de même un lot important de patients traités dont la vision se dégrade de nouveau, jusqu'à la survenue d'une cécité bilatérale absolue et irréversible (Renard et Sellem, 2014).

1.1.2. Constat

De nos jours, on observe à travers des institutions médicales spécialisées de renom telles qu'ACHA, BINGO, Magrabi ICO Cameroun Eye Institute etc., un engagement assez ouvert vers des actions de proximité dans la lutte contre le glaucome. Des campagnes de sensibilisation et de dépistage sont assez souvent organisées, en vue de contribuer à l'amélioration des pronostics de prise en charge des personnes glaucomeuses. Seulement, elles sont loin de répondre au standard de la promotion de la santé tel que défini par l'OMS. Selon la charte d'Ottawa promulguée en 1986, et rappelée en 2014 sur la Promotion de la santé, par l'OMS, les patients devraient avoir un meilleur contrôle de leur santé mais surtout les moyens de pouvoir l'améliorer. Or, d'après une étude menée par Njepel, Ngangue et Elangua (2004, p. 35), il en ressort qu'au Cameroun « les activités de promotion de la santé se limitent essentiellement à la prévention des maladies et à l'éducation à la santé ». De plus,

« La santé est toujours pensée comme découlant de l'organisation des soins et demeure l'exclusivité du personnel médical ».

Effectivement, comme le prévoit les dispositions établies par cette charte, la pratique médicale telle que conçue et perçue du personnel médical, est loin d'offrir aux patients cette latitude de contrôle qui leur octroie par procuration une grande responsabilité dans la gestion de leur santé. Non seulement, elle leur attribue une maîtrise plus conséquente de leur bien-être mais elle leur donne aussi les moyens de pouvoir l'améliorer, de sorte à faire d'eux des acteurs proactifs de leur propre santé. Ceci dit, chaque patient se doit de connaître les tenants et les aboutissants des différentes cures susceptibles d'être proposées tout au long de la phase thérapeutique. Ce qui inclut l'amélioration de leur connaissance en ce qui concerne la fonctionnalité et les risques potentiels des différents procédés thérapeutiques qui peuvent être engagés tout le long de la prise en charge clinique.

En outre, comme le démontre les faits sus évoqués et tel qu'il est connu de tous les spécialistes de la santé oculaire, il n'existe pas encore, à ce jour, des possibilités de traitement définitif du glaucome. Bien que, les recherches soient incontestablement poursuivies avec beaucoup d'engouement dans une optique développementale de technologies innovantes (agents neuroprotecteurs, agents neuro-régénérateurs, prothèse rétinienne, etc..), toujours est-il que seul le maintien des fonctions visuelles demeure encore le principal impératif. Ce qui revient à dire que traiter le glaucome, « si on peut le dire ainsi » revient à permettre un meilleur contrôle des facteurs de risque, afin d'assurer un prolongement de l'espérance de la vue qui doit être supérieure à l'espérance de vie (Sellem et Renard, 2014). Cependant, cette réalité telle que décrite et partagée par le corps médical est peu acceptée des patients qui n'ont qu'un seul désir une fois le traitement amorcé, celui de voir leur vision restaurée.

Certes, la fonction première de l'intervention biomédicale est de prévenir la cécité de façon à ce que l'intégrité visuelle des patients ne soit pas complètement remise en question. Mais dès lors que cela venait à se produire, une absence protocolaire dans la conduite à tenir par le personnel médical est généralement observée, laissant ces personnes glaucomateuses nouvellement atteintes de cécité et leurs proches abandonnés à eux-mêmes. Compris donc dans une logique selon laquelle le glaucome peut constituer la cause d'une plausible invalidité sur le long terme, nous pensons qu'il est tout aussi possible de concéder, en convergence avec la pratique médicale, une action préventive fondée sur les capacités adaptatives sensorielles. Mais au lieu de cela, force est de constater que, dans certains cas la mise en place des divers procédés de réadaptation est effectuée en grande partie, des années après la survenue de la

cécité. Et dans d'autres cas, pour ceux des personnes qui ne savent pas comment se refaire après une telle tragédie, c'est le début d'une lente agonie existentielle, surtout si l'on tient compte du contexte social de vie des personnes et des ambitions de réalisation qui les animent.

Tenons par exemple le cas de celle que nous avons choisi nommée **Aude**, une jeune demoiselle âgée de 20 ans, que nous avons rencontrée au CJARC (Club des Jeunes Aveugles Réhabilité du Cameroun) en Octobre 2020, lorsque nous y étions en tant que bénévole. En 2016, elle avait été évacuée d'urgence en Italie, pour y suivre une opération chirurgicale oculaire bilatérale pour cause d'un GPAO. D'après ses dires à la suite d'un entretien, elle nous affirma que l'opération s'était déroulée dans de très bonnes conditions et sans complication. Cependant, pour des questions de régularité (expiration de visa), elle retournait au Cameroun deux (02) semaines après l'opération. Et deux (02) semaines plus tard, sa vue avait commencé à s'amenuiser et au bout de quelques jours, ses yeux ne percevaient plus du tout le moindre trait de lumière. A la suite de ce douloureux épisode, Aude a dû attendre quatre (04) longues années pour espérer se refaire et reprendre sa vie en main, notamment ses études, puisqu'elle avait tout arrêté en Classe 3^{ème}.

1.2. Justification

Vu l'estimation statistique portée sur sa prévalence actuelle et future, le glaucome constitue un problème de santé de publique dans le monde en général et au Cameroun en particulier. En effet, si l'on tient compte du vieillissement de la population mondiale et aussi de l'augmentation de la croissance démographique comme les premiers facteurs de risques « non maîtrisés » de cette pathologie oculaire chronique, l'on se rend compte que d'ici 2050, les données actuelles de sa prévalence vont doubler pour les personnes âgées de 65 ans et tripler pour les personnes âgées de plus de 80 ans (Vision atlas, 2021). Selon une étude menée par l'Agence International pour la Prévention de la Cécité (IAPB, 2021), les données prévisionnelles démontrent que, contrairement à 2019 où l'on comptait 140 millions de personnes âgées dans le monde, l'on passera 420 millions de personnes âgées d'ici 2050.

Aussi, en raison des difficultés liées au manque de données épidémiologiques qui s'imposent dans notre contexte, il est difficile d'avoir matière à pouvoir mesurer l'impact de ce trouble aujourd'hui et dans les années avenir. Surtout que -10% de la population estimée ne soupçonnent pas être concerné par cette pathologie. C'est dire que, le manque de ressources abondantes dans la littérature ne permet pas de faire un état des lieux plus précis et

par conséquent de mesurer le réel impact de cette affection sur les populations. Malgré l'existence d'un plan stratégique national de la santé oculaire, aucune organisation n'est faite au sein des initiatives entreprises et les efforts consentis par le ministère de la santé publique ne bénéficient d'aucune coordination (MINSANTE, 2015).

Bien que le Cameroun soit un état qui prône l'inclusion et les valeurs de la personne humaine, la diversité humaine y est non seulement mal représentée mais peine encore à être pris en compte du point de vue des considérations sociales. En effet, si l'accueil de la diversité était déjà ancré dans les bonnes mœurs et les mentalités des populations, peut-être alors les personnes à besoins spéciaux auraient été mieux intégrées. Ou encore, comme dans le cas d'espèce de cette étude, les personnes glaucomateuses auraient été mieux préparées à percevoir la cécité non plus comme une fatalité mais comme l'une des nombreuses facettes de la diversité du genre humain, à laquelle s'ouvre d'autres possibilités de vie, via l'usage des moyens rattachés à la réadaptation. Mais, tel que le révèlent les faits, les personnes atteintes de glaucome s'investissent énormément dans la prévention biomédicale, sans même se soucier de ce que serait leur vie s'il advenait qu'elles perdent la vue.

Par ailleurs, la sensibilisation entreprise par les professionnels de la santé oculaire auprès des populations concernées par ce trouble chronique est peu suffisante. Chose qui peut s'expliquer par le fait que, durant le processus de prise en charge, les patients sont certes impliqués, mais pas comme pouvant avoir un droit décisionnaire sur le déroulement des événements entourant la circonstance thérapeutique. Car ici seul le traitant décide et agit. De plus, la somme d'informations impliquant le but réel de l'action biomédicale et des aléas liés aux risques de complication qui peuvent survenir, sont peu maîtrisés des patients. Qu'ils soient peropératoires ou post opératoires, les risques de complications encourus par la chirurgie ou le laser sont habituellement non maîtrisés du patient qui est laissé pour compte tout au long du processus de prise charge. Ces risques sont d'autant plus sévères que dans certains cas jugés graves, ils peuvent aboutir non seulement à une perte de la vision de l'œil opéré mais aussi à une perte de l'œil lui-même. A l'exemple de la trabéculéctomie qui est certes l'un des procédés chirurgicaux les plus pratiqués, mais dont les complications associées sont la survenue d'une cataracte ou encore un écoulement purulent – dû à une infection bactérienne – qui peuvent survenir bien longtemps après l'opération (Kyari et Abdull, 2017).

1.3.Problème

Les questions relatives à la gestion des troubles chroniques sont fortement d'actualité et répondent à un standard de rigueur dans le suivi thérapeutique. Dans le cas du glaucome, elles se résument au maintien des fonctions visuelles plutôt qu'à la restauration de celles-ci. Par ailleurs, comme nous le constatons, les personnes atteintes de glaucome consacrent bien plus de temps et d'énergie à cette restauration sans aucune préparation à l'éventualité d'une vie avec handicap. Pourtant, loin de constituer une fatalité, la cécité est un état pathologique relativement viable surtout lorsque sont réunis un certain nombre d'outils relatifs à une pédagogie adaptée, mais aussi à une disposition naturelle du fonctionnement humain à pouvoir mobiliser divers processus adaptatifs. Contrairement aux appréhensions entretenues par l'opinion commune, il n'est pas impossible de vivre avec un handicap visuel. Bien que tenir compte de la composante environnementale et sociale soit un aspect des plus importants, nous constatons, par toutes sortes d'observations empiriques, que les personnes en situation de handicap visuel, réussissent à mobiliser, par divers moyens d'adaptation, des aptitudes nouvelles par lesquelles, elles parviennent à dépasser leur état pathologique et ainsi à interagir avec leur milieu de vie.

Jusqu'aujourd'hui, la vicariance en rapport au handicap, est une notion toujours abordée dans un contexte un peu particulier. Dans le cas des déficiences visuelles, elle met en avant le caractère soi-disant exceptionnel des aptitudes développées par les personnes dites aveugles, qui se servent du toucher dans certaines situations pour palier à leur déficit de vision. Seulement, d'après Ohlmann (2017, p. 2) : « Il apparaît aujourd'hui que la vicariance ne relève pas d'un fonctionnement exceptionnel, mais constitue la base de notre comportement normal ». Dans le même ordre d'idée, Berthoz (2013), un neurophysiologiste français, également cité par Ohlmann (2017), relève que c'est une caractéristique intrinsèque du vivant. Par ailleurs, les perspectives telles que développées par ces deux auteurs sont très proches de la grille hypothétique développée par Reuchlin (1978). En effet, dans un de ses articles intitulés : *processus vicariants et différences individuelle*, Reuchlin (1978) affirme que dans l'élaboration des processus adaptatifs, il existerait un répertoire général, limité, propre à chaque espèce. Répertoire dans lequel, chaque individu de cette espèce vient à s'inspirer afin de pouvoir procéder à l'élaboration d'une réponse. C'est dire que dépendamment des situations dans lesquelles un individu lambda se trouve, il existe déjà une disposition naturelle d'y faire face ou pas.

Grâce à la vicariance, la modalité sensorielle du touché peut, par suppléance, se substituer à celui de la vision absente. La déficience visuelle peut également être suppléée à certains niveaux fonctionnels de l'efficacité humaine tel que : l'orientation dans l'espace, l'alphabétisation (lecture et écriture), la mentalisation des lieux et des objets, l'intégration des formes géométriques, des images etc. Cette suppléance permet aux personnes aveugles de s'adapter à la dynamique du monde auquel elles sont confrontées et de façon plus étendue, l'on reconnaît que la vicariance sensorielle chez la personne non-voyante est un phénomène qui ne se limite pas qu'au touché, car l'on sait qu'il existe une complémentarité et une redondance au sein des différentes modalités sensorielles qui leur permettent soit de s'influencer mutuellement ou alors de se substituer les uns aux autres (Guillaume et Guiroux, s. d.).

Or, même si l'on peut sous-entendre la présence d'un certain automatisme de ces processus vicariants une fois la cécité survenue, il reste que, ceux-ci nécessitent un cadre adéquat pour leur concrétisation optimale, de sorte qu'en l'absence dudit cadre, il est observé chez des déficients visuels une faible vicariance. Comme le précise cette étude menée par Mbele (2008), sur *la représentation des situations de handicap au Congo-Brazzaville*, la présence d'établissements spécialisés pour l'éducation des déficients sensoriels en général et des non-voyants en particulier, demeure un facteur indispensable dans l'élaboration des processus vicariants sensoriels. Autrement dit, la non fréquentation des centres spécialisés par des personnes déficientes visuelles, peut être considérée comme une cause de surhandicap qui, à défaut de ne guère favoriser le développement de capacités nouvelles, aboutit à un faible niveau d'adaptation de ces personnes à l'espace environnant auquel elles sont exposées.

Etant donné que les personnes glaucomateuses sont de toutes évidences susceptibles d'être atteintes de cécité, il est difficile d'imaginer qu'elles puissent développer par elles-mêmes une vicariance suffisante pouvant répondre aux exigences d'un biotope toujours hostile. Ayant donc connaissance de ce que « ces processus vicariants » relèvent des caractéristiques phylogénétiques, il est tout à fait possible d'envisager une stimulation de celles-ci chez la personne glaucomateuse. Même si, pour celles d'entre elles qui ont une connaissance ne serait-ce que modérée de cette pathologie et de ses conséquences, il est déjà assez difficile pour elle, de se dire qu'elles devront désormais vivre avec une pathologie chronique, tout en gérant psychologiquement l'inquiétude d'une Cécité (Koama, 2017). Et quand Bien même, une telle initiative puisse être évoquée en raison de l'irréversibilité des effets du glaucome, il n'en demeure pas moins, qu'il est quasiment incongru pour des personnes dites « normales » de penser qu'elles puissent faire acte d'une vicariance

quelconque, tant qu'elles ne sauraient se trouver dans une situation de handicap. Autrement dit, il est difficile, voire impossible de se constituer « handicapé » avant la survenue du handicap. Toutefois, dans le cas d'une cécité éventuelle inéluctable, une préparation psychologique associée à des exercices de simulation permettrait l'activation des fonctions compensatoires vitales.

Sachant que ces appréhensions peuvent constituer un blocage non seulement sur la motivation de départ, la prise de décision et même sur les affects des personnes glaucomateuses, nous croyons que pour un tel investissement, il est judicieux de se focaliser sur le capital des croyances personnelles que les glaucomateux peuvent avoir de leur capacité à être vicariants. Car selon, la théorie sociale cognitive de Bandura (1995), le sentiment d'efficacité personnelle procure un ensemble de lignes directrices qui peuvent aider au développement et à l'amélioration de l'efficacité humaine. De sorte que dans le cas présent, elle pourrait contribuer au développement d'aptitudes nouvelles en lien à la vicariance sensorielle chez la personne glaucomateuse mais aussi à leur maintien dans un terme de longue durée.

Les croyances personnelles, nous dit Bandura (cité par Lecomte, 2013, P. 60) : « constituent le facteur clé de l'action humaine. » car « Si une personne estime ne pas pouvoir produire de résultats satisfaisants dans un domaine, elle n'essaiera pas de les provoquer ». Ce qui l'emmène à penser que « Les croyances des individus en leur efficacité influent sur pratiquement toutes leurs activités : comment ils pensent, se motivent, ressentent et se comportent ». Autrement dit, le sentiment d'efficacité personnelle (SEP) tel qu'énoncé dans la psychologie de la motivation, prédit de façon certaine, l'assurance que chaque individu peut entretenir sur son aptitude à pouvoir s'investir dans une activité, à progresser dans un domaine donné ou encore à contrôler certaines situations afin d'atteindre un but précis (Ruph, 1997).

En effet, l'on pourrait par la mise en place d'un procédé d'apprentissage adéquat, familiariser les personnes atteintes de glaucome au vécu des personnes déficientes visuelles, afin d'anticiper sur la cécité à venir. Par ailleurs, il serait encore plus opportun si au sein d'un tel procédé, l'exécution des tâches s'effectuaient sans le concours de pressions extérieures, de façon à ce que, ceux des glaucomateux qui y prendraient part puissent développer dans le temps un intérêt propre à l'ensemble des différentes activités qui leur seront présentées. Bien entendu, cet intérêt favoriserait chez les individus l'adoption d'un comportement consentant, volontaire et défait de toute contrainte externe, afin de promouvoir une expérience de choix (Gagné et Deci, 2005).

Telle que présentée par la théorie de l'autodétermination (Deci et Ryan, 1985), l'expérience du choix (l'autodétermination) est une donnée essentielle dans la prédisposition motivationnelle qui poussent à l'action. En effet, selon le niveau d'autodétermination, il existe diverses formes de motivation qui permettent de donner une explication aux comportements des individus (Blanchard, Pelletier, Otis, et Sharp, 2004). De manière électorale, nous savons en général que les individus recherchent une autodétermination, c'est-à-dire, cette motivation intrinsèque qui leur assurera une bonne performance tout en garantissant un niveau de bien-être élevé (Gendolla et al., 2017).

Bien que la théorie sociale cognitive de Bandura (1985), n'eut jamais été réclamé par ce dernier comme faisant partir du large spectre des théories motivationnelles (Ruph, 1997), plusieurs études ont permis de montrer qu'il existe un lien d'inter-influence entre le sentiment d'efficacité personnelle et la motivation intrinsèque (Hardy, 2014 ; Blanchard, Lieury, Le, et Rocher, 2013). D'ailleurs, Lieury et Fenouillet (2006) vont assimiler ce rapport d'inter-influence à deux forces physiques qui agissent en interaction de façon permanente. De manière à ce que, chaque type de motivation mobilisé par un individu est fonction du niveau d'implication de sa perception du sentiment de l'efficacité personnelle (Eccles et Wigfield, 2002). Et par rétroaction, le niveau d'efficacité personnelle serait renforcé par la mobilisation d'un fort sentiment d'autonomie. (Marx, 2010; Hardy, 2014).

A la suite du constat établi tout autour de la personne glaucomateuse et des aléas qui régissent sa prise en charge et son devenir ; partant aussi du principe selon lequel, l'acte vicariant sensoriel dans la vie des personnes déficientes visuelles atteint son plein potentiel par le concours d'un cadre spécialisé, nous situons notre problème de recherche sur la motivation à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez la personne glaucomateuse, considérant la difficulté, voire l'impossibilité de se constituer « handicapé » avant la survenue du handicap.

1.4. Questions de recherche

A la vue des éléments qui précèdent et du problème donné ci-dessus, nous posons la question de recherche suivante : le sentiment d'efficacité personnelle peut-il constituer un facteur de motivation à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez la personne glaucomateuse ? En d'autres termes, en quoi le fait de se sentir capable de vicariance peut-il concourir à la construction des motifs essentiels au développement et au maintien d'aptitudes nouvelles en lien à la vicariance sensorielle chez la personne atteinte de glaucome ?

1.5.Hypothèses de recherche

Pour la formulation des hypothèses suivantes, nous commencerons par présenter notre hypothèse générale et par la suite, nous ferons mention de nos différentes hypothèses opérationnelles.

1.5.1. Hypothèse générale

Le sentiment d'efficacité personnelle constitue un facteur de motivation à l'élaboration des processus vicariants sensoriels chez la personne glaucomateuse.

1.5.2. Hypothèses opérationnelles

H.O.1 : Les expériences de maîtrise facilitent la motivation intrinsèque à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez la personne atteinte de glaucome.

H.O.2 : Les expériences vicariantes favorisent la motivation intrinsèque à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez la personne atteinte du glaucome.

H.O.3 : La persuasion verbale consolide la motivation intrinsèque à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez la personne atteinte du glaucome.

1.6.Objectifs de recherche

Pour la formulation de nos objectifs, nous procéderons tout d'abord par la présentation de l'objectif générale et ensuite nous ferons mention des différents objectifs opérationnelles.

1.6.1. Objectif générale

Cette étude vise à évaluer l'effet causal du sentiment d'efficacité personnelle sur la motivation à l'élaboration de la vicariance sensorielle. Bien évidemment par motivation, nous entendons ici, la possibilité pour des individus sujets au glaucome, de développer en plus du plaisir et de la satisfaction, un intérêt singulier pour la vicariance sensorielle et l'ensemble des activités qui tournent autour de son appropriation. Ainsi, notre objectif général tend à établir le lien existant entre les croyances d'efficacité personnelle et la motivation liée à l'acte vicariant.

1.6.2. Objectifs spécifiques

O.S.1 : Montrer que les expériences de maîtrise facilitent la motivation intrinsèque à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez la personne atteinte de glaucome.

O.S.2 : Montrer que les expériences vicariantes favorisent la motivation intrinsèque à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez la personne atteinte du glaucome.

O.S.3 : Montrer que la persuasion verbale consolide la motivation intrinsèque à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez la personne atteinte du glaucome.

1.7. Intérêts de recherche

La pertinence du travail que nous entreprenons sera déclinée en trois constituants que sont : l'intérêt social, l'intérêt économique, l'intérêt scientifique.

1.7.1. Intérêt social

Tout en prônant les valeurs de la diversité humaine, nous espérons par l'entremise de ce travail contribuer à une intégration sociale plus effective des personnes en situation de handicap en générale et des déficients visuels en particulier.

1.7.2. Intérêt économique

Les perspectives développementales mises en exergue dans ce travail de recherche, peuvent contribuer à une reconsidération des conditions des personnes en situation de handicap au travail. Puisque, la cécité ayant un retentissement social lourd de conséquences dans les activités de la vie quotidienne, il n'est d'ailleurs aucunement exclu qu'elle soit source de frustrations pour des personnes économiquement actives ou porteuses d'ambitions. De façon à ce que, la cécité contribue à l'inhibition des projets de vie des victimes et accentue la misère économique et l'exclusion sociale.

1.7.3. Intérêt scientifique

Ayant conscience de ce que cette contribution scientifique ne soit certainement en rien une perspective non envisagée sous d'autres cieux, nous espérons par cette contextualisation enrichir la littérature déjà existante.

1.8. Délimitation de la recherche

La délimitation de la recherche permet au chercheur de situer avec précision le terrain d'enquête sur lequel il va se déployer. Pour le cas d'espèce, le chercheur se limitera à préciser : la délimitation géographique, la délimitation temporelle de l'étude et la délimitation du champ d'étude.

1.8.1. Délimitation géographique

Concernant cette partie essentielle de notre travail, il est question pour le chercheur de spécifier la zone géographique dans laquelle il compte procéder à sa collecte de donnée. Par ailleurs, outre cette collecte de données, il spécifiera aussi les différents lieux où celle-ci sera effectuée. Ainsi, la collecte de données a été circonscrite sur l'étendue du département du Mfoundi. Mais malheureusement, des quatre services hospitaliers (Hôpital de District d'Efoulan ; ACHA Nsimeyong ; Hôpital Central de Yaoundé et l'Hôpital Militaire de la Région 1) contactés, l'HMR1 (l'Hôpital Militaire de la Région 1) est le seul de qui nous avons reçu un avis favorable. Raison pour laquelle le service d'ophtalmologie de l'Hôpital Militaire de la Région 1 (HMR1) – située aux encablures du quartier général sis à Ngoa-Ekele – est le seul dont nous faisons mention dans notre travail.

1.8.2. Délimitation temporelle

Le déploiement sur le terrain de recherche s'établira sur une période allant de 09 Mai à 01 septembre 2022 pour la collecte et le traitement de données.

1.8.3. Délimitation du champ d'étude

Les modalités sensorielles étant variées, le chercheur s'attardera uniquement sur celles qui concerne le touché, notamment appelées « haptique » et l'ouïe. Il sera plus ou moins question d'étudier la motivation des personnes atteintes de glaucome dans l'acquisition des aptitudes relatives à l'utilisation de l'outil « Braille », à la mentalisation des « espaces », aux techniques « de guidage/d'orientation » et à l'autonomisation. L'étude s'attachera donc à explorer la théorie sociale cognitive de Bandura (1986) et la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan (1985).

1.9. Définition des concepts

Cette section est réservée à la définition des concepts clés de cette étude. Entre autres, nous définirons tour à tour les concepts suivants : personne, glaucome, personne glaucomateuse, sentiment d'efficacité personnelle, motivation, élaboration, vicariance, vicariance sensorielle et élaboration de la vicariance sensorielle.

1.9.1. Personne

Le vocable « Personne » /pɛʁsɔ̃/ d'après le dictionnaire Robert (sur sa page officielle : <http://www.ledictionnaire.lerobert.com/>) se définit comme ce qui se dit d'un individu appartenant à l'espèce humaine, surtout lorsqu'on souhaite éviter de mettre des références singulières liées à l'apparence, l'âge, le sexe. Dans le même ordre d'idée, Larousse (sur sa page officielle : <http://www.larousse.fr/>) dans sa définition se limite à dire qu'il s'agit d'un être humain sans distinction de sexe. En gros, ce vocable permet de désigner un individu sans toutefois apporter de précision particulière sur l'âge, le sexe ou tout autre détail distinctif.

1.9.2. Glaucome

La définition du glaucome au sens épidémiologique n'est pas parfaitement claire, nous renseigne Sissoko (2009). Car, les causes de cette maladie étant mal maîtrisées, l'on recense une multitude de définitions, qui pour la plupart incluent la PIO, comme l'un des faits majeurs de sa manifestation. Par ailleurs, les définitions établies sont aussi fonction du type de glaucome que l'on cherche à décrire. En considérant le contexte d'étude, nous nous permettrons de proposer une définition portée sur le glaucome primitif à angle ouvert (GPAO). D'après Sissoko (2009) et Koama (2017), toute définition portée sur le type GPAO, se doit de prendre en compte la triade symptomatologie constituée de : l'hypertonie oculaire (une élévation ou non de la pression intra oculaire) ; la modification Morphologique du Disque optique (excavation papillaire et atrophie de la papille optique) et l'altération du champ visuel.

Ainsi, nous pouvons définir le GPAO, comme étant une anomalie optique chronique progressive caractérisée par une hypertonie oculaire et une excavation papillaire avec atrophie de la papille optique, qui peut endommager la tête du nerf optique et par conséquent engager le pronostic des fonctions périphérique par une altération périphérique du champ visuel.

1.9.3. Personne glaucomateuse

Il se dit de tout individu dont la caractéristique symptomatologique après diagnostic admet la contraction d'un glaucome.

1.9.4. Sentiment d'efficacité personnelle

Issue de la théorie sociocognitive de Bandura (1986), le sentiment d'efficacité personnel se définit comme l'ensemble des jugements que les gens portent sur leur capacité à organiser

et exécuter les actions requises pour atteindre un type de performance donné. En 1995, il privilégia le terme « croyance » au détriment de « jugement », car selon lui le sentiment d'efficacité personnelle proviendrait d'un système de croyances, lequel régule notre façon de penser, d'aborder des tâches et de faire face aux difficultés. Bien évidemment cela donna droit à de nouvelles considérations à partir desquelles, le sentiment d'efficacité personnelle devient un système de croyances qu'une personne entretient à propos de ses capacités à organiser et à exécuter les actions requises pour gérer les situations prospectives.

Par ailleurs, plusieurs auteurs se sont succédé à sa suite. Pour Miller et al. (1996), « il s'agit des croyances des gens concernant leur compétence à accomplir une tâche avec succès ». Selon Bouffard et Pinard (1988), le sentiment d'efficacité personnelle se définit « comme le jugement que porte une personne sur sa capacité d'organiser et d'utiliser les différentes activités inhérentes à la réalisation d'une tâche à exécuter ».

Dans le cadre de cette recherche, nous définissons le sentiment d'efficacité personnel comme l'ensemble des croyances que les gens entretiennent sur leur capacité à mobiliser leurs ressources internes pour une manifestation conséquente de leurs actions dans l'acquisition de compétences nouvelles.

1.9.5. Motivation

Selon ce que nous dit le dictionnaire Larousse (sur sa page officielle : <http://www.larousse.fr/>), le vocable « Motivation » /mɔtivasiɔ̃/ dans son sens premier, peut être défini comme la chose qui " motive/explique/justifie " une action quelconque. Quant au dictionnaire Robert (sur sa page officielle : <http://www.ledictionnaire.lerobert.com/>), il adjoint à l'acte (« action ») le volet comportement, de sorte à considérer la motivation comme ce qui incite un acte et par conséquent un comportement. Toutefois, étant un concept assez important en psychologie, la motivation fait aujourd'hui l'objet d'une attention toute particulière, à tel point qu'il lui soit consacré une somme importante de théories (Landy et Conte, 2004), toutes concentrées autour d'une discipline : la psychologie de la motivation.

Fonction de l'intérêt qu'elle suscite, la motivation constitue dans la littérature existante un contenu assez fourni, pour un total d'environ « une dizaine de milliers d'articles et d'ouvrages scientifiques » (Vallerand, Carbonneau, et Paquet, 2016). Seulement, la plupart des études portées sur son fondement théorique la conçoit comme une entité unique dont le fonctionnement global relève d'une somme de facteurs qui peuvent l'altérer (Chemolli et Margherita, 2008). Mais selon Deci et Ryan (1985), la motivation est un concept doué de

plusieurs facettes. Car selon eux, la motivation est un construit qui se constitue de plusieurs types de motivation, repartis sur un continuum entre le contrôle et l'autonomie. Dès lors, la définition qui découle de leur approche théorique (« l'autodétermination ») considère la motivation comme un ensemble « de forces qui sont internes et externes à l'individu, le poussant à atteindre un résultat comportemental, c'est-à-dire à accomplir un comportement » (Deci et Ryan, 2008a, 2008c ; Vallerand et Thill, 1993 cité par Marx, 2010).

En considérant le point de vue de Deci et Ryan (1985), nous définissons la motivation comme l'ensemble des incitateurs intrinsèques et extrinsèques, qui peuvent disposer tout individu à adopter une position comportementale.

1.9.6. Elaboration

Le vocable « Elaboration » /elabɔʁasjɔ̃/, d'après le dictionnaire Robert (sur sa page officielle : <http://www.ledictionnaire.lerobert.com/>), vient du verbe transitif « élaborer » qui signifie : « préparer murement, par un lent travail de l'esprit ». Ce qui peut encore se rapporter au fait de « combiner/former un plan ». En complément, le dictionnaire Larousse (sur sa page officielle : <http://www.larousse.fr/>) attribut comme signifié à ce mot, l'action d'élaborer un travail intellectuel par une construction de l'esprit. De plus, les synonymes qui y sont rattachés sont entre autres : conception et fabrication.

Dans le cadre de cette étude, nous disons que l'élaboration est le fait de concevoir une démarche murement portée à réflexion.

1.9.7. Vicariance

La vicariance est une notion qui fut abordée et reprise par Reuchlin en 1963, dans une perspective de Psychologie différentielle. Telle qu'énoncée par ce dernier, la vicariance permet de mettre en branle la capacité humaine à pouvoir élaborer une multiplicité de procédé dit vicariants, qui peuvent tous jouer le même rôle dans la résolution d'un problème donné. Mais d'autre part, elle permet aussi d'expliquer le pourquoi on peut observer les diverses réactions que peuvent avoir différentes personnes face à une même situation donnée. Ainsi pour Reuchlin (1978) « chaque individu disposerait de plusieurs processus vicariants pour s'adapter à une situation dans laquelle il se trouve. Mais certains processus seraient chez un individu donné, facilement plus évocables que d'autres ».

Selon Berthoz (2013), la vicariance se définit aisément comme une idée de remplacement d'objets quoique différents mais substituables qui peuvent remplir les mêmes fonctions. A l'exemple du vicaire qui peut remplir la fonction de l'évêque lorsque ce dernier se trouve dans la vacance de ses attributions dans l'église.

Ainsi dans le cadre de cette étude nous entendons par vicariance, l'existence même d'un paradigme fonctionnel au sein du vivant, qui se concrétise par la suppléance d'objets distincts dans leur forme.

1.9.8. Vicariance sensorielle

Encore dite vicariance organique (Berthoz, 2013), elle désigne dans les faits la capacité pour un organe qui, par un phénomène de substitution de son propre fonctionnement, joue le rôle d'un autre organe déficient (Portalier, 2014). Autrement dit, la vicariance sensorielle renvoie à la substitution fonctionnelle d'un organe au détriment d'un autre organe défectueux.

1.9.9. Elaboration de la vicariance sensorielle

Dans le cadre de cette étude, nous entendons par l'élaboration de la vicariance sensorielle, le fait de procéder à la conception d'une démarche méthodique permettant l'acquisition de nouvelles facultés adaptatives sensorielles.

1.9.10. Motivation à l'élaboration de la vicariance sensorielle

Par « motivation à l'élaboration de la vicariance sensorielle », le chercheur entend bien sûr le moyen de susciter chez une personne, le désir volontaire (dénué de toute coercition) et sa pleine participation à un processus qui puisse concourir à rendre optimal le potentiel vicariant sensoriel déjà existant.

CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE

Loin de paraître une manœuvre simpliste, la revue de la littérature ou encore « examen du problème » (Paillé et Muchielli, 2016), ne consiste pas toujours à une recension systématique des écrits (Angers, 2014) ou à un regroupement juxtaposé de résumés, d'ouvrages et d'articles (Nda', 2015). Bien au contraire, il s'agit d'un exercice que précède la recherche documentaire et qui met en exergue la formulation d'un texte logiquement énoncé et parfois organisé autour d'un antagonisme idéologique, que peuvent partager différents auteurs sur un sujet de discussion bien précis. Compte tenu de la problématique précédemment proposée, nous articulerons notre revue de la littérature autour de la physiopathologie du glaucome et de la psychologie de la motivation dans laquelle sont comprises les théories du sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 1977) et de l'auto-détermination (Deci et Ryan, 1985).

2.1. Physiopathologie du glaucome

2.1.1. Rappel anatomique de l'appareil oculaire

L'appareil oculaire se compose de deux constituants indispensables à son bon fonctionnement. Partant de l'extérieur vers l'intérieur, nous avons respectivement l'*orbite* encore assimilé aux organes annexes et le globe oculaire communément nommé *œil* (Rourgier et Maugery, 1989). Impliqués dans la protection et la mobilité du globe oculaire (Koama, 2017), les organes annexes sont réparties entre : les paupières, les os, les muscles, le système lacrymo-nasal et les voies optiques (nerfs) (Sutter, 1993).

2.1.1.1. Anatomie du globe oculaire

Le globe oculaire est composé d'un nombre important de constituants qui peuvent être organisé en contenant et contenu (Lavigne et Larimel, 2013).

2.1.1.1.1. Contenant

Il s'agit des différentes « membranes/enveloppes » constituantes de l'œil. Partant de l'extérieur vers l'intérieur nous avons :

- **Membrane externe ou coque cornéo-sclérale** (Lavigne et Larimel, 2013)

C'est la couche protectrice du globe oculaire (Sutter, 1993). Elle est constituée en grande partie de la sclère qui est une coque fibreuse de soutien. Au niveau de la face antérieure de l'œil, elle est prolongée par la conjonctive et la corné. Dans la partie postérieure,

la sclère est jalonnée par un orifice dans lequel est logé la « papille » ou tête du nerf optique (Lavigne et Larimel, 2013).

- **Membrane intermédiaire ou uvée** (Lavigne et Larimel, 2013)

C'est la couche vasculaire de l'œil (Sutter, 1993), Ses composantes sont :

- La choroïde : c'est un tissu vasculaire chargé de nourrir de l'épithélium pigmentaire et les couches externes de la rétine neurosensorielle.
- Le corps ciliaire : il est impliqué dans la sécrétion de l'humeur aqueuse via les procès ciliaires.
- L'iris : il s'agit d'un diaphragme circulaire transpercé en son centre par la pupille.

- **Membrane interne ou rétine** (Lavigne et Larimel, 2013)

C'est la couche visuelle du globe oculaire (Sutter, 1993), puisqu'elle est destinée à capter les sensations lumineuses qui traversent l'œil afin de transmettre les informations photos lumineuses retenues au système nerveux central (Koama, 2017).

2.1.1.1.2. Contenu

Il est composé essentiellement de milieux transparents dans le but est de favoriser le passage de la lumière perçue par le globe oculaire. De l'extérieur vers l'intérieur nous avons :

- **L'humeur aqueuse**

C'est un fluide endoculaire clair contenu dans les chambres antérieure et postérieure de l'œil (Koama, 2017). Délimitée vers l'avant par la cornée et vers l'arrière par l'iris (Lavigne et Larimel, 2013), l'humeur aqueuse joue un rôle très important dans la régulation de la pression endoculaire qui est indispensable au bon maintien de la forme du globe. De plus, elle contribue au métabolisme de l'œil en apportant les éléments nutritifs tout en éliminant les déchets (Sissoko, 2009).

- **Le cristallin**

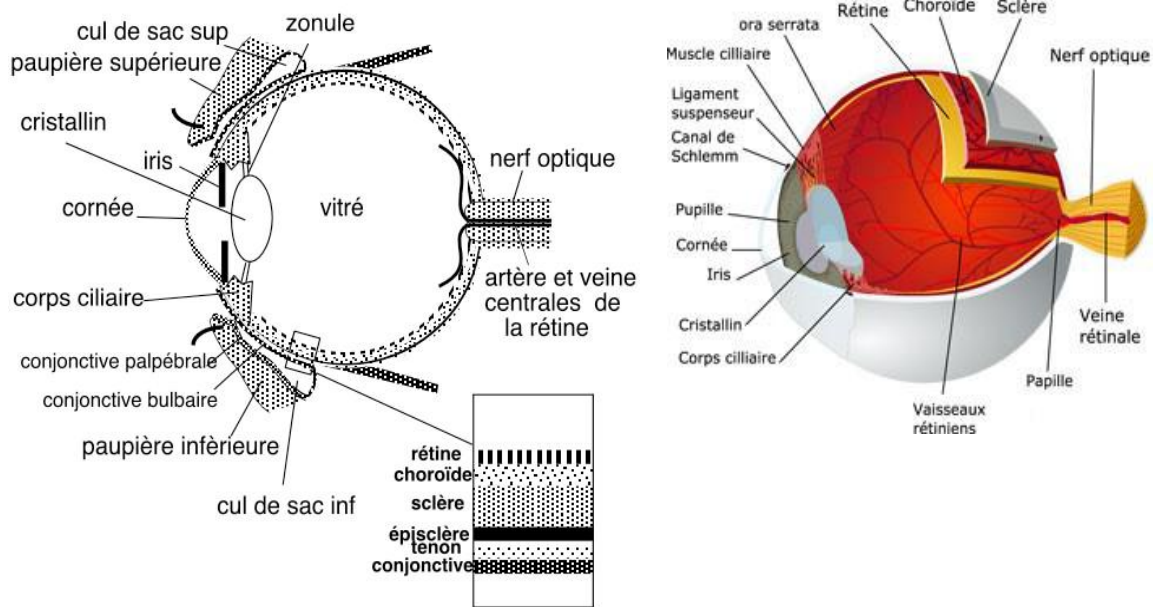
C'est une lentille biconvexe transparente convergente située entre l'iris et le corps vitré (Rourgier et Maugery, 1989 ; Lavigne et Larimel, 2013). Ayant la capacité de se déformer, le cristallin peut modifier son pouvoir de convergence, ce qui permet le passage d'une vision de près à une vision de loin et vice versa : c'est l'accommodation (Lavigne et Larimel, 2013).

- **Le corps vitré**

C'est un tissu collagène transparent avasculaire avec une consistance de gel qui occupe l'espace compris entre le cristallin et la rétine (Rourgier et Maugery, 1989). Elle est circonscrite dans une enveloppe fine nommée « hyaloïde » qui remplit les 4/5^{èmes} de la cavité

oculaire tout en tapissant par sa face postérieure la face interne de la rétine (Lavigne et Larimel, 2013).

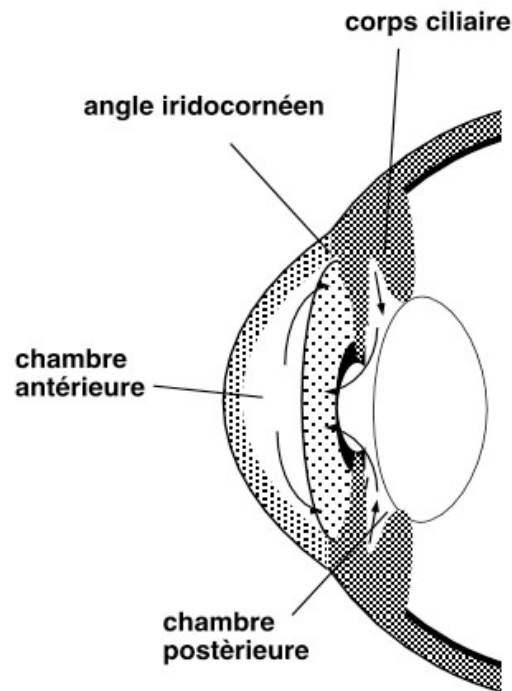
Figure 1 : Coupe schématique annotée du globe oculaire (Sutter, 1993 ; Lavigne et Larimel, 2013)



2.1.2. Physiologie de l'humeur aqueuse

D'après Sutter (1993), quatre aspects fondamentaux peuvent être retenus pour décrire le fonctionnement de l'œil, à savoir : la production et l'évacuation de l'humeur aqueuse, le mécanisme de la vision, la production et l'évacuation des larmes et les phénomènes d'optique. Cependant, seule la production et l'évacuation de l'humeur aqueuse nous intéresse. Puisque en général, c'est la survenue d'une perturbation dans la répartition de ce fluide transparent endoculaire, au niveau des chambres antérieure et postérieure de l'œil, qui favorise la formation des troubles oculaires glaucomateux. Ce qui signifie que faire un état physiologique de cette substance reviendrait tout simplement à relever les différentes étapes qui entretiennent sa production et son évacuation. En effet, l'humeur aqueuse est produite par le corps ciliaire, à partir du sang qui le traverse (Sutter, 1993). Une fois sécrété, elle passe de la chambre postérieure à la chambre antérieure au travers de la pupille, pour gagner ensuite l'angle iridocornéen. Par après elle traverse le filtre trabéculaire (Sissoko, 2009), afin d'être évacuée hors l'œil à 90 % par un tube très fin appelé canal de Schlemm et à 10 % via la voie uvéo-sclérale (Rourgier et Maugery, 1989).

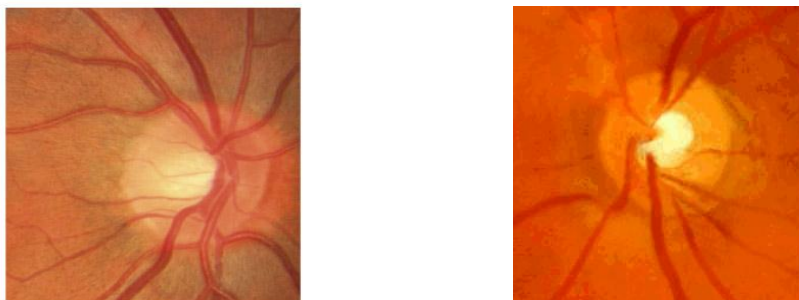
Figure 2 : Circulation de l'humeur aqueuse (Sutter, 1993)



2.1.3. Physiopathologie d'un œil sujet à un GPAO

La neuropathie glaucomateuse est une pathologie complexe, génétique et multifactorielle dont la causalité demeure encore non maîtrisée (Sissoko, 2009). Seulement, elle (la neuropathie) tend à être perçue comme étant la résultante d'une élévation de la pression intra-oculaire (>21 mm Hg) qui dérive d'une résistance à l'excrétion de l'humeur aqueuse (Sissoko, 2009). Dans le cas d'un Glaucome Primitif à Angle Ouvert, il peut arriver que lors de l'écoulement de l'humeur aqueuse, les canaux de drainage (canal de schlemm) – situés au niveau du trabéculum – se contractent ou s'obstruent partiellement avec le temps, tandis que l'angle iridocornéen reste normal et ouvert (Rourgier et Maugery, 1989). Une fois la circulation de l'humeur aqueuse entravée, celle-ci va s'accumuler en favorisant une hyperpression sur la face postérieure de la rétine. Comme conséquence majeure, il se produit une excavation de la papille optique qui de façon progressive va s'atrophier, se creuser et prendre une couleur pâle (Koama, 2017). Sur le plan fonctionnel, cette excavation va concourir à la dégradation du champ visuel. Puisque sous l'effet de l'augmentation de la PIO, les vaisseaux sanguins, les cellules rétiniennes nerveuses et de leurs fibres vont subir une dégénérescence (Sissoko, 2009).

Figure 3 : photographie sous fond d'œil d'une papille optique normal et d'une papille optique présentant une excavation glaucomateuse (Sissoko, 2009)



Bien que l'élévation de la pression intra oculaire soit un signe fort d'alerte à l'atteinte d'un glaucome, celle-ci demeure cependant à elle seule insuffisante pour poser un diagnostic fiable. Car même si l'hypertonie oculaire (HTO) demeure le facteur de risque le plus important de tous, il ne désigne guère systématiquement la présence d'un glaucome. Dès lors, l'on relève trois signes qui permettent de poser un diagnostic sûr, à savoir : l'hypertonie oculaire (élévation de la PIO), l'excavation papillaire et enfin la dégradation du champ visuel (Koama, 2017). De plus, d'après Rourgier et Maugery (1989), certaines formes cliniques de GPAO sont la résultante de Facteurs de Risque classifiés comme non pressionnels. Par ailleurs, notons que ces facteurs de risque possèdent une forte tendance soit à accentuer la progression d'un GPAO déjà manifeste, soit à précipiter sa survenue en déteignant sur la PIO. Par exemple, dans le cas d'une Hypertension Artérielle (HTA) ou des pathologies cardiovasculaires, la diminution du flux sanguin peut entraîner des lésions nerveuses sévères de la papille optique, ceci en raison d'anomalies vasculaires (Sissoko, 2009). En effet via une athérosclérose, l'hypertension artérielle peut favoriser une augmentation des résistances vasculaires, tout en contribuant à la baisse du flux sanguin oculaire et favoriser ainsi une HTO propice au développement d'un glaucome. (Hamard, El Chehab, et Renard, 2014)

2.1.4. Suivi thérapeutique

2.1.4.1. Entre but de contentement et but idéal

La propension actuelle des procédés biomédicaux engagés dans la prise en charge du glaucome renseigne à suffisance sur le caractère téméraire de cette maladie. Toujours en pleine expansion – du point de vue biomédical – ces procédés ont pour but d'abaisser la PIO (capacité hypotensive), qui demeure jusqu'ici l'unique constituant pathogénique qui soit accessible et ce, quel que soit le mode de traitement employé (The AGIS investigators, 2000). En effet, tel que le relèvent de nombreuses études prospectives menées au cours des années 90

(Renard et Sellem, 2014), l'abaissement de la PIO est un recours indispensable au traitement de glaucome. Dans un premier temps, elle limite les risques de conversion d'une HTO vers un glaucome avéré. En second lieu, elle intervient dans le ralentissement de l'effet dégradant progressif des fibres nerveuses rétiniennes.

Cependant, il réside dans la manipulation de la PIO une complexité à situer dans son abaissement le seuil qui puisse convenir à chaque patient. Puisqu'il est clairement établi que la progression d'un glaucome n'est pas du tout univoque chez tous les patients. De sorte que, pour une PIO identique – que ce soit au moment du diagnostic ou encore au moment de l'abaissement pressionnel – on observe une marge différentielle de progression de la maladie qui ne correspond à aucun standard. D'autant plus que, il n'est pas non concevable qu'on retrouve chez certains patients un glaucome à pression normal (≤ 21 mm Hg) ou encore la présence d'une HTO sans conversion vers un glaucome (Renard et Sellem, 2014). C'est pourquoi, dépendamment du taux de progression de la maladie – mais aussi de l'apparition d'autres facteurs de risque, à l'instar des maladies cardiovasculaires – la PIO doit être permanemment réévaluée afin de déterminer le seuil (ou PIO cible) en dessous duquel le glaucome n'évolue plus en principe chez un individu donné (Ederer et al., 2004 ; Kass et al., 2002).

En toute vraisemblance, cet abaissement de la PIO tend à l'idéal de promouvoir la neuroprotection, qui par principe devrait consister à arrêter la perte progressive des fibres nerveuses rétiniennes et au meilleur des cas à favoriser leur reconstitution une fois détériorées (Renard et Sellem, 2014). Seulement, il n'en est rien de tel, car la mise en application – dans la pratique clinique – des agents neuroprotecteurs et des neuro-régénérateurs s'est pour le moment soldée par moult échecs (Levin et Danesh-Meyer, 2010 ; Renard et Sellem, 2014). Ainsi dans l'attente de résultats un peu plus probants, les pratiques actuelles se limitent exclusivement au maintien des facultés visuelles.

2.1.4.2. Description des modes de traitement

2.1.4.2.1. Traitement médicamenteux

Les collyres antiglaucomeux sont généralement prescrits en premier recours par l'ophtalmologiste (Ameli, 2022). Selon qu'ils permettent deux modes d'action, les collyres sont classés en deux catégories (SFG, 2013). La première catégorie concerne les collyres qui abaissent la PIO en réduisant de façon significative la production de l'humeur aqueuse : bêta-bloquants, inhibiteurs de l'anhydrase carbonique, alpha 2 adrénergique, myotique, sympathomimétiques, etc. Quant à la deuxième catégorie, elle met en évidence des collyres

qui abaissent la PIO en augmentant l'évacuation de l'humeur aqueuse hors de l'œil : prostaglandines et parasymphomimétiques (Ghezala, 2022). En dépit du large éventail de solutions médicamenteuses, toute prescription faite par un ophtalmologiste, doit être conséquente de la PIO de départ, de l'absence ou du niveau d'atteinte du glaucome, du taux de progression du glaucome et de la PIO cible recherchée (Renard et Sellem, 2014).

L'usage des collyres peut se faire en monothérapie ou en combinaison fixe (présence de deux molécules dans un collyre) ou non (association de plusieurs collyres). Mais, selon l'Ocular Hypertension Treatment Study, près de 40% des patients admis sous traitement antiglaucomeux ont besoin de faire usage de deux molécules au moins (Kass et al., 2002). Seulement, la tendance actuelle privilégie les combinaisons fixes, qui présentent l'avantage notoire de simplifier le traitement en diminuant, le nombre d'instillation quotidienne mais aussi l'apport en conservateur (Chrai et al., 1997). Puisque, d'après une étude réalisée par Vaede et al. (2010) sur la toxicité des conservateurs, il en ressort que ceux-ci sont nocifs pour la surface oculaire des patients qui en font usage sur un long cours.

Bien qu'ils assurent la stérilité des collyres contre les champignons et bactéries, les conservateurs constituent la cause d'évènements fâcheux, tels que : la dissolution du film lacrymal, l'altération des structures superficielles (cornée, conjonctive etc.) et des structures profondes (trabéculum, cristallin, etc.) de l'œil (Vaede et al., 2010). Ce qui occasionne très souvent la survenue d'une somme de désagréments qui se manifeste par : l'apparition d'une sècheresse oculaire, une sensation de corps étrangers/brûlures/picotements (Renard et Sellem, 2014). Dans des cas un peu plus extrêmes, l'on note la survenue d'une inflammation de la conjonctive avec comme conséquence majeur un risque élevé d'échec pour une chirurgie filtrante du glaucome (Vaede et al., 2010).

2.1.4.2.2. Traitement laser ou physique : trabéculoplastie

Adoptées autour des années 70, la trabéculoplastie est une intervention qui favorise d'emblée l'excrétion de l'humeur aqueuse, grâce à la création de petits trous (microperforations) au niveau du trabéculum (Renard et Sellem, 2014). Du fait de ce que certaines études lui confèrent une efficacité similaire à celle produite par une monothérapie médicamenteuse non fixe, la trabéculoplastie peut être prescrite en première intention selon l'appréciation de l'ophtalmologiste (Renard et Sellem, 2014). Cependant, même si elle permet dans la majorité des cas un abaissement pressionnel de -30% de la PIO de départ, son usage n'en demeure pas moins restreint (Vision laser, 2022). Car en fonction du type de laser utilisé, du type de GPAO, du stade d'évolution, de la race, de l'âge, etc. son efficacité est très

variable et dans certains cas, il peut s'avérer inefficace. Par exemple, l'on sait aujourd'hui que, les GPAO de type congénitaux, juvéniles, post uvéitiques ou encore ceux néovascularisés sont réfractaires à l'action hypotensive d'une trabéculoplastie (Vision laser, 2022). Par ailleurs, l'on sait aussi que, pour un laser de typer argon, les sujets mélanodermes semblent moins favorables en comparaison des sujets caucasiens. Tout comme, il en est de même des sujets de moins de 50 ans qui sont moins réceptifs par opposition à leurs aînés. (Sellem, 2014).

A défaut d'être prescrit en première intention, le traitement laser sert habituellement de soutien aux modes chirurgical et médicamenteux (Sellem, 2014). Son employabilité concourt dans une certaine mesure à l'atténuation de la charge médicamenteuse (Renard & Sellem, 2014), qui procède notamment soit à une diminution du nombre de collyres à instiller, soit à une suppression complète du traitement (Sellem, 2014). Ceci en raison d'une observance de mauvaise qualité du traitement ou d'une mauvaise tolérance de celui-ci par le patient (Vision laser, 2022). De plus, l'application d'un traitement laser permet l'évitement ou le retard d'une intervention chirurgicale ou d'un risque important de conversion d'une HTO (Sellem, 2014). Mais aussi, la réintroduction au traitement médical et l'échec d'une chirurgie filtrante constitue dans certains cas de figure un motif de recours important (Vision laser, 2022).

Les effets hypotenseurs d'une trabéculoplastie ne tardent pas à se relâcher au bout de quelques années (Sellem, 2014). Certes une possibilité de retraitement existe avec un laser de type SLT (Selective laser trabeculoplasty), mais jusqu'ici les études cliniques ne sont jamais allées au-delà de deux procédures (Renard et Sellem, 2014). En dépit, d'un bilan assez satisfaisant, l'usage d'une trabéculoplastie peut néanmoins induire quelques complications qui jusqu'ici sont d'ordre exceptionnelles. Elle se résume très souvent à l'apparition : d'une gêne oculaire (légère douleur) qui survient immédiatement après intervention, d'une inflammation oculaire post-opératoire modérée, d'une infection de l'œil ou d'un œdème au centre de la rétine. À certains moments, on observe aussi une hausse pressionnelle transitoire post-opératoire de courte durée ou une détérioration de la « vision périphérique» (Renard et Sellem, 2014).

2.1.4.2.3. Traitement chirurgicale : la chirurgie filtrante

Depuis Albrecht Von Graefe et la première iridectomie réalisée en juin 1856, la chirurgie dite filtrante telle que pratiquée aujourd'hui a connu d'importantes révolutions. Notamment, sur le plan technique l'on a vu émerger de nombreux procédés permettant la réduction des complications post-opératoire (sclérectomie profonde non perforante, technique

micro-invasive etc.), et la « réduction/suppression » des processus cicatriciels des cellules épisclérale qui constituent un risque majeur d'échecs chirurgicaux (Renard et Sellem, 2014). Certes, les avancées sont considérables – du point de vue clinique – mais rendu à ce jour, aucune méthode chirurgicale n'arrive à garantir un abaissement définitif de la PIO et à soustraire les patients d'éventuelles risques de complication postopératoires, parmi lesquelles : l'hypotonie (PIO < 6 mm Hg), la baisse de vision, une survenue de la cataracte, infection oculaire, inflammation de la conjonctive, etc. (Renard et Sellem, 2014).

Dans le cas d'un GPAO, la chirurgie (filtrante) procède généralement d'un traitement optionnel de dernier recours. Elle intervient lorsque malgré la prise optimale d'une cure médicamenteuse – et éventuellement d'un traitement laser – se pose la nécessité de prévenir les risques de survenue ou d'aggravation d'un handicap visuel (Laloum, 2022). En effet, en dépit d'un abaissement conséquent de la PIO et de la mise en place d'un suivi continue et rigoureux, il peut arriver que le champ visuel se dégrade à une vitesse alarmante, rendant ainsi inefficace les traitements engagés un peu plus tôt. Constituant certainement l'intervention la plus lourde, l'on reconnaît cependant qu'une chirurgie filtrante – parlant spécifiquement de la trabéculéctomie – peut être proposée en première intention par un ophtalmologiste (Renard & Sellem, 2014). Bien sûr, il va de soi que les situations de recours sont d'ordre exceptionnels, mais relèvent toujours d'une urgence fortement prononcée.

Quel que soit le procédé chirurgical engagé au cours d'une intervention, le principe d'action dans sa globalité consiste à promouvoir un drain de dérivation interne, afin de faciliter l'évacuation de l'humeur aqueuse. Une fois le drain crée, l'humeur aqueuse s'écoule alors hors de l'œil, en partant de la chambre antérieure jusque dans l'espace sous-conjonctival où il est résorbé par : les veines aqueuses, l'espace supraciliaire, les voies trans-sclérale et Transconjonctivale (Renard et Sellem, 2014 ; Laloum, 2022). Avec le temps, ce principe d'action a connu de nombreuses variations, qui ont permis de minimiser au mieux les risques de complications qui pourraient survenir tout le long de la phase postopératoire. Cependant, très peu d'études portant sur le long terme ne permet pas toujours d'apporter une plus grande visibilité sur l'efficacité de la pratique chirurgicale, limitée jusqu'à lors à l'évaluation hypotensive de la PIO (Renard & Sellem, 2014).

2.1.5. GPAO et impactes psychologiques

Applicable au monde du travail, de la santé et de l'éducation, la qualité de vie (QdV) est une notion complexe, qui sert d'indicateur afin d'examiner l'impact des maladies chroniques dans la vie quotidienne des patients. L'impact généré, étant multidimensionnel, permet la

mise en évidence des troubles psychologiques qui surviennent généralement chez le patient en rapport à la pathologie, son traitement et la perception que se fait le patient de la maladie. Dans le cas du GPAO, plusieurs études révèlent que les patients souffrent d'anxiété, d'angoisse, de dépression et de peur (Koama, 2017). Dans sa thèse de doctorat, Letzelter (2000) énonce les raisons qui justifient cette détresse psychologique, parmi lesquelles nous avons : (1) l'angoisse liée au « diagnostic/traitement peu performant », (2) le traitement et ses aléas (contraintes, complications et effets secondaires pouvant causer chez le patient une gêne généralisée, parfois un peu plus prononcée que la pathologie elle-même), (3) la détérioration des facultés visuelles et (4) la survenue de la perte de vision (pour les glaucomes évolués).

Un peu plus récemment, Koama (2017) propose une étude portant sur la qualité de vie, l'impact psychologique et le glaucome, et retient que sur 100 patients atteints de GPAO, 39% présentent une anxiété suite à l'annonce diagnostic, contre 24% qui sont sujets à une dépression et 5% au déni. Dans une étude similaire, Ratnani et al. (2007) – cité par Koama (2017) – observent également que sur 30 individus mis en examen, 60% souffrent de dépression suite à l'annonce, contre 40% qui présentent des troubles d'anxiété généralisée. D'autre part, Janz et al. (2007) – toujours cité par Koama (2017) – réalisent une enquête et retiennent que sur 607 patients pris comme participants, 34% présentent une peur plus ou moins intense d'être prochainement atteint de cécité absolue. En 2014, Lemaitre et ses collaborateurs proposent une étude dans laquelle ils choisissent d'évaluer l'anxiété préopératoire de patients atteints de GPAO qui nécessitent une chirurgie filtrante. Sur les 36 patients interrogés via l'APAIS (Amsterdams Preoperative Anxiety and information Scale), il en ressort que 42% des patients sont sujets à une anxiété préopératoire élevée, avec comme situations anxiogènes : la perte de l'œil opéré, l'acte chirurgical, un mauvais contrôle de la PIO, etc.

En dépit de permettre une évaluation de l'incidence de la maladie dans la vie quotidienne des patients, la QdV à cette autre particularité de faciliter chez le médecin une compréhension plus étoffée de la maladie et de sa prise en charge. Puisqu'elle assure au médecin traitant de prendre conscience des aspects qui lui échappent dans ses rapports avec les patients (Zanlonghi et al., 2003). Par conséquent, la récurrence des troubles psychologiques chez les patients atteints de GPAO, devrait susciter un plus grand intérêt dans la prise en charge. Car, s'il a été établi une corrélation entre les troubles psychologiques et les poussées glaucomateuses (Gossfxin , Rouleau et Montgrain, 1967 ; Fain, 2005), il n'est pas anodin de penser que ceux-ci constituent un facteur potentiel de risque d'aggravation de la maladie et voire même une source d'échec pour le bon déroulement du suivi thérapeutique.

Par considération de la probable incidence des facteurs psychosomatiques sur les poussées glaucomateuses et les risques d'aggravation, il conviendrait certainement de noter que, le fait d'entrevoir un accompagnement centré sur l'émergence du potentiel vicariant sensoriel chez les personnes atteintes de glaucome, ne saurait être inconvenant. Certes, il y'a un réel besoin de capaciter les patients glaucomateux d'aptitudes pratiques qui leur permettraient de faire face au cas où. Mais bien plus, une meilleure prise de conscience de cette possibilité à pouvoir fournir des réponses adaptées bien qu'étant encore valide, pourrait favoriser une diminution des symptômes anxigène. Par ailleurs, l'acquisition de telles aptitudes par des personnes atteintes de glaucome pourrait tout aussi bien contribuer : au changement de regard qu'elles entretiennent en permanence sur la cécité et ses conséquences, à favoriser une meilleure transition entre les instants de basse vision et le moment de perte totale et irréversible de la vue, à favoriser une meilleure acceptation de leur condition, à améliorer leur perception du schéma corporel, Etc.

2.2. Psychologie de la motivation

2.2.1. Généralités

La compréhension du comportement humain a toujours suscité beaucoup d'intérêt dans la communauté scientifique. L'ensemble des questions se rapportant généralement aux « pourquoi » et « comment », à emmener les chercheurs à s'interroger sur les motifs d'action qui régissent les vivants. À l'exemple de Deci et Ryan (2008) qui se demandent ce qui pourrait pousser tout individu à agir, à penser et sans aucun doute à évoluer. Avec le temps et le changement de paradigmes, la motivation s'est avérée être l'un des concepts clés en réponse à ces multiples questionnements, au point de devenir un domaine important de la psychologie. Bien entendu, cela va sans dire au constat de la multitude d'articles et d'ouvrages scientifiques qui ont été énoncés sur le sujet.

En considération des nombreux modèles théoriques qui la constitue, La psychologie de la motivation se donne pour mission de mettre en évidence l'ensemble des forces inhérentes et extrinsèques – à tout individu – qui rentre en ligne de compte dans l'accomplissement d'un comportement. Autrement dit, elle tend à expliquer et à prédire un résultat comportemental via un ensemble de principes et facteurs généraux (Myers et al., 2008). A ceci près que le fondement même de toute théorie motivationnelle – parlant de la motivation – repose sur un construit hypothétique dont le but est de décrire les forces « internes/externes » qui concourent à la réalisation d'un résultat, et ce quel que soit sa nature (comportemental ou non)

(Marx, 2010). Cependant, il est un réel besoin de poser une nette distinction entre les forces « internes/externes » qui sont des déterminants motivationnelles et la motivation qui est une force potentielle à forme multiple et propre à tout individu.

En effet, d'après (Fenouillet, 2010), parler de la motivation, c'est faire cas « d'une hypothétique force intra-individuelle protéiforme, qui peut avoir des déterminants internes et/ou externes multiples, et qui permet d'expliquer la direction, le déclenchement, la persistance et l'intensité du comportement ou de l'action ». Afin d'être mieux explicite, il choisit de se pencher sur le cas de figure d'un élève dont le changement de comportement est sollicité sous l'effet de la menace d'une sanction. Dans cet exemple, la menace d'une sanction représente le déterminant (externe) qui explique le changement de comportement attendu, sans pour autant caractériser le type de motivation susceptible de modifier ce comportement. Par contre la peur/honte/anxiété ressentie par l'élève, en représailles de la menace, constitue un relais interne à même de justifier le type de motivation responsable du changement de comportement.

Plus qu'un concept, la motivation est un terme générique (Fenouillet, 2010) dont l'usage perçu dans la littérature met en exergue plus d'un substrat. Afin de préciser au mieux la caractéristique de cette force qui participe à la concrétisation du comportement humain, plusieurs notions motivationnelles ont été abordées et explorées dans de nombreux contextes. En plus de permettre un élargissement du champ théorique, ces notions permettent également d'étayer et de rendre compte des composantes et processus qui sous-tendent la motivation. Ainsi, de façon sommaire et non exhaustif, nous retrouvons des modèles théoriques rattachés à des notions telles que : « les besoins » Maslow (1943) ; « l'équité » d'Adams (1963) ; « les attentes » de Vroom (1964) ; « la fixation des objectifs » de Locke (1968) ; « le sentiment de compétence/d'auto-efficacité personnelle » de Bandura (1977) ; « l'autodétermination » de Deci et Ryan (1985) etc.

2.2.2. Rapports entre les théories motivationnelles

La littérature regorge de plus d'une centaine de modèles théoriques centrés sur la motivation (Fenouillet, 2010). A partir d'un contexte d'énonciation bien défini, des composantes et des processus distinctement élaborés, chacun de ces modèles essaie d'explicitier de façon singulière ce qu'est la motivation et comment elle influe sur le comportement humain. Grâce à cette singularité sans cesse mise en avant par les théoriciens, chaque modèle théorique semble faire preuve de fraîcheurs. Car, sans pour autant prétendre à

quelques emprunts que ce soient aux modèles qui les précèdent, les théories sont prétendues construites de façon inédite et totalement novatrice (Marx, 2010).

Seulement, aussi nombreux, diffus et singuliers soient ces modèles théoriques, il est clairement présenté qu'il puisse s'établir entre eux des similitudes qui permettent de les constituer en catégories. C'est le cas par exemple, des modèles théoriques du « sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 1977) » et du « locus de contrôle (De Charms, 1968) », regroupés au sein des théories basées sur les attentes (Marx, 2010). Par ailleurs, au-delà de ce que ces similitudes soient favorables à la catégorisation des modèles théoriques, elles permettent aussi entre autres la description de possibles liens existants entre des modèles théoriques de différentes catégories. Dans le cas d'espèce, la théorie du sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 1977) peut être confrontée à celle de l'autodétermination (Déci et Ryan, 1985).

En confrontant les théories basées sur les attentes et les théories cognitives, Valérie Marx (2010) relève l'influence implicite des attentes d'efficacité personnelle dans la théorie développée par Déci et Ryan (1985). Bien que la terminologie employée dans les deux modèles théoriques soit différente, elle se rapporte néanmoins au même référent. Puisque selon ces derniers, la satisfaction du besoin de compétence entraîne systématiquement chez tout individu un sentiment de compétence qui en réalité correspond au sentiment d'efficacité personnelle développé par Albert Bandura (1977). Pour ainsi dire que, dans une mise en situation quelconque, la compétence perçue par un tiers organisme est fonction du sentiment d'efficacité qui pousse cet organisme à contenir sa motivation à un niveau satisfaisant ou au mieux à la booster.

Par ailleurs, ce positionnement du sentiment de l'efficacité personnelle (Bandura, 1997) dans les théories cognitives a été mis en exergue au cours d'une étude centrée sur l'autodétermination (Déci et Ryan, 1985) auprès des étudiants. En effet, Ryan, Stiller et Lynch (1994), ont démontré qu'à chaque fois qu'un étudiant se sent capable de réussir, il est également capable d'ajuster son comportement au point de l'internaliser (passer d'une motivation à déterminants externes pour une motivation à déterminants internes via un processus d'assimilation des valeurs). Ce qui nous amène à penser que : plus un individu est motivé par le fait de sentir apte à..., mieux il est capable d'arriver à ses fins tout en contrôlant son comportement et bien mieux, il se sent autonome (Roussel, 2000).

2.2.3. Théorie de l'autodétermination (Déci et Ryan, 1985)

2.2.3.1. Motivation intrinsèque

Créé en 1985 par Déci et Ryan, la théorie de l'autodétermination tire ses fondements du principe selon lequel, la force qui régit toute action humaine est d'emblée inhérente à tout individu et par conséquent, elle se voit compromise face à tout évènement n'émanant pas du ressort de ce dernier (Vallerand et Thill, 1993). De toute évidence, cette théorie met en lumière l'ensemble des facteurs qui tendent à dénaturer cette force. Puisqu'en fonction du déterminant motivationnel, l'on sait aujourd'hui que l'Homme est en mesure de mobiliser différentes forces de motivation, aux rangs desquelles figure la motivation dite intrinsèque (Ryan et Deci, 2000).

Considéré comme le Point d'ancrage de cette théorie, la motivation intrinsèque rend compte des rapports qui lient l'individu à l'activité (Marx, 2010). Car, d'après Déci et Ryan (1985), ce type de motivation constitue le moteur de tout comportement volontaire, au regard du plaisir ressenti et de l'intérêt que manifestent les personnes pour l'activité dans laquelle elles choisissent de s'impliquer. De plus, la motivation intrinsèque s'assimile à la satisfaction du besoin d'autonomie. En ce sens que, dans leur rapport avec toute activité qu'elles choisissent d'initier volontairement, les personnes cherchent à combler le désir de se sentir être à l'origine de leur comportement (De Charms, 1968 ; Déci et Ryan, 1985). En d'autres termes, elles agissent de manière autodéterminée via l'adoption d'un comportement volontaire tout en éprouvant un sentiment de liberté de choix.

2.2.3.2. Quelques données sur la motivation intrinsèque

Dans de nombreux contextes et domaines d'étude, la théorie de l'autodétermination de Déci et Ryan (1985) a été éprouvée de bien des façons. Et de ce qu'il en ressort comme publications scientifiques, l'on peut noter l'intérêt tout aussi remarquable des auteurs pour la motivation intrinsèque. Afin de mieux percevoir ce qu'il en est de cette motivation, nous présenterons de manière généralisée, ce à quoi elle contribue dans la concrétisation des comportements humains. Pour cela nous aborderons, tour à tour, cette notion dans ses rapports avec les domaines de l'éducation générale, de l'éducation physique et sportive, du travail et de la santé.

Dans le domaine de l'éducation, de nombreux travaux font éloges de l'implication positive de la motivation intrinsèque dans l'ajustement psychologique des apprenants à l'école, du déploiement de leurs efforts, de la qualité de leur performance scolaire, du niveau

de concentration mobilisée, etc. (Fortier, Vallerand et Guay, 1995 ; Gottfried, 1985 ; Grolnick, Ryan et Deci, 1991 ; Harter et Connell, 1984 ; Lloyd et Barenblatt, 1984 ; Ryan et Connell, 1989 ; Vallerand et Bissonnette, 1992 ; Vallerand, Pelletier, Blais, Brière, Sénécal et Vallières, 1993 cités par Blanchard et al., (2004). D'après Connell et Ryan (1992, citée par Vianin, 2006), le niveau d'implication des apprenants dans leur étude est bien plus important lorsque les enseignants exercent moins de contrôle, non seulement sur les processus d'apprentissage mais aussi en donnant aux apprenants la latitude de prendre des décisions par eux-mêmes. Black et Déci (2000) quant à eux, ont montré qu'il était plus évident pour des étudiants présentant un fort intérêt pour la chimie organique, d'apprécier leur cours et par conséquent de refléter une performance bien meilleure que celle de ceux dont la motivation est tenue sous contrôle grâce à des déterminants externes.

Dans le domaine de l'éducation physique, Dupont et al. (2009) ont consigné dans une étude centrée sur les déterminants et les effets de la motivation chez des élèves, différents apports significatifs de la motivation intrinsèque en lien : à l'engagement et la performance (Boiché et al., 2008), aux émotions participant à la consolidation du bien-être psychologique et à l'estime de soi (Mouratidis et al., 2008 ; Standage et Gillison, 2007), à une bonne pratique physique et à l'intention de pratiquer une activité physique de loisir en dehors de l'école (Hagger et al., 2003 ; Ntoumanis, 2001 ; Standage et al., 2003), etc. Néanmoins, ils relèvent l'importance qu'il y'a à promouvoir, pour une bonne pratique physique, un milieu moins contrôlant et qui favorise une expérience de choix chez les élèves. D'autant plus que, les possibilités de choix doivent correspondre aux attentes et aux intérêts des élèves. Raison pour laquelle, Dupont et al. (2009), trouvent opportun de procéder à la mise en place de compromis dit « pertinents » qui satisfont à la fois les élèves et les enseignants. Ainsi, grâce au concours des négociations intégratives, toutes les parties sont écoutées et prises en compte.

Dans le domaine du travail, Collins, Hanges, et Locke (2004) démontrent combien l'implication de la motivation intrinsèque est une donnée essentielle dans le cadre de la réussite professionnelle. Pour ces derniers, le niveau de satisfaction (plaisir) perçue par un employé dans les tâches accomplies peut être considéré comme une valeur prédictive de sa performance au travail. Toutefois, si tenté que la satisfaction perçue rime avec la caractéristique intrinsèque, elle permet alors la persistance du comportement de ce dernier dans l'activité sur le long terme. Outre la satisfaction au travail, Levesque, Blais, et Hess (2004) s'attardent sur le rapport significatif existant entre la motivation intrinsèque et le bien-être au travail en lien aux styles de la supervision managériale. À condition bien sûr qu'ici la

supervision demeure telle qu'elle puisse favoriser la satisfaction des besoins personnels de compétence, d'appartenance mais surtout d'autonomie des employés.

Bien que difficilement perceptible dans le domaine de la santé, la motivation s'apparente à une composante propre de l'individu « patient » (Riou, 2016). Elle s'inscrit dans une dynamique dans laquelle sont mis en interaction les besoins implicites (thérapeutiques, émotionnels et la perception de ses capacités) du patient et les opportunités qu'offrent son environnement (Golay et al., 2010). En contexte de rééducation, la motivation est perçue comme ce « qui permet » à tout individu « de s'engager dans l'activité » thérapeutique « et de devenir un patient acteur » (Riou, 2016, p. 21). Cependant, il va de soi qu'il revient au soignant/traitant/thérapeute de mettre en place un dispositif relationnel approprié, autour duquel va graviter la relation thérapeutique. Par ailleurs, c'est de ce dispositif que dépend non seulement l'émergence des processus motivationnels mais aussi leur persistant dans le temps (Boyer, 2015).

2.2.4. La théorie du Sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 1977)

2.2.4.1. Les croyances personnelles d'efficacité « perçues »

Compris comme étant la notion phare de la grande théorie sociocognitive de Bandura (1977), le sentiment d'efficacité personnelle (l'auto-efficacité) est une théorie qui s'appesantit sur les croyances personnelles d'efficacité comme indice créateur de la motivation, du bien-être psychologique mais surtout de l'action humaine (Carré, 2004). En effet, suite aux jugements et aux idées diverses que les personnes « se font/entretiennent » de leurs aptitudes à pouvoir s'investir dans une activité quelconque, elles mettent en place, via un ensemble de processus cognitifs, affectifs, émotionnelles, les comportements adéquats qui leur permettent d'atteindre un objectif visé. En d'autres termes, cette théorie privilégie l'existence d'un système de croyances au cœur même de l'efficience et de la productivité humaine. Car, comme le prétend Lecomte, (2004, P. 60) : « le sentiment d'efficacité personnelle d'un individu ne concerne pas le nombre d'aptitudes qu'il possède, mais ce qu'il croit pouvoir en faire dans des situations variées ».

Les croyances personnelles d'efficacité sont d'autant plus importantes du fait de leur influence sur la performance. Certes, la nécessité d'un niveau minimum de compétence est requise, mais la qualité des actions entreprises dépend largement des croyances personnelles d'efficacité entretenues par l'individu (Lecomte, 2004). Raison pour laquelle, face à

l'adversité, les personnes ayant une forte auto-efficacité possèdent une attitude toute différente de celles possédant une faible auto-efficacité. Effectivement, l'on sait que, les personnes avec une forte croyance en leur potentiel perçoivent généralement les difficultés comme des challenges plutôt que comme des obstacles à esquiver. De plus, elles confrontent les situations complexes (voire stressantes) avec intension de pouvoir garder un minimum de contrôle sur le cours des événements. En cas d'échec ou de mauvais résultats, elles ne manquent pas de se remettre en question afin d'ajuster par des efforts supplémentaires et mûrement réfléchis, l'insuffisance perçue dans les actions effectuées antérieurement. Tandis que, les personnes à faible auto-efficacité sont généralement défaitistes, pessimistes, et potentiellement des victimes désignées au stress et à la dépression. Elles sont partisans du moindre effort et abandonnent facilement lorsque les choses se présentent avec complexité. Elles manquent de confiance en leur potentiel et doutent en permanence de leurs capacités. Elles ont du mal à se motiver, puisque dans des situations troubles, elles s'attardent sur les difficultés et sur leur incapacité à pouvoir surmonter le problème auquel elles font face. Les personnes à faible croyances personnelles d'efficacité présentent aussi une forte tendance à l'auto-dénigrassions, puisqu'elles ont parfois une mauvaise image d'elles-mêmes (Bandura, 1995 ; Lecomte, 2004).

D'après Bandura (1986), Les croyances personnelles d'efficacité sont construites au cours du développement et de l'histoire de vie de tout individu. Grâce à quatre sources d'informations essentielles (les expériences de maîtrise, les expériences vicariantes, la persuasion verbale et l'état physiologique et émotionnel), les personnes nourrissent en continue leurs croyances personnelles d'efficacité et par conséquent leur sentiment d'efficacité personnelle. Ainsi, en fonction des expériences vécus et des « succès/échecs » endossés tout au long de leur existence, les personnes sont à même de savoir le type d'entreprises qu'elles sont en mesure d'initier ou non. Raison pour laquelle, il peut paraître moins évident pour des personnes de s'investir dans une activité quelconque, si au cours de leur vécu, elles ont eu à avoir une expérience peu satisfaisante en rapport à cette activité ou à tout ce qui peut se rapporter à ladite activité. D'ailleurs, c'est exactement le constat qui se dégage, lorsque sont abordées des questions sur la fonction prédictive du sentiment d'efficacité personnelle en rapport au choix de carrière. Puisqu'il a été démontré que l'efficacité perçue dans la « réussite scolaire antérieure » oriente les individus non seulement vers le choix de carrière mais bien plus encore, il constitue un puissant déterminant de la progression des performances professionnelle (Lent, Brown, et Larkin, 1987). Surtout quand on reconnaît le rôle médiateur que jouent les croyances personnelles d'efficacité intellectuelle

des élèves entre leur aptitude, le parcours professionnel et les résultats pédagogiques (Lent, Lopez, et Bieschke, 1993).

2.2.4.2. Croyances personnelles d'efficacité : comment procéder à leur développement ?

Vu l'importance des croyances personnelles d'efficacité dans le déploiement et l'intéressement des individus dans les activités, le propre de toute intervention, à défaut de mesurer la qualité et le niveau du sentiment d'efficacité personnelle, est de s'investir au développement celui-ci. Étant donné que la construction de ces croyances personnelles d'efficacité passe par l'expérience et le vécu, voire l'histoire des personnes, il est important pour l'acquisition des nouvelles compétences, de plonger les individus dans une formation au cours de laquelle il leur est proposé de vivre une expérience où la pleine maîtrise des aptitudes et la réussite sont au cœur des préoccupations. De ce fait, il incombe par nécessité au Psychologue, au formateur professionnel et même à l'éducateur de procéder à la mise en place d'un dispositif qui puisse faciliter l'apprentissage, tout en stimulant une forte implication de l'apprenant et le développement de ses capacités d'autogestion et d'autorégulation (Afonso et al., 2012).

A la question de savoir comment intervenir pour accroître ou renforcer les croyances personnelles d'efficacité des individus ayant un faible sentiment d'efficacité personnelle, Bandura (1986) propose l'usage du modelage de maîtrise. D'après l'auteur, il s'agit en réalité d'un des moyens de capacitation humaine des plus performants qui eut été élaboré (Lecomte, 2004). De plus, c'est une ressource indispensable à l'acquisition des compétences intellectuelles, sociales et même comportementales (Bandura, 1986). Elle contribue aussi chez des personnes à développer leur adresse dans la planification et la gestion de leur apprentissage, tout en facilitant la réussite et le rendement de ces derniers et en augmentant leur confiance en soi et le désir de se fixer de nouveau challenge (Tough, 1990). D'autant plus que, à certaines considérations près, s'investir à promouvoir un changement significatif au niveau des croyances personnelles d'efficacité des individus, inclurait presque un chevauchement entre éducation et thérapie (Candy, 1991).

Bien que, le modelage de maîtrise procède avant tout de l'observation des comportements d'un modèle social et des conséquences qui s'ensuivent (Bandura, 1986), il n'en demeure pas moins que cela soit une opération quelque peu complexe à réaliser. Parmi la multitude de formules de mise en place de ce process, il convient de noter que celle qui produit de bien meilleurs résultats consiste en la structuration d'un modelage de maîtrise

effectuer en trois étapes successives (Lecomte, 2004 ; Bandura, 1986). Ainsi que définit, les trois étapes sont les suivantes :

- **Le modelage instructif** (Lecomte, 2004)

Cette première étape consiste pour le professionnel à repérer les difficultés majeures de l'activité et à les séquencer en sous-compétences moins complexes. Par la suite, ces sous-compétences sont modelées sur un support vidéo en étapes faciles à maîtriser. La finalité de cette manœuvre est de répartir le temps de travail en une série de sous-objectifs faciles d'atteinte, qui contribue à la guidance et au maintien des efforts des apprenants sur le long terme. L'effet escompté est de procéder à la construction progressive du sentiment d'efficacité des apprenants au lieu de leur transmettre des connaissances sur les procédures et stratégies d'action. Ainsi, avec des but-pronominaux, il paraît plus évident d'accentuer la perception des croyances personnelles d'efficacité des individus, tout en leur permettant d'atteindre des buts finaux. Par ailleurs, l'usage d'objectifs pronominaux constitue aussi un excellent moyen de réduire le risque de découragement et d'abandon du fait d'un unique objectif avec des enjeux élevés.

- **Le perfectionnement guidé des compétences ou modelage correcteur** (Lecomte, 2004)

Grâce au recours d'une évaluation et d'un feed-back permanent, le professionnel identifie les sous-compétences non-assimilées et permet ensuite une correction progressive des insuffisances relevées. À ce niveau, le feed-back constitue en fait un modèle social possédant les compétences recherchées. Seulement, pour que ce feed-back soit performant et significatif, il doit participer par ses actions à la construction des croyances personnelles d'efficacité des apprenants, en mettant un accent sur leurs succès et leurs progrès, tout en corrigeant leurs manquements d'une manière constructive et sans pour autant procéder à une évaluation critique.

- **La formation au transfert de compétence dans l'environnement de travail** (Lecomte, 2004)

Cette étape impose la nécessité de mettre en place un programme de transfert de compétences en situation réelle d'activité. Pour se faire, le professionnel insère l'apprenant dans un environnement de travail dans lequel les conditions sont telles, qu'elles contribuent à la pleine réussite de l'apprenant. Car, si les compétences nouvellement acquises ne sont pas mises à profit, il y'a fort à espérer que celles-ci ne perdurent guère longtemps, surtout en

l'absence d'une valeur pratique et de leur usage fréquent par l'apprenant. Ainsi, avec une mise en pratique quotidienne des nouvelles compétences et une réussite assurée, les apprenants renforcent leurs perceptions d'efficacité en rapport à l'activité.

Tout au long du processus, l'on remarque qu'avec le modelage de maîtrise, l'apprenant a de réelles possibilités d'être proactif, donc auteur de son propre changement (Lecomte, 2004). En effet, la mise à contribution de certaines modalités d'enseignement telles que : la verbalisation des tâches à effectuer et des stratégies cognitives, la fixation des buts, l'auto-observation et la comparaison social, sont à promouvoir chez l'apprenant. Déjà qu'en plus d'accroître le sentiment d'efficacité personnelle et l'apprentissage, la verbalisation des tâches et stratégies permet à l'apprenant de mettre une emphase sur les aspects importants de l'activité. Elle simplifie aussi l'encodage des informations pour une optimisation du travail mémoriel (Schunk et Rice, 1984 ; Zimmerman, 1995).

D'autre part, la quasi omniprésence du professionnel, lui confère de cheminer aux côtés de l'apprenant tout en permettant à ce dernier de faire son bout de chemin (Lecomte, 2004). En ce sens que, dans ses rapports avec l'apprenant et l'activité, le professionnel à la charge : de favoriser le sentiment de contrôle grâce à une structuration de l'apprentissage en séquences digestes, répétitives et régulières ; d'encourager par attribution le succès aux compétences et l'échec au manque d'effort (Biggs, 1987) ; de contextualiser l'apprentissage dans des situations de vie réelle (Brown, Collins, et Duguid, 1989) ; de créer un climat conforme à l'autogestion et à la découverte, de favoriser la collaboration, la décontraction, des relations chaleureuses et empreintes de respect, l'acceptation des différences individuelles, la reconnaissance de l'importance des sentiment (Knowles, 1990) et favoriser le questionnement et la critique constructive (Candy, 1991).

2.2.4.3. Quelques résultats autour du modelage de maîtrise

L'usage du modelage de maîtrise dans le cadre des apprentissages et de la formation s'est particulièrement révélé efficace. D'ailleurs, au cours d'une étude portée sur l'acquisition des compétences en mathématique, Bandura et Schunk (1981) ont pu démontrer que le fait de procéder par un apprentissage structuré en série de sous objectifs, permet aux élèves de prendre conscience de leur niveau de progression, d'acquérir plus rapidement les compétences souhaitées et un fort sentiment d'efficacité personnelle en mathématique. Car, bien que l'usage d'un objectif unique et lointain permettent de fixer une direction dans le travail de l'apprenant, il ne participe pas au développement de l'efficacité perçue chez ce dernier et inhibe dès lors l'intérêt propre à l'activité qu'il pourrait avoir. De plus, la participation des

apprenants dans la fixation d'objectifs pronominaux renforce leur motivation (Schunk, 1985). Surtout lorsque ces objectifs sont centrés non pas sur la performance à atteindre mais sur le processus de la compréhension et de l'apprentissage (Graham et Golan, 1991 ; Schunk et Rice, 1989).

Certaines recherches quant à elles font état du bien-fondé d'avoir recours à un modèle social, surtout si celui-ci possède des traits de similitudes (âge, sexe, état de santé particulier, niveau d'étude, etc.) vis-à-vis des personnes envers qui l'on souhaite mener une intervention (Schunk et Hanson, 1985). Après avoir comparé, le modelage de maîtrise (enregistrement vidéo d'un modèle) au modèle d'apprentissage individuelle interactif (assistance via un interface numérique), dans l'acquisition de compétences informatiques, Gist, Rosen, et Schwoerer (1988) relève que l'usage du modèle social est bien mieux approprié pour transmettre des compétences aux personnes de tous les âges. En plus de noter la pleine satisfaction des apprenants durant la formation, Ils notent également comme autre avantage la réduction des émotions négatives. Le même résultats sont obtenus par Latham et Saari (1979) quand ils entreprirent de participer à la construction des compétences de supervision managériale d'un groupe de contre-maître. L'usage du modèle social s'est avéré favorable à la fixation des compétences chez les contre-maîtres du groupe expérimental. Et même sur le long terme, l'on se rend compte de ce que les compétences apprises et renforcés en situation réelles de travail ont perduré. Ainsi, contrairement aux contre-maîtres du groupe contrôle, ceux du groupe expérimental ont pu fournir en permanence des reponses mieux adaptés aux problèmes rencontrés. Par exemple, ils étaient plus enclins à décéler les problèmes et à anticiper ceux à venir, à faire des propositions et des (ré)aménagements afin de contribuer au bon fonctionnement des activités, à procéder au suivis des résolutions et des politiques managérial nouvellements adoptés etc (Porras et Anderson, 1981).

Outre son efficacité prouvée dans la formation et l'apprentissage, le modelage de maîtrise constitue aussi un excellent moyen de médiation fort bien intéressant dans le cadre de la santé mentale. Sachant que le but de toute thérapie est de permettre aux gens (patients) de réinvestir de leur vie grâce à l'introduction de processus d'autorégulation, Bandura convient de ce qu'il est primordial d'axer le travail certes sur l'acquisition des compétences et connaissances nécessaires. Mais surtout, il insiste sur le fait de favoriser chez ces personnes la croyance en leur habileté à pouvoir exercer un certain contrôle sur leur existence. Dans le cas des dépressions, Bandura choisit par exemple de favoriser le développement d'un sentiment d'efficacité d'optimisme chez la personne dépressive (Lecomte, 2004). Pour cela, il trouve approprié de focaliser l'intervention sur les styles capacitant de pensées « positives » et sur les

activités de maîtrise « guidées », afin de mettre en déroute le sentiment d'impuissance et l'auto dévalorisation qui sont des symptômes importants observés chez les dépressifs (Bandura, 1988). D'ailleurs, Kavanagh et Wilson (1989), ont démontré que l'efficacité perçue à contrôler les pensées déprimantes permet une réduction considérable de la dépression, Mais aussi, une baisse importante des phases de rechutes (épisodes de dépression).

De même qu'observé dans les troubles dépressifs, les activités de maîtrise guidée sont également nécessaires dans le traitement des troubles phobiques. Puisqu'ils contribuent-là aussi à « éliminer les comportements défensifs, les réactions physiologiques de stress et les modes de pensées erronés » (Bandura, 1988 citée par Lecomte, 2004). Partant de la réflexion selon laquelle, les restrictions que s'imposent les personnes atteintes de troubles phobiques relèvent d'un sentiment d'inefficacité perçue à faire face à des menaces potentielles, Bandura (1986) a trouvé judicieux de promouvoir la construction du sentiment d'efficacité de coping chez ces personnes en guise de traitement. Ainsi, grâce aux activités de maîtrise guidée, les personnes phobiques sont emmenées à se reconnectées progressivement avec la réalité qu'elles essaient de fuir en permanence. Là encore, le principe est de mettre à contribution un modèle social sur lequel les patients prendront exemple, afin de savoir comment faire face efficacement aux menaces potentielles. Ensuite, les patients sont appelés, selon divers contextes à se mettre en situation avec des défis de plus en plus difficile à relever. Bien entendu, cette manœuvre permet d'atteindre deux buts précis. Lesquels consistent dans un premier temps à fournir des réponses adaptées lorsque les phobiques sont confrontés à des situations déplaisantes. Et en second lieu, à permettre le déconstruit de l'anxiété anticipatoire et du comportement d'évitement dont sont sujettes les personnes phobiques, grâce à une série de démonstrations répétitives du non-lieu des conséquences catastrophiques attendu par ces derniers (Lecomte, 2004).

Analogiquement aux différents résultats dont fait mention la littérature scientifique, l'apport des théories motivationnelles évoquées dans le contexte précis de notre étude, permettrait non seulement de participer au construit des croyances personnelles d'efficacité en rapport à la vicariance sensorielle. Mais également, elle permettrait par la suite d'inciter les personnes glaucomateuses à adopter un comportement volontaire et dénué de toute contrainte. Puisque, grâce au modelage de maîtrise, il est possible de fournir une guidance structurée aux personnes glaucomateuses, de sorte à modifier de façon progressive la perception qu'elles ont de leur capacité à faire preuve de vicariance sensorielle. Par ailleurs, la modification de cette perception facilitera certainement à son tour l'acquisition et le maintien des compétences recherchées. Pour cela, le choix et la description des objectifs pronominaux à voter pour

chaque compétence recherchée par activité sont cruciaux. De plus, l'accessibilité de ces objectifs pronominaux permettrait un renforcement non seulement des croyances personnelles d'efficacité des participants mais aussi leur motivation de départ.

En effet, compte tenu de ce que la motivation de départ peut être extrinsèque, voire amotivée, il est important de procéder de manière à pouvoir intéresser les personnes glaucomateuses. Dès lors, renseigner ces personnes sur l'ensemble des contenues et sur la structuration des différentes activités est tout à envisager. Car, une fois renseignée, elles pourront définir par elles-mêmes l'orientation à suivre en ce qui concerne l'agencement des activités. Mais aussi cela leur permettra de débiter par les activités dans lequel elles estimerait pouvoir se sentir le mieux à l'aise. De plus, avec la réussite que garantirait les objectifs pronominaux, il est fort probable qu'aux vues du plaisir ressenti et de la satisfaction perçue, les personnes glaucomateuses développent dans le temps une motivation intrinsèque à l'élaboration de la vicariance sensorielle.

CHAPITRE 3 : CADRE CONCEPTUEL

Si la théorie permet d'influencer notre façon de penser, mais surtout notre façon d'interpréter ce que nous voyons (faits, évènements, phénomènes, etc.), le cadre conceptuel quant à lui permet de cerner l'ensemble des lois, théories, concepts, etc. qui peuvent s'inscrire dans le cadre contextuel d'une étude scientifique. Puisqu'il se définit comme, la somme des connaissances théoriques, qui ont un rapport plus ou moins étroit avec un sujet de recherche (Formarier et Poirier-Coutansais, 1986). Dans le cadre de cette étude, nous passerons en revue les théories et concepts suivants : sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 1986) ; auto-détermination (Déci et Ryan, 1985) ; vicariance (Reuchlin, 1978) ; plasticité cérébrale (Pascual-Leone et Hamilton, 2001 ; Merabet et al., 2008) et la nyctophobie (D'Oriola, 2014 ; Williams, 1985).

3.1.Sentiment d'efficacité personnelle

3.1.1. Bref aperçu de la Théorie Social Cognitive (Afonso & al., 2012 ; Ruph, 1997 ; Carré, 2004)

Issue des travaux d'Albert Bandura, la Théorie Socio Cognitive (TSC) est celle-là qui à l'opposé du courant behavioriste, prend en forte considération, les facteurs cognitifs et sociaux comme des déterminants du comportement humain. Contrairement au béhaviorisme qui se centralise sur l'observation objective des comportements en réponse à des stimuli, l'approche socio cognitiviste quant à elle, tend à mettre en évidence les rapports existant entre les cognitions du sujet social, ses comportements manifestes et les influences sociales qui l'environnent. Dès le début des années 60, la théorie Socio cognitive voit la pose de ses premiers fondements, alors qu'Albert Bandura et ses collaborateurs initiaient une étude portée sur l'agressivité auprès des enfants. Dès lors, il multiplie ses travaux et développe alors un important courant de recherche axé sur la propagation des actes de violence à travers un modèle d'apprentissage dit vicariant. Les prémices de ses recherches l'ont poussé à comprendre de manière fortuite que l'observation joue un rôle important dans l'acquisition de nouveaux schémas comportementaux, vue sa forte tendance à influencer de manière significative la pensée, les émotions et les comportements humains.

En effet, c'est au cours d'une expérience faite avec une poupée bobo, qu'il découvre que les enfants apprennent par imitation du comportement observé chez les adultes. Par ailleurs, l'apprentissage du comportement observé ne résulte pas simplement d'une pâle imitation, mais d'une appropriation singulière dudit comportement par les enfants. De sorte

qu'en « extrayant les règles sous-jacentes au style comportemental du modèle, les gens (les enfants) produisent de nouveaux modèles comportementaux proches de ces styles, mais qui dépassent largement ce qui a simplement été vu ou entendu » (Carré, 2004, p.25). C'est donc partant de ces résultats, qu'émergera ce qu'il a appelé la Théorie de l'Apprentissage Social (TAS). D'ailleurs, c'est d'après cette théorie que Bandura (1977) développe le modelage de maîtrise qui est l'une des notions fondamentales de la grande Théorie Socio Cognitive. A la suite de la Théorie de l'Apprentissage Social, Bandura (1977) va inscrire dans la continuité de son travail les théories de l'agentivité humaine et du sentiment d'efficacité personnelle.

Dans la théorie de l'agentivité humaine, l'auteur démontre que grâce à l'intentionnalité et à l'anticipation, tout individu peut influencer les événements qui régissent le cours de son existence et réguler ainsi ses actions. C'est-à-dire que l'individu est considéré comme l'auteur de ses propres changements, puisqu'il peut faire preuve d'une grande capacité d'adaptation et de renouvellement lorsqu'il est confronté à de nouveaux défis. Quant à la théorie du sentiment d'efficacité personnelle l'auteur met un accent particulier sur l'implication des croyances personnelles d'efficacité dans les fondements de l'engagement, de la motivation, du bien-être et de la qualité des actions posées par l'homme. C'est donc fondé sur la base de ses trois théories que Bandura réussira en 1986 à se défaire du behaviorisme pour tendre vers le courant cognitivisme. Bien qu'il ne se soit jamais considéré comme un behavioriste, les résultats obtenus de ses études, ont démontré que l'apprentissage par modelage a fréquemment lieu sans le concours d'un quelconque renforcement et aussi, contrairement à ce que prétend la théorie behavioriste, il est tout à fait possible d'apprendre sans le soutien d'une récompense ni punition.

3.1.2. Définition du sentiment d'efficacité personnelle

3.1.2.1. Sentiment d'efficacité personnelle ou auto-efficacité ?

On recense plusieurs nominatifs attribués à cette notion. Aussi bien de l'anglais (self-confidence ; self-competence ; self-perceptions of ability ; self-efficacy ; personal efficacy ; efficacy beliefs ; feeling of competence ; etc.) que de ses traductions françaises (auto-efficacité ou sentiment d'auto-efficacité ; sentiment de compétence ; sentiment d'efficacité personnelle ; confiance en soi ; etc.) les propositions se font nombreuses (Covington, 1992 ; Bandura, 1977, 1986 ; Feuerstein et Feuerstein, 1991 ; Bouffard-Bouchard et Pinard, 1988 citée par Rupp, 1997). Cependant, en fonction de la terminologie utilisée, la définition allouée peut prêter à confusion ou spécifier deux perspectives bien distinctes.

Butler et Winne (1995) font très bien ce distinguo en spécifiant la différence avérée qui existe entre les termes sentiment d'efficacité personnelle et auto-efficacité. Selon ces derniers, le premier terme renvoi aux jugements personnels prédictifs qu'un individu lambda peut entretenir sur sa capacité à pouvoir se lancer dans la pratique d'une activité quelconque ou à contrôler certaines situations afin d'atteindre un but donné. Tandis que, l'auto-efficacité ou l'efficacité personnelle perçue met en évidence les jugements qu'un individu peut entretenir sur sa capacité à atteindre un but donné une fois l'activité amorcée. Ici, l'ensemble des actions entreprises est remis en question par voie de rétroaction (feed-back). Et l'appréciation qui en ressort peut impacter de façon considérable le déroulement de l'activité, le processus d'autorégulation et le niveau d'effort dans la tâche.

3.1.2.2. Sentiment d'efficacité personnel : entre jugements et croyances

Autant, il y'a profusion de nominatifs, autant il y'a de définitions. Bien évidemment, toutes font références soit aux jugements personnels que les gens ont de leurs aptitudes, soit tout simplement aux croyances personnelles d'efficacité. Par exemple, selon Bouffard-Bouchard et Pinard (1988), le sentiment d'efficacité personnel se définit comme « l'ensemble des jugements qu'une personne portent sur sa capacité d'organiser et d'utiliser les différentes activités inhérentes à la réalisation d'une tâche à exécuter ». Alors que du côté de Miller et de ses collaborateurs (1996), parler du sentiment d'efficacité personnel revoient aux «croyances des gens concernant leurs compétences à accomplir une tâche avec succès ». Cependant, d'après les traductions françaises proposées par Bandura (1977, 1986, 1995, 2003), on peut observer un usage des deux vocables.

Pour Bandura (1986), le sentiment d'efficacité personnelle se définit comme « les jugements que les gens portent sur leur capacité à organiser et à exécuter les actions requises pour atteindre un type de performance donnée ». En 1995, il passe à l'usage du mot « croyance » et propose cette définition : « ensemble de croyances qu'une personne entretient à propos de ses capacités à organiser et à exécuter les actions requises pour gérer les situations « prospective ». Une définition plus récente de Bandura (2003) dit du sentiment d'efficacité personnelle qu'il renvoie à « la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités ».

Bien qu'il n'y ait aucune référence faite par l'auteur sur le changement d'usage de ces deux mots, il s'accorde néanmoins à penser que le sentiment d'efficacité personnelle provient d'une croyance qui se module en fonction des aptitudes auxquelles font appel les individus (Bandura, 2003). Par définition, l'auteur insiste sur l'importance que jouent la perception et

les croyances que les gens ont de leurs aptitudes dans la fixation des buts qu'ils s'imposent et de leur implication dans les résultats souhaités. Car, si les gens ne sont pas suffisamment confiants en eux-mêmes et convaincus de ce qu'ils peuvent accomplir grâce à leur propre action, ils auront peu d'arguments pour fournir des réponses adaptées aux situations qu'ils traversent. Tout comme, on peut attendre des personnes qui ont une grande confiance en leurs aptitudes, de meilleures performances lorsqu'elles s'investissent dans une activité donnée ou lorsqu'elles se fixent un but à atteindre. (Bandura, 1986)

3.1.3. Sentiment d'efficacité personnelle et son système de croyances

Le construit théorique proposé par Bandura (1977) est de loin, bien plus proche du cognitivisme qu'il ne l'est du behaviorisme. Dans ce courant, les déterminants du comportement humain ne sont pas considérés comme relevant du propre des individus mais acquis tout au long de leur histoire via le concours des processus mentaux. Par ailleurs, l'implication de la cognition dans cette théorie va à l'encontre de la thèse de White (1959 citée par Rugh, 1997) qui voudrait que le fait de se sentir « efficace/compétent » provienne d'un désir inné. Pourtant, d'après la Théorie Socio Cognitive, le sentiment d'efficacité personnelle provient d'un système de croyances qui s'établit au cours du développement de l'individu et de son histoire.

Au cœur de ce système de croyances, reposent (04) quatre sources importantes d'information que sont :

- **Les expériences « de maîtrise/vécues »** : C'est la source la plus importante. Car, elle est relative aux performances antérieures du sujet social. Elle constitue son lot de succès et d'échecs par rapport à un domaine d'activité ou une situation donnée. Ici, les succès passés contribuent à créer et à renforcer les croyances de l'individu en ses capacités. Alors que, l'ensemble des échecs ruinent l'épanouissement de ces croyances.
- **Les expériences vicariantes** : par le biais de cette source, il est possible de construire ses croyances par procuration des expériences de maîtrise d'un de ses semblables. Ainsi, grâce à l'observation d'un modèle social, un individu peut modifier son sentiment d'efficacité personnelle soit en apprenant des « succès/échecs » des autres. Soit en évaluant tout simplement ses propres capacités à celui des autres. Par ailleurs, cette source s'avère tout aussi bien opportune si

l'observateur manque du tout d'expérience et si le modèle social en présence partage des similitudes avec l'observateur.

- **La persuasion verbale** : il s'agit d'une source d'information qui contribue à modeler les croyances d'efficacité d'un individu en le persuadant et/ou en le récompensant verbalement. Certes, cette source est moins importante que les deux premières mais elle joue un rôle capital dans le maintien et le renforcement des efforts. Et même s'il est très difficile de persuader verbalement un individu à croire en ses capacités, il paraît néanmoins plus évident de réduire sa confiance en son efficacité par des critiques peu constructives (Ruph, 1997).
- **Les états physiologiques ou émotionnels** : selon l'auteur, les conditions physiques et émotionnelles peuvent avoir un impact considérable sur le sentiment d'efficacité personnelle d'un individu. Bien entendu, tout dépend du comment cet état de choses est perçu et interprété par ce dernier. A titre d'exemple illustratif, des paumes de mains en sueur et une gorge sèche peuvent être perçus comme des signes d'angoisse et doute, qui peuvent à leur tour affecter négativement les jugements d'un individu. Ainsi, se sentant en situation d'inconfort et grâce à un manque accru d'assurance, il peut facilement se projeter et anticiper son propre échec.

3.1.4. Sentiment d'efficacité personnelle et régulation des conduites humaines

Parce que le sentiment d'efficacité personnelle influence le comment les gens pensent et mobilisent leurs ressources internes pour agir et entrer en interaction avec leur environnement, Bandura (1995) pense également que ce sentiment d'efficacité joue un rôle important dans la régulation des comportements qui régissent l'efficacité humaine. Pour cela il décrit quatre catégories de processus majeurs qui rendent compte de son influence sous-jacente :

- **Les processus cognitifs** : qui renvoient au caractère prédictif et anticipatoire que peuvent avoir les gens grâce au mode de pensées qu'ils entretiennent en permanence. Ceci dit, pour une personne ayant un fort sentiment d'efficacité personnelle, il est plus évident pour elle d'aborder les événements à venir avec sérénité et pleine assurance. Car aux vues de ce qu'il pense de ses capacités, un individu peut facilement se projeter vers l'avenir et anticiper les résultats de ses actions prochaines avec entrain et optimisme. Tandis que si ses croyances

d'efficacité sont moins importantes, celui-ci abordera les situations qui lui font face avec beaucoup d'appréhensions et probablement l'incertitude de pouvoir aller jusqu'au bout des choses.

- **Les processus motivationnels** : Dépendamment de la manière dont les gens perçoivent leur efficacité, dépendent non seulement les choix d'activité dans lesquels ils s'investissent, mais aussi le niveau efforts qu'ils y déploient et leur persévérance (Bandura, 1977). Pour ainsi dire, le sentiment d'efficacité personnelle participe entre autres : à la fixation de buts, à la persévérance face aux difficultés et à relativiser en cas d'échecs (Zimmerman, 1995). De plus, il est très distinct de la motivation, puisqu'il régit la dynamique motivationnelle grâce aux buts visés et aux résultats attendue.
- **Les processus affectifs** : la régulation des affects émotionnels passe également par la perception que les gens ont de leur sentiment d'efficacité. En exerçant un contrôle raisonnable sur les exigences que présentent les événements, les gens sont plus à même de réduire les facteurs de stress, d'anxiété et même de dépression (Bandura, 1995). Ils sont plus confiants et s'attardent moins sur les choses qui pourraient accroître leur sentiment de vulnérabilité.
- **Les processus de sélection** : le sentiment d'efficacité personnelle peut d'une certaine manière façonner le devenir des individus en influençant le type d'activités vers lequel ils choisiront de s'investir plus tard. D'ailleurs, il peut tout aussi bien être responsable du choix de l'environnement de vie d'un individu. Grâce aux choix que font les gens, ils cultivent différentes compétences, différents centres d'intérêt et réseaux sociaux, qui à leur tour déterminent leur trajectoire de vie (Ruph, 1997).

En résumé, le sentiment d'efficacité personnelle siège au cœur de l'efficience humaine (Lecomte, 2004). Il influence nos modes de penser, nos choix et nos décisions. Il est également le fondement de toute source motivationnelle en l'homme (intentionnalité, engagement, fixation des buts, niveau d'effort, persévérance, etc.). De plus, quand elle est perçue positivement, l'auto-efficacité joue un rôle très important dans l'autorégulation des comportements, notamment dans le renforcement des capacités lorsque surviennent les difficultés (efforts, détermination, persévérance, gestion des affects, regain de confiance dans l'échec, etc.).

3.1.5. Sentiment d'efficacité personnelle et ses effets

A considérer la pléthore de données enregistrées depuis la formalisation de la théorie socio cognitive (Bandura 1986), l'on sait aujourd'hui avec certitude, qu'en sa qualité de composante indispensable à la régulation des comportements, l'efficacité personnelle à une grande influence sur les actions et le fonctionnement des personnes. Dépendamment donc du comment elle est perçue et appréciée de chaque individu, l'efficacité personnelle permet à des niveaux précis de la vie d'impacter le quotidien des personnes. En premier recours, elle se situe au carrefour du choix et de la prise de décision et intervient dans la manière dont les choix sont opérés. Grâce à l'auto-direction, chaque individu a tendance à « choisir/éviter » une activité en fonction du rapport qu'il établit entre ce qu'il « sait/perçoit » de ses capacités et l'ensemble des tâches qui composent l'activité. (Carré, 2004 ; Ruph, 1997)

En second lieu, l'efficacité personnelle participe à la dépense et la persistance des efforts de l'individu une fois l'activité engagée (Afonso et al., 2012). Lorsque l'efficacité personnelle est importante, les difficultés apparentes sont perçues comme des défis à relever. Non seulement l'effort qui accompagne l'action est considérable, mais elle est bien plus importante encore en cas d'échec ou de performance jugée non satisfaisante. Par ailleurs, les difficultés constituent un facteur de renouvellement perpétuel pour l'individu qui ne manque pas de faire preuve d'ingéniosité en proposant des stratégies plus élaborées et mieux adaptées (Ruph, 1997). Et en définitif, l'efficacité personnelle joue un rôle fort prononcé dans la gestion des affects qui surviennent au cours de l'activité. C'est dire que, si un individu possède un fort sentiment d'efficacité personnelle, il est susceptible d'être plus résilient aux situations de stress et aux tensions potentielles (Afonso et al., 2012). D'autant plus que, certains résultats corrélaient fortement les croyances personnelles d'efficacité et les expériences émotionnelles, qui agissent de manière conséquente sur la performance finale, mais aussi sur le sentiment d'efficacité perçue, par voie de feed-back (Carré, 2004).

3.2. Auto-détermination ou motivation autodéterminé

3.2.1. Définition de la motivation

Qu'elle s'apparente à de la littérature scientifique ou non, la motivation est un concept riche, qui tend à apporter une explication au « pourquoi » du comportement humain. Chose qui peut se justifier par la somme importante des études qui sont faites en rapport à son implication dans les disciplines sportives, l'éducation, la socialisation, le choix de carrière professionnelle et cursus universitaire, etc. En psychologie, l'intérêt qu'on lui porte lui vaut

non seulement une multitude de définitions mais aussi moult théories constituées de facteurs et processus divers qui ont pour but d'expliquer comment elle est générée, entretenue et canaliser dans l'accomplissement des actions humaines. Comme le précise Marx (2010, p. 2) : « l'objectif ultime de tous les modèles théoriques dans la psychologie de la motivation est d'expliquer les forces composantes qui amènent l'individu à atteindre le résultat comportemental ».

Parmi, les définitions qui lui sont attribuées, l'une des plus appropriées selon Tessier (2019) semble être celle de Vallerand et Thill (1993, p.18) dans laquelle il est dit que : « Le concept de motivation représente le construit hypothétique utilisé pour décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement ». Par ailleurs, Vallerand et Thill (1993, p.18) définissent : la « direction » comme l'élection d'un comportement par lequel tout individu met à contribution ses efforts pour l'atteinte d'un but désigné. Quant au « déclenchement » il est étroitement lié à l'activité et correspond au moment où un individu choisit l'initiative de se mettre en action. La « persistance » renvoie tout simplement à la capacité de faire perdurer un comportement aux vues des potentielles difficultés rencontrées durant l'exécution de la tâche. Pour ce qui est de l'« intensité », elle est relative à la quantité d'effort mobilisée par un individu pour l'accomplissement de la tâche à exécuter.

A défaut de rendre compte du caractère non observable de ce concept (Tessier, 2019), cette proposition de Vallerand et Thill (1993) met en avant l'ensemble des indicateurs comportementaux par lesquels il est possible d'apprécier tout résultat comportemental duquel découle la motivation. Bien évidemment, l'appréciation du résultat comportemental revient ici à analyser la direction, le déclenchement, la persistance et l'intensité qui accompagnent et soutiennent le déploiement dudit comportement. De plus, les indicateurs comportementaux permettent aussi d'éprouver l'ensemble des facteurs et processus motivationnels constitutifs de chaque modèle théorique qui rentre dans le sillage de la psychologie de la motivation. Cependant, dans le cadre conceptuel de l'autodétermination, ces indicateurs comportementaux se modulent selon que la motivation perçue chez un sujet soit dite autonome ou contrôlée (Marx, 2010). Et ceci pour la simple raison que Déci et Ryan (1985), dans leur construit théorique, conçoivent la motivation comme une entité porteuse de plusieurs styles motivationnels repartis sur un continuum entre la contrainte et l'autonomie.

3.2.2. Théorie de l'auto-détermination

3.2.2.1. Définition de l'autodétermination

Depuis la proposition faite par Déci et Ryan (1985), aucune modification significative n'a été apporté dans la compréhension de ce concept de base. Bien au contraire l'utilisation qui en découle jusqu'au aujourd'hui est resté la même. Selon ses deux auteurs « l'auto-détermination est considéré comme étant un synonyme de liberté de choix » (Deci et Ryan, 1985 cités par Marx, 2010, p. 63). Ce qui en effet spécifie le fait « d'agir volontairement avec un sentiment de choix » (Déci et Ryan, 2008 cités par Marx, 2010, p. 84). En 2008, Lam et Gurland (cités par Marx, 2010, p. 85) propose une défintion un peu plus précise et qui se prononce bien au-délà de l'aspect synonymique et définit ainsi l'auto-détermination comme : « l'expérience de s'engager dans des comportements pour des raisons autonomes qui sont complètement endossées par le soi, par opposition aux raisons qui sont ressenties comme étant imposées par la pression et la coercition». De plus, cette défintion n'étant pas éloignée de la première semble plus appropriée pour le simple fait qu'elle met bien plus en avant la dichotomie existante entre l'autonomie et le contrôle qui sont des concepts de premiers ordres dans la théorie l'auto-détermination

Fondamentalement, bien que ces concepts soient tout deux en constante opposition, l'autonomie et le contrôle sont deux concepts de bases nécessaire à la bonne compréhension de l'auto-détermination de Déci et Ryan (1985). Déjà que par défintion, l'autonomie se caractérise par le fait de se comporter de manière consentente et par-dessus tout d'avoir une expérience de choix. Quand au contrôle, il se rapporte au non-engagement volontaire d'un individu dans un comportement et qui la plus part du temps agit grâce à des pressions et contraintes exterieures à sa personne (Marx, 2010). De plus, selon cette théorie, l'autonomie et l'auto-détermination sont fortement liés. Car, plus l'élection comportementale d'un individu est auto-déterminée, plus il tend à être autonome et libre de faire ses propre choix. Donc, de prendre ses propres décisions et de les endosser pleinement. Par contre, s'il s'avère que l'élection comportementale soit moins auto-déterminée, là l'individu tend à poser des actions basées sur la contrainte et les pressions extérieures à sa personne.

3.2.2.2. Fondement théorique de l'auto-détermination

La théorie de l'autodétermination, développée par Deci et Ryan (1986), repose sur un principe nommé propension organismique. Premièrement évoqué par white (1959 cité par Ryan et Déci, 2000), ce principe stipule entre autres que la motivation humaine est avant tout, une chose intrinsèque, c'est à dire « innée » et propre à l'homme. C'est partant d'une

expérience sur le comportement animal qu'il a été découvert par White (1959) que la motivation est innée. Au cours, de ses travaux, il constate qu'à l'opposé de la pensée behavioriste qui pense que les individus (animaux puis humains) agissent en réponse à des stimuli, il est tout aussi bien possible pour ces derniers de s'engager, par curiosité dans des comportements dits exploratoires et plaisants sans forcément avoir recours aux moyens de renforcement et encore moins à ceux se rapportant aux récompenses.

L'influence de ce principe dans la théorie de l'auto-détermination, a permis de faire le lien entre la recherche du bien-être des personnes et leur orientation vers des activités à succès. Ce qui nous ramène à ce propos de Marx (2010, p. 69) quand il dit de la théorie de l'autodétermination qu'« elle a comme prémisse le fait que les personnes désirent, de façon innée, la santé et le bien-être en étant de base orientées vers l'activité, curieuses, intéressées, cherchant le succès et motivées intrinsèquement ». Cependant, du fait que la théorie de l'auto-détermination repose sur la base de ce que la motivation humaine innée est intrinsèque, elle sous-entend aussi que tout événement externe – à l'exemple des récompenses – peut avoir tendance à dénaturer cette motivation (Vallerand et Thill, 1993). Ce qui pousse Deci et Ryan (1985) à s'interroger sur ce qui fait en sorte que la motivation intrinsèque (innée) puisse disparaître ou s'amenuiser – selon que l'individu se développe – pour se transformer éventuellement en motivation extrinsèque, puis en amotivation (Ryan & Deci, 2000).

3.2.2.3. L'auto-détermination et ses types motivationnels

3.2.2.3.1. Fonctionnement générale

Selon Deci et Ryan (1985), il existe différentes forces de motivation mais aussi différents types de motivation. Suite à l'évolution de leurs travaux, certains de ces types motivationnels se sont vu attribuer des sous-types de motivation dont l'impact n'est pas le même sur le résultat comportemental et sur ses caractéristiques (Deci et Ryan, 1980, 1985 ; Eccles et Wigfield, 2002 ; Ryan et Deci, 2000a, 2000b, 2008 ; Vallerand et Thill, 1993 cités par Marx, 2010). D'ailleurs, ceci nous emmène à relever l'influence des facteurs sociaux et environnementaux qui jouent un rôle important dans le renforcement de la motivation intrinsèque. En ce sens que ceux-ci ont tendance à soutenir ou à saper le sentiment d'autonomie, qui au passage figure dans l'ensemble des besoins (compétence, autonomie et appartenance) indispensable à satisfaire chez un individu pour favoriser son autodétermination.

D'après la logique développée par Deci et Ryan (1985), ce sont les facteurs sociaux et environnementaux (contexte social et les relations interpersonnelles de l'individu) qui

influencent de manière conséquente le niveau de satisfaction des besoins dit psychologiques de base (compétence, appartenance et autonomie) et qui eux-mêmes influencent les types de buts que se fixe l'individu. Par la suite, les buts fixés pourvoient à leur tour à une perception du niveau d'auto-détermination chez l'individu, qui oriente ainsi sa motivation. Bien évidemment l'orientation de la motivation aide à déterminer à son tour le niveau d'internalisation/régulation, afin de permettre le choix du type de motivation qui accompagne l'action, le résultat comportemental et ses caractéristiques respectives (Deci et Ryan, 1980 ; Gagné et Deci, 2005 ; Ryan et Déci, 2000 cités par Marx 2010).

Sommairement voici présenté les quelques définitions des composantes conceptuelles de ce modèle théorique :

- **Le contexte social**

C'est l'ensemble des conditions environnementales et sociales (relations interpersonnelles, support social et feedback) dans lesquels évolue l'individu et qui peuvent ou non favoriser l'autonomie ou le contrôle.

- **Les besoins psychologiques de base**

Indispensable à l'évolution de tout individu, ils font directement référence à une somme de déficience physiologique (sentiment de compétence), psychologique (sentiment d'autonomie) et sociale (sentiment de filiation/appartenance) que l'individu a nécessairement besoin de combler. Grosso modo on peut les définir comme il suit :

- Besoin de compétence : c'est le fait de se sentir efficace dans sa négociation avec l'environnement et notre rapport aux autres.
- Besoin d'autonomie : c'est le fait de se sentir être l'auteur de ses propres agissements.
- Besoin d'appartenance : c'est le fait de se sentir connecté à ses semblables via l'ensemble des actions exécutés ou des activités à lesquelles ont choisi de participer.

- **Les types de buts**

Dans la théorie de l'autodétermination les buts sont liés à la satisfaction des besoins psychologiques de bases. Ainsi l'on peut distinguer des buts intrinsèques et des buts extrinsèques. Dans les buts intrinsèques, l'on retrouve : l'affiliation, la générativité, le développement personnel et le développement des relations. Pour ce qui est des buts extrinsèques, ils sont spécifiques aux indices de valeurs externes à l'exemple de la richesse et la gloire.

- **Le niveau d'auto-détermination**

Il fait tout simplement référence au niveau de satisfaction du besoin d'autonomie qui est fonction du contexte social dans lequel évolue l'individu.

- **L'orientation motivationnelle**

Essentiellement relié à la satisfaction des besoins psychologique de bases, mais plus à celui d'autonomie, l'orientation motivationnel permet de savoir si la motivation mobilisée est autonome ou contrôlée. De sorte que, si la motivation est contrôlée alors on peut en déduire que seuls les besoins de compétence et d'appartenance sont satisfaits. Tandis que si la motivation est autonome alors tous les besoins psychologiques de bases sont satisfaits. Par ailleurs, s'il n'arrive qu'aucun de ces besoins n'est satisfait alors on dira tout simplement qu'il y'a absence de motivation ou amotivation.

- **Le niveau de régulation/internalisation**

Il correspond premièrement à la description du type et sous-type de motivation mobilisé par un individu lorsqu'il choisit de passer à l'action. En second lieu, elle correspond au processus de régulation des comportements qui permet l'individu à passer d'une intégration externe de la valeur de l'activité à une intégration plus interne c'est-à-dire de la régulation externe (motivation contrôlée) à une régulation interne (motivation autonome). Puisque le but recherché de toute intervention dans la psychologie de la motivation est la motivation intrinsèque.

3.2.2.3.2. Les types et sous-types motivationnels

Dans leur modèle initial, Déci et Ryan (1985) distingue principalement deux types de motivation à savoir :

- La motivation intrinsèque qui stipule que l'individu manifeste et entretient du plaisir et un intérêt propre à l'activité.
- La motivation extrinsèque qui stipule que l'activité n'est guère pratiquée pour le plaisir qu'elle apporte, mais pour des raisons externes et intéressés. Généralement, elle survient lorsque l'individu est emmené à agir par contrainte ou sous pression (punition, récompense, pression sociale, obtention de l'approbation d'une tierce personne).

Par après, ils proposent une organisation plus affinée de ces motivations suivant des degrés continues de régulation et introduisent aux côtés des deux premiers types de motivation, l'amotivation. Les degrés continues de régulation s'énoncent sur un continuum d'autodétermination borné à ses extrémités par une motivation non-autodéterminée à son

extrême gauche et une motivation autodéterminée à son extrême droite. Ainsi que décrit par Déci et Ryan (1985), chaque sous-type de motivation équivaut à un type de régulation précis et tous s'énumèrent comme il suit :

- **L'amotivation** : il s'agit d'un terme employé par les auteurs pour faire mention de l'absence de motivation chez toute personne, dont le comportement manifeste présente un désintéressement total vis-à-vis de l'activité. Dès lors, on dira qu'il y'a un non-lieu motivationnel (intrinsèque ou extrinsèque). Car dans son rapport avec l'activité, l'individu n'a de l'intérêt pour rien : ni pour l'activité en elle-même, ni pour les résultats susceptibles d'en découler et encore moins des désagréments desquels il peut se soustraire si malgré tout il se mettait en action. Ainsi, puisqu'elle est sans but, la personne dite amotivée « ne comprend pas la raison pour laquelle elle exécute le comportement. » (Marx, 2010, p. 67)

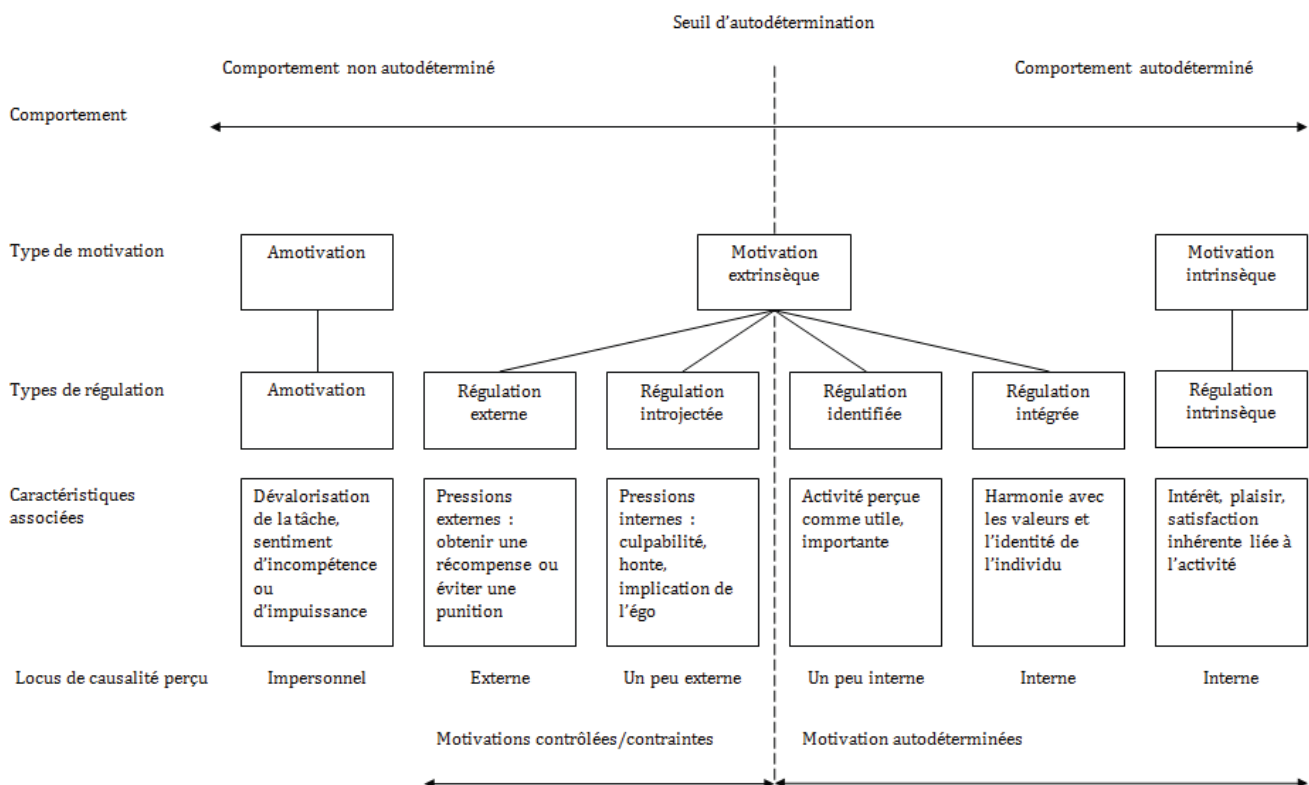
- **La motivation extrinsèque** : elle comprend quatre (04) modes de régulation, allant du contrôle à ce qui se rapproche de près à l'autonomie.
 - **La régulation externe** : à l'origine de la motivation externe, c'est la régulation la plus proche du contrôle, donc la moins autodéterminée. Ici, le comportement est régulé en fonction des opportunités de récompenses externes qui se présentent à l'individu et des punitions qui s'imposent à lui.

 - **La régulation introjectée** : à l'origine de la motivation introjectée, c'est la régulation la moins contrôlée. Ici le comportement est régulé en fonction des pressions internes qui contraignent l'individu à agir malgré lui. Pareillement à la régulation externe, le comportement humain est régulé grâce à des récompenses et punitions, qui ici sont plutôt d'ordre intrapsychique, à l'exemple de la honte, la culpabilité etc.

 - **La régulation identifiée** : à l'origine de la motivation identifiée, c'est le premier type de régulation qui tend vers l'autonomie, car celui qui exécute une tâche est de moins en moins sous pression. Certes, l'individu commence à éprouver un certain plaisir mais il faut dire que son comportement est régulé en fonction du profit (argent, sécurité sociale, acquisition de nouvelle compétence, etc.) et du standard (style de vie, rang social, etc.) qu'il pense pouvoir obtenir par la suite.

- **La régulation intégrée** : à l'origine de la motivation intégrée, c'est la régulation la plus autonome comprise dans la motivation extrinsèque. Le comportement adopté est fonction de ce que l'individu perçoit une adéquation entre ses valeurs et l'activité. Puisque l'individu choisit l'activité en s'identifiant à elle et aussi en tenant compte de sa personnalité, « c'est-à-dire de qui il est et de ce qu'il est » (Marx 2010). Dans ce type de motivation, l'individu fait une expérience de choix mais la motivation reste extrinsèque. Car même si l'individu agit sans contrôle et de façon autonome, il est loin de porter un quelconque intérêt à l'activité.
- **La motivation intrinsèque ou La régulation intrinsèque** : c'est la motivation auto-déterminée à l'état brute. L'individu guide son choix vers l'activité en fonction de l'intérêt qu'elle suscite chez-lui. Ses agissements sont guidés uniquement par la recherche du plaisir et de la satisfaction que trouve l'individu dans l'action, bien sûr sans attente de récompense extérieur quelconque. A la suite du modèle d'origine, Vallerand et al. (1989) procède à une décomposition de la motivation intrinsèque en trois composantes que sont : la connaissance, la stimulation et la réalisation de soi.

Figure 4 : Le continuum d'autodétermination inspiré de Ryan et Déci (2000)



3.3. Vicariance

3.3.1. Fondements théoriques

A l'origine, la vicariance fût évoquée premièrement en géologie et repris ensuite en psychologie différentielle par Maurice Reuchlin entre 1963 et 1978. Quel que soit le registre scientifique dans lequel on l'introduit, la vicariance traduit en général l'idée de « remplacement/ suppléance ou de redondance ». En géologie, la vicariance correspond à l'un des processus responsables de l'apparition de nouvelles espèces (spéciation). Elle se définit comme étant un phénomène géologique (écologique et biologique) qui tend à diviser en deux sous-groupes de plus petite taille, une population donnée, suite à la formation d'une barrière naturelle (séparation de continent) ou artificielle (construction d'un barrage). La barrière servant de catalyseur, elle permet à chaque groupe d'évoluer de façon indépendante. De sorte qu'en l'absence de contact et par conséquent de brassages génétiques, les groupes sujets isolés de part et d'autre de la barrière et circonscrits dans des biotopes bien définis (aires géographique, facteurs écologiques, temps, etc.), ne peuvent plus échanger leurs gènes. Il va donc émerger de ces différentes évolutions deux sous-espèces encore appelés taxons vicariants, car génétiquement proches mais géographiquement éloignés.

L'emprunt du concept vicariance par Reuchlin (1964) à la géologie, se justifie à partir de cette idée qui voudrait que les différences individuelles permettent de rendre compte de l'existence de plusieurs mécanismes dit vicariants, tous capables d'assurer la même fonction. L'observation et l'appréciation de ces mécanismes pluriels au travers des individualités humaines dans la résolution des problèmes, a valu à Reuchlin (1978) de proposer une théorie explicative générale des conduites humaines. Selon cette théorie chaque individu disposerait de plusieurs processus vicariants ou de substitution pour s'adapter à une situation donnée. Cependant, si l'on tient un tant soit peu compte de la constituante génétique et/ou du vécu (les expériences passées) certains de ces processus vicariants serait facilement plus évocables d'un individu à l'autre.

En d'autres termes, Reuchlin (1978) fait mention de ce qu'il existe une multitude de mécanismes de régulation des conduites humaines dont l'élection dépend, d'une part des facteurs propres à chaque individu (caractéristiques génétiques et vécu) et d'autre part des facteurs extérieurs à ces derniers (caractéristique de la situation problème). Par ailleurs, il relève également qu'il n'existe aucune sélection naturelle de ces mécanismes, du fait de leur complète inhérence à l'espèce humaine tout entière. Ainsi, deux individus faisant face à une même situation problème ne mobiliseront pas forcément les mêmes processus adaptatifs pour

leur survie. Ce qui l'a conduit à croire qu'il existe un répertoire de processus qui, en lieu et place de la situation problème et relativement aux caractéristiques propres de chaque individu, peuvent se substituer les uns aux autres (Ohlmann, 2017).

3.3.2. Types de vicariance

S'inspirant des travaux de Reuchlin (1978), le neurophysiologiste français Berthoz (2013) pense que, bien qu'elle soit un mot peu usuel, la vicariance est une notion qui s'applique dans de nombreux domaines de la vie. Si l'on tient compte de l'idée de « substitution » ou de « remplacement » à laquelle elle renvoie, la notion de vicariance permet selon lui d'apporter « une explication qui puisse rendre compte du phénomène de compensation que l'on retrouve dans les déficiences et troubles neurologiques, l'éducation et l'apprentissage, la navigation, le raisonnement, l'architecture, le design industriel, la diversité des opinions mais aussi dans la création et l'innovation » (p. 6). Eventuellement, dans son propos, Berthoz (2013) énonce une suite quasi-exhaustive des modes de vicariance qui rythme le quotidien des vivants.

Parmi les types de vicariance évoqués par le neurophysiologiste français on peut citer :

- La vicariance alvéolaire qui décrit en biologie le mécanisme par lequel les poumons prennent de l'air grâce aux canaux parallèles qui éventuellement sont mutuellement remplaçables.
- La vicariance biogéographique et la vicariance écologique qui désignent respectivement chez les paléontologues la diversité des espèces ayant pour cause la dérive des continents et la diversité des espèces ayant pour cause par des facteurs climatiques et environnementaux.
- La vicariance d'usage qui renvoie à la multiplicité fonctionnelle d'un objet pour un usage diversifié. Par exemple : un smart phone est vu dans un premier temps comme un outil de télécommunication (appels et services de messagerie). Cependant, en fonction des applications et de sa capacité fonctionnelle, il peut être vu secondairement, comme un outil de géolocalisation (Google Map App.), un lecteur de fichier audio et vidéo (Visha App.), une calculatrice, un modem de connexion internet, etc.

- Le fonctionnement vicariant qui désigne chez les psychologues, la capacité de pouvoir remplacer une fonction par une autre. C'est aussi la possibilité de réaliser une action de plusieurs manières différentes ou encore la possibilité d'atteindre un but donné grâce à la mise en place de plusieurs processus vicariants. Comme exemple illustratif, Berthoz (2013) s'appuie sur les différentes alternatives par lesquelles il est possible de procéder pour effectuer la traversée d'un fleuve. Entre autres, les voies de recours sont l'avion, le bateau et la nage.
- La vicariance sensorielle qui désigne le remplacement d'un organe sensoriel par un autre organe vicariant pouvant jouer le même rôle. Cependant, la vicariance sensorielle ne s'inscrit pas que dans un contexte de « perte/compensation » sensorielle. Puisqu'au-delà de la fonction de substitution qu'elle peut remplir, il peut y être aussi perçu une fonction de redondance sensorielle qui fait que la formation d'un percept dépend de la saisie et du traitement multimodale des informations sensorielles. Par ailleurs, la redondance sensorielle relevée ici, constitue en réalité une redondance fonctionnelle qui permet de mettre en évidence le caractère anticipatif de la vie des organismes pour des possibles cas de perte sensorielle (Berthoz, 2013).
- Etc...

3.4. Plasticité cérébrale

3.4.1. Définition

D'après Bavelier et Neville (2002), La « plasticité cérébrale/neuroplasticité/plasticité neuronale » est définie comme étant la capacité du système nerveux à modifier son organisation fonctionnelle et anatomique grâce aux expériences vécues (le développement de l'organisme et l'acquisition de nouvelles compétences ou l'apprentissage) et aux événements divers (un dommage survenu au niveau du système nerveux ou une privation sensorielle) pouvant survenir dans la vie des individus. Pour Vidal (2009), elle se définit comme l'étonnante capacité d'adaptation du cerveau qui se modifie avec la fabrication de nouvelles connexions neuronales (synapses) et qui se façonne au gré de l'histoire vécue par l'individu. Selon (Ray, 2016), c'est aussi la prédisposition du cerveau à réorganiser ses connexions en fonction de l'environnement et des expériences vécues par un individu.

En effet, l'emploi du terme « plasticité » dans la conceptualisation de cette notion résulte de ce que, tout au long de la vie de certains organismes vivants cérébrés – parlant des animaux et de l'être humain – le cerveau se révèle être malléable vue son aptitude à créer, à défaire et/ou à réorganiser les réseaux neuronaux et leurs connexions. Chez l'humain plus précisément, ce phénomène se produit tout au long de la phase embryonnaire du fœtus (embryogénèse), lors des mécanismes d'apprentissages et de mémorisation chez l'enfant comme chez l'adulte. Mais surtout, il devient encore plus manifeste lorsqu'un individu se trouve dans une condition pathologique suite à des lésions – aussi bien cérébrale que corporelles – plus ou moins sévères et handicapantes.

3.4.2. Neuroplasticité fonctionnelle compensatoire

La plasticité neuronale qui procède de la régénération (récupération et restructuration) des neurones, constitue une capacité adaptative qui permet au cerveau de récupérer à la suite d'un trauma, d'un trouble fonctionnel ou d'une lésion. Par ailleurs, cette capacité adaptative du cerveau permet aussi dans une certaine mesure de réduire l'impact des maladies neuro-dégénératives telles que : Alzheimer, Parkinson, dyslexie, TDA, sclérose en plaques, etc. Grâce à l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM), il est possible aujourd'hui d'effectuer une observation directe, suivant le temps d'évolution des zones défectueuse du cerveau, mais aussi d'étudier les phénomènes de compensation qui surviennent à la suite d'une limitation fonctionnelle ou d'une déficience (Vidal, 2012).

Dans le contexte d'une réparation cérébrale des zones endommagées, il est clairement établi que, même si l'on ne peut pas parler concrètement d'une repousse, d'un remplacement ou encore d'une réparation des neurones, la récupération fonctionnelle observé chez certains patients à pour cause une réorganisation des circuits restés indemnes (Frogger et al., 2017 ; Johnson et al., 2005). Par exemple, selon une étude de Fedy et al. (2002), l'on observe que chez des individus ayant été victime d'une attaque vasculaire cérébrale (AVC), l'hémisphère opposé à celui lésé peut prendre temporairement le relais du cortex endommagé. Ce qui permet durant une phase de rééducation, d'observer l'activation du cortex droit dans la récupération fonctionnelle du bras droit d'un patient ou encore l'activation du cortex gauche dans la récupération de la jambe gauche. Un autre exemple de cette réorganisation extraordinaire du cerveau passe aussi par Battro (2000), qui démontre également qu'il est possible d'observer une récupération des fonctions sensorielles, motrices et cognitives chez des sujets ayant subi une ablation totale d'un hémisphère cérébrale (siège du foyer épileptique).

Dans le contexte d'une perte sensorielle, l'on sait également que par défaut d'un organe sensoriel non fonctionnel, le cerveau procède à une plasticité intermodale. C'est-à-dire qu'il effectue une réorganisation des aires cérébrales en charge de la réception et du traitement des informations ambiantes autour de l'individu. Par exemple, chez la personne vivant avec une surdité, les régions auditives sont mobilisées et reconverties dans la réalisation des tâches qui nécessitent un soutien visuel (Fortin, Voss, et Lassonde, 2007). Par ailleurs, le rejet de certains implants de type cochléaire a permis de mettre bien plus en lumière l'effectivité de ce processus chez ces personnes (Ponton et al., 1996). Puisque, d'après les travaux de Giraud et al. (2001), l'incapacité adaptative des implants cochléaires – dans certains cas de surdité – relève d'un paradoxe associé à cette plasticité « cérébrale/intermodale ». En effet, chez des sujets sourds non-performants (inaptitude à reconnaître le langage avec l'implant), les aires auditives ayant déjà été réaffectées au traitement de l'information visuelle, il leur est donc indisponibles de participer de nouveau au traitement des informations auditives, qui grâce aux implants devraient parvenir jusqu'au cortex. (Lee et al., 2001 ; Fortin, Voss, et Lassonde, 2007).

Pareillement à la personne atteinte de surdité, l'on retrouve aussi une réorganisation des aires cérébrale chez la personne aveugle. Grâce, à la plasticité intermodale, la personne aveugle est en mesure de compenser la perte de stimulation visuelle (Fortin, Voss et Lassonde, 2007), par suppléance de l'odorat, du toucher et même de l'ouïe. Ce qui lui permet non seulement de pouvoir calibrer son environnement mais aussi de développer des aptitudes qui lui permettent d'accroître son potentiel d'interaction avec tout ce qui l'entoure. D'après Kujala et al. (1992) et Kujala, Huotilainen, et Sinkkonen (1995), l'on sait par exemple que chez la personne aveugle, la mobilisation de l'ouïe au cours de l'exécution d'une activité de localisation sonore fait intervenir les régions corticales postérieures qui à la base sont responsables du traitement des stimulations visuelles. La même observation a pu être posée pour le cortex occipital qui se trouve également sollicité lors de l'exécution des tâches de discrimination (Kujala et al., 1997) et de localisation sonore (Voss et al., 2006 ; Collignon et al., 2013) ou encore de reconnaissance de la voix (Holig et al., 2014).

Toutefois il est important de noter que chez l'ensemble des personnes atteintes de cécité, cette plasticité intermodale est aussi bien opérationnelle chez le sujet congénital que chez celui dit tardif (Sabbah, 2015). Cependant, dépendamment de l'expérience visuelle – faite d'une part par le sujet tardif et absente chez le sujet congénital d'autre part – certaines études (Voss et al., 2006 ; Collignon et al., 2013) relèvent une différence notable dans la mise en place manifeste de la plasticité intermodale. Chez le sujet tardif l'activation de certaines

régions cérébrales visuelles est non effective lorsqu'il s'agit d'exécuter des tâches auditives contrairement à ce qui est observé chez le sujet congénital. A l'exemple du cuneus ou encore des aires visuelles dorsales localisés au niveau de l'hémisphère droit qui demeurent inactifs durant une activité de localisation sonores (Collignon et al., 2013). Tandis que, lorsqu'il s'agit d'une activité tactilo-manuel-kinesthésique, il a été démontré que chez le sujet aveugle tardif, la perception tactile s'accompagne d'une activation des aires visuelles fonctionnelles associées au type d'objet manipulé. Pourtant chez un aveugle de naissance, l'activation de ces aires visuelles fonctionnelles est non-effective (Goyal, Hansen, et Blakemore, 2006).

A défaut d'être un mécanisme exclusivement manifeste chez la personne aveugle, la plasticité intermodale est également identifiable chez le sujet voyant. D'ailleurs, Pascual-Leone et Hamilton (2001) et Merabet et al. (2008) ont montré cette possibilité en procédant à une privation de stimulations visuelles. A la suite de cette expérience, on relève par une IRMf chez des sujets voyants dont les yeux ont été bandés sur une durée de 5 jours, une activité BOLD (Blood Oxygenation Level Dependent) se produisant au niveau du cortex visuel durant l'exécution des tâches auditives ou tactiles. Pourtant, cette activité cérébrale est d'ordinaire inopérante chez un sujet voyant disposant pleinement de ses capacités visuelles (Sabbah, 2015). Néanmoins, d'après Pascual-Leone et al. (2005, cité par Sabbah, 2015, p. 45), ce type de plasticité rend simplement compte de « la levée d'une inhibition de mécanismes intermodaux préexistant, permettant à une aire de recevoir des afférences provenant d'autres modalités ». De plus, pour Burton (2003), ce mécanisme observable chez les voyants n'est tout autre que la résultante de l'expression normale de la physiologie humaine qui se trouve obstruée par le fonctionnement effectif de la vision.

3.5. Nyctophobie

Compris parmi les nombreux troubles anxieux (APA, 2013), la nyctophobie – du grec « Nyctus » qui signifie nuit ou obscurité et « phobos » qui signifie peur ou crainte profonde – se définit comme étant la peur irrationnelle du noir en générale, mais plus précisément de l'obscurité et de la nuit en particulier (D'Oriola, 2014). Encore apparentée à l'achluophobie (du grec « akhlús » qui signifie brouillard) ; la scotophobie (du grec « skótos » qui signifie ténèbres) ou encore à la lygophobie (du grec « lúgê » qui signifie crépuscule), la nyctophobie est généralement occasionnée soit par l'ignorance de ce qui pourrait arriver dans un espace recouvert de ténèbres ou soit par une peur « latente et profonde » d'être aveugle. Ainsi les personnes nyctophobes sont celles-là qui ont du mal à garder un minimum de contrôle dans des situations telles que :

- Coupure/extinction des lumières.
- Se trouver dans des « pièces/endroits » males éclairées ou totalement gagnées par l'obscurité.
- Se tenir à l'extérieur sous un ciel couvert de nuage noir avant la survenue d'un orage.
- Se tenir à l'extérieur, après la tombée de la nuit.
- Etc...

Mais aussi, outres les situations décrites plus haut, les personnes nyctophobes ont en général, une énorme difficulté à parler de leur peur de l'obscurité, même avec leur médecin traitant (généraliste, ophtalmologue et psychiatre).

En grande partie, la nyctophobie est un trouble anxieux qui apparaît très tôt chez la plupart des enfants et avec le temps elle finit par s'estomper. Toutefois, il n'est pas exclu de trouver des adultes qui en souffrent. D'ailleurs, selon Williams (1985) : « cette phobie peut toucher des adultes et se révèle être extrêmement perturbatrice chez ces patients adultes ... voire incapacitante ». Aussi bien chez le jeune enfant, que chez l'adulte, la nyctophobie est perçue comme une peur universelle, qui ne s'acquiert point sur la base de l'expérience de vie spécifique, donc pas foncièrement liée à un traumatisme. C'est une crainte dont l'objet d'anxiété ne s'identifie guère à l'obscurité en elle-même mais plutôt à ce que cette obscurité pourrait cacher comme danger potentiel. Par ailleurs, pour Abdelkader Mokeddem cité par D'Oriola (2014) : la nyctophobie « s'explique avant tout par le processus d'association d'idées » car « associer le noir à un danger est effectivement le fruit d'une mauvaise association d'idées, qui est à la base de toutes les phobies ». Entre autres, « une personne qui a peur du noir surestime donc le danger et sous-estime sa propre capacité à y faire face ».

DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE

CHAPITRE 4 : APPROCHES METHODOLOGIQUES

Dans cette partie de notre travail, nous spécifierons le terrain d'étude, le type de recherche engagé, la population d'étude, la méthode d'échantillonnage et l'échantillon, les techniques et instruments de collecte de données, les variables de l'étude et la méthode d'analyse de données.

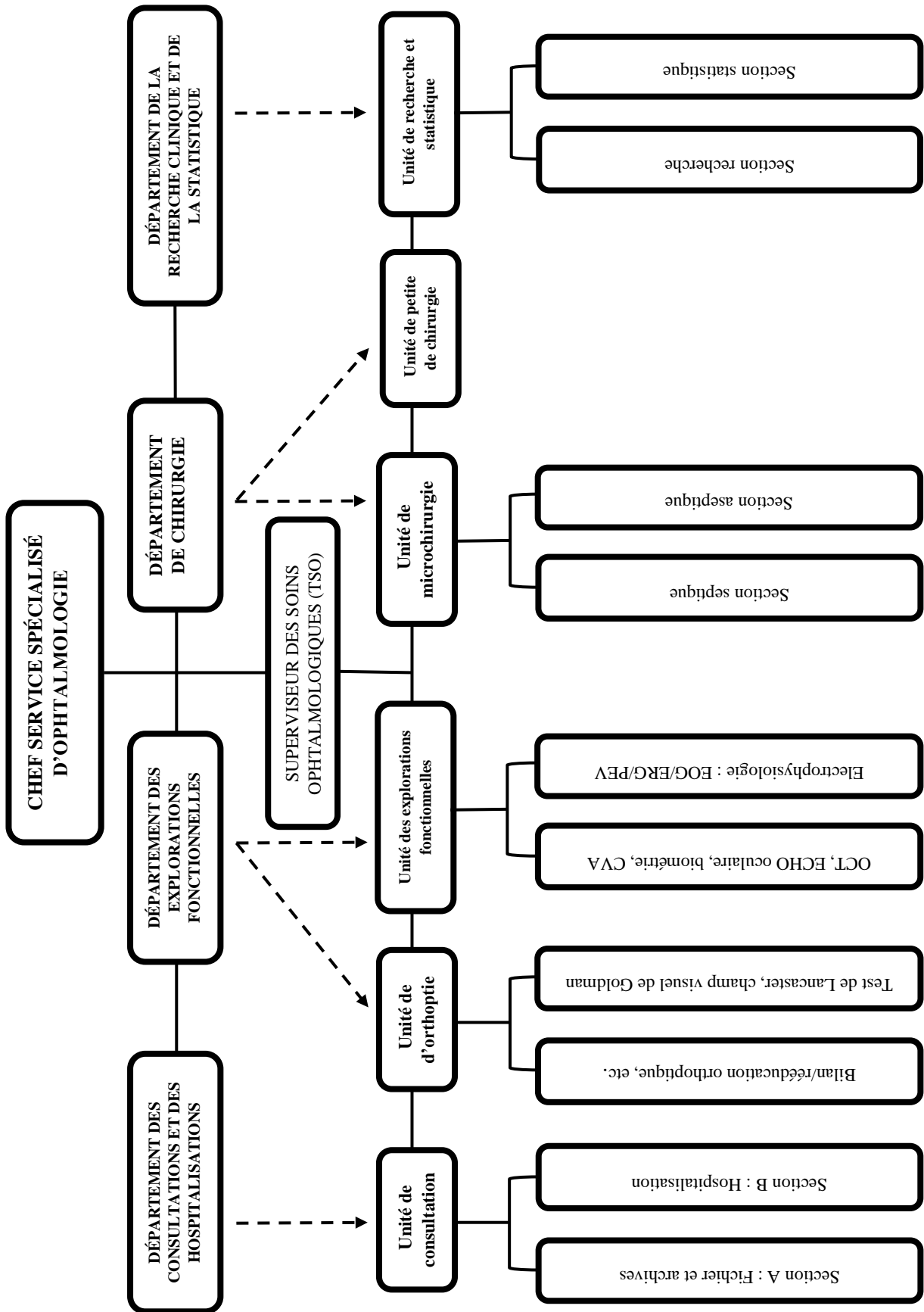
4.1.Terrain d'enquête : Service Spécialisé d'Ophtalmologie de l'Hôpital d'Instruction, d'Application et de Référence des Armées de Yaoundé (SSO/HIARAY)

Avec à la tête de sa direction, le Colonel-Médecin HAMADOU, Médecin-Chef, l'Hôpital d'Instruction, d'Application et de Référence des Armées de Yaoundé (HIARAY) a été créé le 04 Août 1993 par décret n°93/213, portant création et organisation des formations hospitalières militaires. Durant ses premières années de fonctionnement, il était connu sous l'appellation : Hôpital Militaire de Yaoundé (HMY). En 2001, suites aux grandes réformes que connurent les forces de défenses camerounaises, il se voit attribuer l'actuelle dénomination qu'on lui connaît aujourd'hui. Compris parmi les 22 services que compte l'HIARAY, le Service Spécialisé d'Ophtalmologie (SSO) en charge du suivi et du traitement des « troubles/pathologies » oculaires effectue en moyenne 260 à 300 consultations par mois. La constitution des patients reçus par l'HIARAY en générale et par le SSO en particulier est tout aussi bien issue de la population civile que militaire. Néanmoins, une observance voudrait que l'ensemble des soins et services accordent priorité – aux vues de certains avantages – à la population militaire.

Dans son fonctionnement, le SSO de l'HIARAY est organisé autour des services suivants :

- **Un (01) département de consultation et d'hospitalisation constitué de :**
 - o Un (01) poste d'accueil en charge de renseigner, d'orienter et d'enregistrer les patients
 - o Une (01) salle d'attente
 - o Deux (02) salles de consultation dont l'une est assortie d'un service de réfraction (prescriptions optiques)
 - o Une (01) salle d'hospitalisation
 - o Une (01) salle de soins et d'archivage des dossiers médicaux des patients
- **Un (01) département d'explorations fonctionnelles constitué de :**
 - o Une (01) unité d'orthoptie

Figure 5 : Organigramme du SSO/HIARAY



- Deux (02) unités d'explorations fonctionnelles (examen du champ visuel ; OCT (Optical Coherence Tomography/Tomographie en Cohérence Optique) ; Echographie oculaire ; etc.)
- **Un (01) département de chirurgie constituée d'un bloc opératoire**
- **Un (01) département de la recherche clinique et de la statistique**

Pour ce qui est du personnel soignant, il est constitué d'une ressource humaine de huit (08) personnes réparties comme il suit :

- Trois (03) médecins ophtalmologistes dont :
 - Un (01) titulaire (personnel militaire/chef de service)
 - Deux (02) vacataires
- Une (01) Secrétaire médicale
- Deux (02) Techniciens Supérieurs d'Ophtalmologie (TSO) (personnel militaire)
- Une (01) Infirmière Diplômée d'Etat (IDE)
- Une (01) orthoptiste
- Une (01) aide-soignante

En général, le Service Spécialisé d'Ophtalmologie de l'HIARAY est ouvert de lundi à vendredi entre 7 H 00 et 15 H 30. Mais en fonction de l'importance du nombre de patients venus se faire consulter, il peut arriver que ce créneau horaire soit dépassé. Au SSO, les heures de service débutent toujours par l'accueil et l'enregistrement des patients (prise des paramètres). Par la suite, en fonction de leur(s) besoin(s), les patients sont orientés par le personnel soignant soit vers l'une des salles consultations, soit vers l'une des unités d'explorations fonctionnelles ou encore, soit vers le bloc opératoire pour des cas éventuels de chirurgie (cataracte, énucléation, etc.). Par déduction, l'ensemble des activités journalières porte sur la prescription et l'administration « curative/préventive » des soins, la passation d'examens ophtalmologiques (réfraction, gonioscopie, fond d'œil, OCT, PIO, champ visuel, etc.) et les bilans et rééducations orthoptiques. Parmi les troubles/pathologies fréquemment présentés par les patients, nous avons enregistré entre autres des cas de :

- Amétropie
- Cataracte
- Conjonctivite
- Conjonctivite allergique
- DMLA (Dégénérescence Maculaire Lié à l'Age) (cas unique)

- Glaucome Primitif à Angle Ouvert (GPAO)
- Hypermétropie
- Infection oculaire
- Myopie
- Presbytie
- Traumatisme oculaire
- Etc.

Le SSO/HIARAY offre un service de qualité, compte tenu de la prestation dont il fait montre. Avant notre première descente sur les lieux, il nous avait été recommandé à cause de la largesse des services de soins de santé oculaire qu’il offre. Par ailleurs, sa renommée est telle que, une fois rendu sur place, nous avons pu faire le constat selon lequel, les personnes qui y sont admises comme patients viennent d’un peu de partout du pays. C’est ainsi que dans le cadre de notre enquête, nous avons rencontré des patients venant de la ville de Douala, certains, de la région de l’Ouest (Bafoussam et Dschang) et d’un peu plus loin, d’autres du Grand-Nord Cameroun (Maroua). Il est aussi important de noter que la présence d’un plateau technique assez conséquent, en lieu et place du SSO/HIARAY, lui confère une certaine notoriété parmi les centres hospitaliers dits de référence qui abritent en leur enceinte un service d’ophtalmologie.

4.2. Type d’étude

Il s’agit d’une étude empirique dont la portée scientifique tend à confronter les effets du sentiment d’efficacité personnelle sur la motivation à l’élaboration de la vicariance sensorielle chez la personne atteinte de glaucome. Bien que le devis de recherche soit mixte (usage des données qualitatives et quantitatives) la démarche quant à elle est strictement quantitative.

4.3. Population de l’étude et population cible

4.3.1. Population de l’étude

Les personnes qui constituent notre population d’étude ont le statut de patient diagnostiqué positif au glaucome en général, mais plus sensiblement à la forme « Chronique/Primitif » à Angle Ouvert (GCAO/GPAO). Sur le plan national, nous rappelons que la prévalence enregistrée par le ministère de la santé est non maîtrisée jusqu’ici. Seules certaines études isolées font état de ce que la prévalence des cas de cécité – avec pour cause le glaucome – oscillerait entre 2 à 6% (MINSANTE, 2015). Cependant, l’institut spécialisée

Magrabi ICO Cameroun Eye Institute (Micei, 2021) estime autour de 280 mille le nombre de personnes atteintes ou à risque de GPAO au Cameroun. Et il en ressort qu'un peu -10% des personnes constitutives de ce chiffre ignore leur statut de glaucomateux, jusqu'au moment où se présente le besoin de consulter.

Compte tenu de cette carence de données statistiques, il devient donc difficile de proposer à l'échelle nationale une répartition géographique de cette pathologie. Néanmoins, en ce qui concerne les dualités « hommes/femmes » et « adultes/enfants », le GPAO est une pathologie qui touche toutes les couches de la population camerounaise, sans distinction de sexe et d'âge. Toutefois, compris parmi les pathologies d'ordre sénile, le GPAO est un trouble oculaire très prononcé chez les quadragénaires et plus. En général, on recense quatre (04) formes de glaucome à savoir :

- **Glaucome Chronique/Primitif à Angle Ouvert (GPOA)** : C'est la forme de glaucome la plus importante et la plus rencontrée chez les personnes dites mélanodermes (de couleur noir). Il se produit quand il arrive que les canaux de drainage de l'humeur aqueuse (canal de schelmm) s'obstrues partiellement ou totalement sur eux-mêmes, empêchant ainsi la circulation de l'humeur aqueuse. C'est alors qu'avec le temps, la Pression Intra Oculaire (PIO) augmente lentement, avec une répercussion directe sur l'ensemble des fibres nerveuses constitutives du nerf optique. Une fois le nerf optique atteint, il lui est impossible d'assurer comme il se doit, le transport et la transformation de la lumière perçue par le globe oculaire en image au niveau des aires cérébrales visuelles. Causant ainsi sur le long terme une dégradation progressive de la vision jusqu'à la survenue d'une cécité irréversible.
- **Glaucome « aigu » à angle fermé** : c'est une forme de glaucome spontanée, assez rare dans la population noire, très différente de la forme à angle ouverte et dont les effets sont réversibles. Elle se caractérise par une montée rapide de la Pression Intra Oculaire (PIO), du fait de l'obstruction soudaine du canal de schelmm. Dans ce cas de figure, le phénomène se produit lorsque l'angle irido-cornéen, devenu étroit, se superpose au canal de drainage quand la pupille s'élargie d'un peu trop qu'à la normale ou trop rapidement.
- **Glaucome congénital** : cette forme concerne la petite enfance (nourrissons/nouveaux nés). Très souvent reliée à un facteur d'hérédité, le glaucome congénital est perçu comme étant la résultante d'un développement anormal ou incomplet des canaux de drainage durant la période de l'organogénèse.

- **Glaucome secondaire** : forme de glaucome qui survient à la suite d'autres pathologies telles que : diabète, hypertension, cataracte, blessure oculaire, traumatisme, infection oculaire, etc. Mais aussi, il peut survenir en réaction d'un usage non contrôlé et abusif de certains médicaments tels que les : corticoïdes.

En contexte camerounais, toutes ces formes de glaucome sont rencontrées mais la plus importante de toutes étant le GPAO et la plus rare le glaucome aigu à angle fermé (MINSANTE, 2015).

4.3.2. Population cible

Pour notre étude, nous nous sommes intéressés et rapprochés des patients du SSO/HIARAY qui composent en très grande majorité notre population cible. En effet, dans le lot des vingt-neuf (29) patients rencontrés, vingt-six (26) patients sont admis comme patients permanent du SSO/HIARAY, car figurant dans la base de données. Tandis que les trois (03) patients restants sont considérés comme externes au SSO/HIARAY, puisqu'ils ont été référés au SSO/HIARAY par d'autres centres ophtalmologiques pour des motifs de consultation divers.

4.3.3. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion arrêtés pour la sélection des participants soumis à notre étude sont les suivants :

- Être diagnostiqué(e) positif au glaucome

Les patients – à la suite du diagnostic – doivent présenter la triade symptomatologique correspondante à celle du Glaucome Primitif à Angle Ouvert (GPAO) à savoir : une Pression Intra Oculaire élevée (PIO), une concavation de la papille du nerf optique et une dégradation progressive du champ visuel. Sachant que la PIO peut relativement être basse ou voire normale, l'ophtalmologiste veillera à tenir compte de la fréquence de dégradation non seulement du champ visuel mais aussi du nerf optique pour donner son diagnostic.

- Être admis(e) au SSO/HIARAY en tant patient interne ou externe

Il arrive très souvent qu'au SSO/HIARAY, on reçoive, en provenance d'autres structures sanitaires, des patients qui viennent non pas pour une consultation, mais pour un complément d'examen (tonométrie, champ visuel, OCT et fond d'œil). En effet, par défaut d'un matériel adéquat pour poser un diagnostic ou faire un suivi, certains centres hospitaliers réfèrent leurs patients au SSO/HIARAY. Dès lors, ces patients sont considérés comme

externe vue qu'ils ne peuvent pas être directement identifiés dans la base de données des patients ni de l'HIARAY et encore moins du SSO.

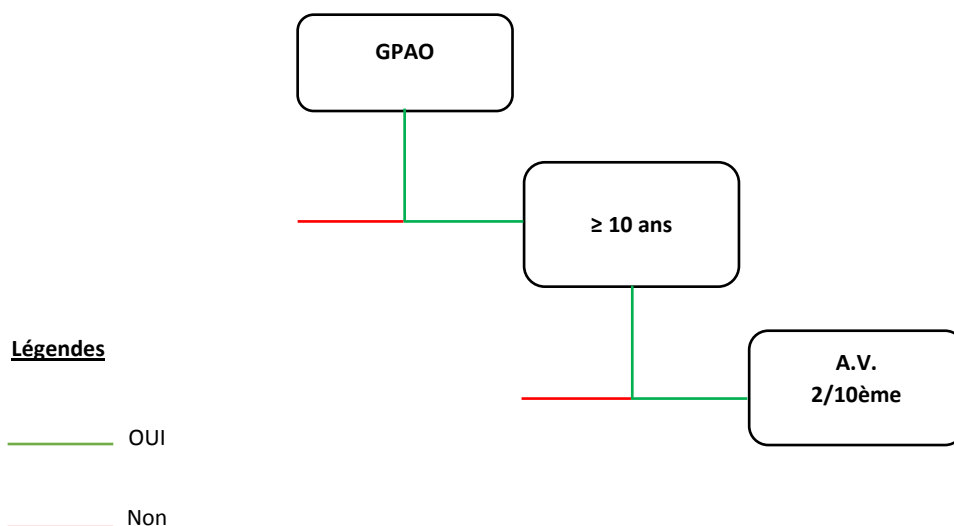
- Être âgé(e) de 10 ans au minimum
- Avoir une acuité visuelle d'au moins 2/10^{ème} (peut voir à plus ou moins 1mètre de distance)

L'administration des questionnaires étant direct, il convenait d'avoir des participants qui jouissent encore de leur vision de près. Par ailleurs, il était aussi question d'obtenir un maximum de subjectivité (des participants) afin de préserver toute l'objectivité de notre enquête.

4.3.4. Critères d'exclusion

Sont compris comme critères d'exclusion, toutes les caractéristiques ne figurant pas dans la liste des critères d'inclusion. Bien entendu, il convenait surtout de faire une nette distinction entre des patients atteints de glaucome et ceux ayant juste une Pression Intra Oculaire (PIO) élevée. Car, d'après Renard et Sellem (2014), la PIO ne représente qu'un facteur de risque important favorable à une poussée glaucomateuse.

Figure 6 : Diagramme récapitulatif du processus d'enquête



4.4.Méthode d'échantillonnage

4.4.1. Echantillonnage

Dépendamment de notre contexte d'étude, nous avons opté pour un échantillonnage non-probabiliste. De manière plus spécifique, nous nous sommes intéressés à une technique d'échantillonnage à savoir : Echantillon par choix raisonné.

4.4.2. Echantillon par choix raisonné

Pour notre étude, nous nous sommes entretenus avec vingt-neuf (29) personnes atteintes de Glaucome Primitif à Angle Ouvert, dont quinze (15) personnes de sexe féminin et quatorze (14) personnes de sexe masculin. Les âges des participants enregistrés oscillent entre de 12 et 76 ans. Cependant, nous tenons à relever qu'un peu plus de soixante (60) patients ont été approchés durant la phase de collecte des données. Mais, seul le nombre donné ci-dessus détermine ceux qui ont trouvés opportun de prendre part à notre étude.

4.4.3. Description de l'échantillon

4.4.3.1. Sexe

Tableau 01 : Répartition des participants par sexe

Sexes	Effectifs	Pourcentages
Femme	15	51,7%
Homme	14	48,3%
Total	29	100%

Pour le total de 29 participants auditionnés à l'HIARAY, les femmes représentent 51,7% et les hommes 48,3%, le tout pour un sexe ratio (F/M) de 1,07.

Contrairement à ce que l'on a pu observer au sein du SSO/HIARAY, la littérature fait état de ce que dans la majorité des cas où des études ont été menées sur un échantillon assez considérable, l'effectif des individus de sexe féminin est de loin moins important que celui des individus de sexe masculin. Sissoko (2009) par exemple relève que sur 205 patients auditionnés, 62,4 % sont des individus de sexe masculin contre 37,6 % de sexe féminin. Dans la même lancée, Alamou et Odoulami-Yehouessi (2013) relève une forte prédominance masculine de près de 88,6 % sur 885 patients porteurs de GPAO enquêtés. Cependant, il est tout aussi établi que les données relatives au sexe sont variables dans cette population d'individus GPAO. Puisqu'un certain nombre restreint d'étude fait état d'une prédominance

de sexe féminin (Koama, 2017). Perspective dans laquelle se retrouve inscrite notre étude, bien que la taille de notre échantillon soit moins importante.

4.4.3.2. Âge

Tableau 02 : Répartition des participants par tranche d'âges

Âges	Effectifs	Pourcentages
[10 - 19[01	3,4%
[20 - 39[12	41,4%
[40 - 65[13	44,83%
[66 - > [03	10,3%
Total	29	100%

Pour le total de 29 participants auditionnés à l'HIARAY, la moyenne d'âge est estimée à 41,41 ans et l'écart type à 17,45. Les extrêmes d'âges sont de 12 ans pour le minimum et 76 ans pour le maximum. La tranche d'âge la plus exposée étant 40 à 65 ans avec un pourcentage de 44,83.

Les données obtenues semblent se conformer à bon nombre de travaux. A l'exemple de Alamou et Odoulami–Yehouessi (2013) qui relèvent dans leurs travaux menés au Bénin, une moyenne d'âge de 43,3 ans. Ou encore de Koama (2017) qui obtient une moyenne d'âge de 42,91 ans. Par contre, dans certaines études où l'échantillon de la population étudiée admet exclusivement des quadragénaires et de bien plus âgés, la moyenne d'âge se trouve alors bien plus élevée. Chez Sissoko par exemple, la moyenne d'âge est de 58,2 ans avec des extrêmes portées entre 40 ans et 86 ans. C'est aussi le cas de Taktak et al. (2011) en Tunisie qui obtiennent une moyenne d'âge de 62,5. Néanmoins, précisons quand-même que les résultats obtenus dans le cadre de notre étude, reflètent le standard épidémiologique qui fait de l'âge de la quarantaine un facteur de risque assez important au GPAO.

4.4.3.3. Niveau d'étude

Tableau 03 : Répartition des participants par niveau d'instruction

Niveaux d'étude	Effectifs	Pourcentages
C.E.P.E.	06	20,7%
B.E.P.C.	06	20,7%
BACC	04	13,8%
B.T.S.	01	03,4%
Licence	09	31%
Master	03	10,3%
Total	29	100%

D'après les données enregistrées ci-haut, nous notons qu'au moins 20,7% des 29 participants auditionnés ont en leur possession un C.E.P.E. (Certificat d'Etude Primaires Elémentaires). Ce qui sous-entend que tous les patients auditionnés sont à même de saisir l'essentiel des informations relatives au glaucome et à sa prise en charge.

Relativement à la taille de notre échantillon d'étude, les scores enregistrés sont assez différents de ce que présentent certaines études. Bien qu'aucune relation significative n'ait encore pu être mise en évidence, que ce soit entre l'observance au traitement et le niveau d'instruction (Dohvoma et al., 2015), ou entre la prévalence au GPAO et le niveau d'instruction (Koama, 2017), nous relevons néanmoins qu'ailleurs, le pourcentage des patients en manque d'instruction scolaire est assez important. D'après l'étude de Taktak et al. (2011) en Tunisie, il ressort que 31% des 132 patients rencontrés sont non-scolarisés. Chez Koama (2017), 20% des 100 patients rencontrés sont non-scolarisés.

Cependant, non loin de nos résultats, Dohvoma et al. (2015), dans une étude réalisée ici même au Cameroun, plus précisément à l'hôpital générale de Douala, font état de ce que 17,1% des 35 patients rencontrés ont reçu au moins une instruction scolaire. Dans cette étude visant à déterminer les facteurs qui promeuvent la saine observance au traitement médical du GPAO, il en ressort que la non observance au traitement ne peut être dépendante du niveau d'instruction des patients. Mais tout simplement imputée au caractère réfractaire des patients au sujet de la maladie, de leur méfiance ou encore d'une mauvaise intégration des explications reçues de la part du médecin ophtalmologue traitant. D'ailleurs, d'après les résultats obtenus, 68,6% des 35 patients (tous niveaux d'instruction confondus) auditionnés n'observent pas leur traitement.

4.4.3.4. Profession

Tableau 04 : Répartition des participants par statut socioprofessionnel

Statut socioprofessionnel		Effectifs	Pourcentages
Emploi	Artisan	05	17,2%
	Corps armé	04	13,8%
	Corps médical	03	10,3%
	Commerçant	04	13,8%
	Enseignant	01	03,4%
	Aide à domicile	02	06,9%
Sans-emploi	Élève/Étudiant	07	24,1%
	Retraité	03	10,3%
Total		29	100%

D'après l'ensemble des données relatives au statut socioprofessionnel, nous relevons que 24,1% des participants auditionnés sont des étudiants ; 10,3% sont des retraités et seuls les 65,6% restant ont une occupation professionnelle dont 27,6% reconnus comme fonctionnaires. Ce qui laisse supposer que 34,5 % des participants rencontrés font certainement recours à des aides extérieurs pour supporter le coût de la prise en charge et du suivi thérapeutiques.

Les données obtenues dans notre étude semblent concorder avec ceux de Koama (2017), chez qui 25% des patients n'ont pas d'emplois et 35% sont des fonctionnaires. À la seule différence que dans ce pourcentage de sans-emplois, on retrouve certes des étudiants mais aussi des femmes au foyer. De même, dans une autre étude menée sur le glaucome, Dayamba (2010), relève également une représentativité conséquente des fonctionnaires (30%) et suivi de celui des femmes au foyer (22%). Du côté de Sissoko (2009), on observe par contre une forte prédominance des techniciennes de surface (femmes de ménage) avec un pourcentage de 35,6 ; suivi de celui des cultivateurs (24,4) ; des commerçants (12,7) et des fonctionnaires (11,7).

En général, les résultats obtenus sur la profession dans le cadre du GPAO permettent d'apprécier la représentativité des couches sociales majorant la population d'étude (Sissoko, 2009). Cependant, même si certaines études épidémiologiques telles que celle de Bjornsson (1967), montre que certains corps de métiers (cultivateur, pêcheur et ouvrier) sont à risque pour la santé oculaire, compte tenu des conditions climatiques dans lesquelles ces métiers sont exercés. D'autres études du même acabit par contre, mettent en évidence l'exposition à un niveau de risque deux fois et demi plus élevé quand il s'agit de la pratiques des métiers qui se font en milieu clos et couvert (Morgan & Drance, 1975)

Par ailleurs, de manière un peu plus étendue, les données relatives au statut socioprofessionnel des patients – au regard du poids socio-économiques de la prise en charge au GPAO – permettent d'apprécier aussi leur pouvoir d'achat (Koama, 2017). Puisqu'une faible capacité du pouvoir d'achat des patients peut conditionner il est vrai, l'observance thérapeutique et par là, impacter le rendement de la prise en charge. Toutefois, au-delà de la considération qu'on puisse allouer au coût des soins médicamenteux, Mohvoma et al. (2015) ont montré que la non-observance du traitement peut d'autant plus être aussi imputée au facteur humain. Car comme ils le démontrent dans une étude menée à l'hôpital général de Douala, portant sur l'observance au traitement médical dans le GPAO, 11,4% des 35 patients interrogés admet ne pas observer leur traitement malgré le fait que leur pouvoir d'achat soit conséquent contre 57,1% qui admet ne pas observer en raison du coût élevé. Dans ce cas de

figure, l'observance n'est pas que liée au pouvoir d'achat des patients mais aussi à la non-acceptation de la maladie ou à une mauvaise intégration des explications du médecin ophtalmologue traitant (Tchabi & al., 2011 et Wane et al., 2003).

4.4.3.5. Pathologie(s) associée(s)

Tableau 05 : Répartition des participants par le type d'antécédent médical

Pathologies	Effectifs	Pourcentages
Cataracte	10	34,48%
Hypertension artérielle	03	10,3%
Myopie (aigüe)	05	17,24
Aucun antécédent	11	37,93%
Total	29	100%

Le relevé d'antécédent médical montre que 34,4% des participants souffrait déjà d'une cataracte lors du diagnostic au GPAO. Tandis que 17,24% des participants est atteint d'une myopie (aigüe) et 10,3% d'hypertension artérielle.

Ces données correspondent à ceux de Sissoko (2009) chez qui l'on retrouve une forte prédominance de la cataracte (14,2%) et de l'hypertention artérielle (21,5%) parmi les antécédants ophtalmologiques et les antécédents médicaux. Chez Kane et al. (2017), on observe également une forte prédominance de la cataracte (34%) et de l'hypertension artérielle (66,5%) C'est dire que les résultats obtenus dans le cadre de notre étude, reflètent le standard épidémiologique selon lequel la cataracte et l'hypertension artérielle sont des facteurs de risque assez important au GPAO.

4.4.3.6. Antécédent familiale

Tableau 06 : Répartition des participants par antécédent familial

Antécédent	Effectifs	Pourcentages
Parent(s) glaucomateux	14	48,3%
Aucun antécédent	15	51,7%
Total	29	100%

48,3% des participants auditionnés à l'HIARAY ont au moins un parent (père/mère ; grand(s)-parent(s) ; oncle/tante) porteur d'un GPAO.

Ces chiffres sont relativement un peu moins importants que ceux de Koama (2017) qui dans son étude, obtient 50% de patient avec des antécédents familiaux, mais relativement un peu plus élevé que ceux de Bazie (2014) qui quant à lui obtient 40% de patients avec des antécédents familiaux. Selon certaines études (Hollands et al., 2013 ; Merle et al., 2004 et Le et al., 2003 ;) le facteur génétique devrait t'être considéré comme le premier facteur de risque au GPAO, puisque pour des patients ayant un antécédent familiale de GPAO on déduit une fréquence augmentée de 7,6 et un risque relatif OR :3,3 (IC95 : 2-5,6).

4.5. Technique et outils/instrument de collecte de données

4.5.1. Technique de collecte des données

Pour mener à bien notre étude durant la phase d'enquête, nous avons eu recours à deux (2) types de procédés à savoir :

- L'entretien semi-directif

Pour ce qui est du style semi-directif, il s'agit d'un entretien dont la passation est quasi-libre et quasi-dirigée (Nda', 2015). C'est-à-dire que, malgré le fait que les questions soient élaborées d'après un schéma d'agencement précis (thèmes et sous-thème), elles peuvent être administrées en fonction de la perception qu'a le chercheur de son interlocuteur mais surtout de l'entretien lui-même. Ainsi, le chercheur favorisera par ses questions et relances une prise de parole ouverte de l'interviewé, afin de recueillir les informations dont il a besoin.

- Le questionnaire auto-administré

C'est une technique de collecte de données qui consiste à poser par écrit, une série de questions relatives à une situation donnée dans le but de recueillir leur opinion et leurs attentes. En d'autres termes, cette technique permet de relever le niveau de « connaissance/conscience » d'une cible par rapport à une situation-problème donnée, pour laquelle le chercheur voue un intérêt particulier. Spécifique des études quantitatives, le questionnaire convient lorsque le chercheur souhaite traiter des données chiffrées. Puisque, l'intérêt principal de cette technique de collecte des données demeure dans le fait qu'elle permet de dévoiler l'ensemble des facteurs sociaux qui contribuent à produire un phénomène. Par ailleurs, grâce aux données chiffrées « explicatives », obtenue comme résultats, l'enquête quantitative, par l'usage d'un questionnaire, est adaptée à l'étude de relations entre variables (Nda', 2015).

4.5.2. Outils/instrument de collecte de données

Les outils ponctuels utilisés pour notre collecte de données sont les suivants :

- Un guide d'entretien permettant d'enregistrer les informations générales des patients (âge, profession, antécédent familiaux, troubles associés, etc.) et aussi, de jauger leur niveau de connaissance de la maladie et sa prise en charge.
- Un questionnaire auto-administré permettant d'évaluer le sentiment d'efficacité personnelle en lien à l'acte vicariant sensoriel. Le questionnaire utilisé pour la collecte des données a été inspiré et adaptée d'après l'échelle de « Sources of self-efficacy in mathematics : A validation study » de Usher et Pajares (2009). Pour la mise en forme de notre questionnaire nous avons fait appel à un traducteur diplômé de l'Advanced School of Translator and Interpreters (ASTI), afin de traduire de l'anglais au français le contenu de l'échelle d'origine. Par la suite, nous avons pu adapter le contenu des items en fonction des réalités de notre étude.
- Un questionnaire auto-administré permettant d'évaluer la motivation à l'élaboration de la vicariance sensorielle. Le questionnaire utilisé pour la collecte des données a été inspiré et adapté d'après « l'échelle de motivation en formation des adultes (EMFA-24) » de Fenouillet, Heutte et Vallerand (2015).
- Une planche braille constituée d'une feuille de papier plastique de format A4 sur laquelle nous avons pointé l'alphabet français et des chiffres en braille. Cette planche nous a été utile dans la mesure où elle a permis de fournir des informations visuelles et tactiles aux différents participants durant tout le processus de l'enquête.

4.5.3. Validation des instruments de collecte de données

La validation de nos instruments de collecte de données a été l'objet d'un pré-test effectué en date du 20 mars 2022 auprès de deux (02) patients du Centre National d'Optométrie de Biyem-Assi, plus précisément aux Acacias, dans l'arrondissement de Yaoundé VI. Les deux personnes étaient âgées de 11 ans et 32 ans, toutes deux de sexe féminin et appartenant à la même famille. Nous sommes allés à leur rencontre par l'intermédiaire d'une connaissance à nous. À l'issue de ce pré-test, quelques incompréhensions dans la formulation d'items 6, 9 et 20 du questionnaire relatif à la motivation à l'élaboration de la vicariance sensorielle ont été relevées et amendées par la suite. Par ailleurs, un ajustement a été effectué au niveau de la section réservée aux

pathologies associées. À cette section, nous avons rajouté l'hypertension comme autres troubles associés.

4.6. Variables de l'étude

L'objectif de cette étude étant d'analyser l'effet du sentiment d'efficacité personnelle sur la motivation à l'élaboration de la vicariance sensorielle, nous nous intéressons à donc à l'effet causal de deux variables à savoir :

- Une variable indépendante : Sentiment d'efficacité personnelle
- Une variable dépendante : Motivation l'élaboration de la vicariance sensorielle.

4.6.1. Variable indépendante (VI)

Le choix de notre variable indépendante pour cette étude porte sur le concept du Sentiment d'Efficacité Personnelle (SEP), développé par Bandura (1986) dans sa grande théorie sociocognitive. Selon cet auteur, le sentiment d'efficacité personnelle est opérationnalisable en quatre (04) dimensions, à savoir :

- **Les expériences « de maîtrise/vécues »** qui sont relatives aux performances antérieures du sujet social et constitue son lot de succès et d'échecs par rapport à un domaine d'activité ou une situation donnée. Bien entendu, ici les succès passés servent de catalyseur afin de créer et renforcer les croyances de l'individu en ses capacités. Tandis que, l'ensemble des échecs anéantissent l'épanouissement de ces croyances.
- **Les expériences vicariantes** à partir desquelles il est rendu possible au sujet social de construire ses croyances personnelles d'efficacité par l'appropriation des expériences de maîtrise (succès/échecs) d'un modèle social. Ceci, soit par l'observation situationnelle du modèle social, soit par l'évaluation de ses propres capacités à celui de ce dernier. Par ailleurs, il est tout aussi bien avantageux que le modèle social observé partage des similitudes avec le sujet social.
- **La persuasion verbale** qui contribue à modeler les croyances d'efficacité d'un individu en le persuadant et/ou en le récompensant verbalement.
- **Les états physiologiques ou émotionnels** qui regroupent les conditions physiques et émotionnelles qui ont un impact considérable sur le sentiment d'efficacité personnelle d'un individu.

Cependant, pour notre étude, nous nous sommes appesantis à faire usage des trois premières dimensions, car conformément aux considérations de l'auteur, celles-ci sont facilement objectivables dans le cadre la recherche scientifique (Ruph, 1997). Pour la

conceptualisation du questionnaire administré, nous nous sommes inspirés de Usher et Pajares (2009) et de leur échelle de mesure « Sources of self-efficacy in mathematics : A validation study ». Dans cette échelle, les expériences vicariantes sont, elles aussi, opérationnalisées en deux indicateurs que sont : l'expérience vicariante avec les pairs et l'expérience vicariante avec l'enseignant. Dans notre adaptation, nous avons opté substituer « enseignant » par « déficients visuelles ».

Tableau 07 : Tableau synoptique de la variable indépendante

Variable	Dimensions	Indicateurs
Sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 1986)	Les expériences de maîtrise	« Succès/échecs » passés
	Les expériences vicariantes	L'expérience vicariante avec les pairs
		L'expérience vicariante avec les déficients visuels
	La persuasion verbale	Soutient verbal de la famille/amis/collègues, etc.

4.6.2. Variable dépendante (VD)

Le choix de notre variable dépendante pour cette étude porte sur la motivation à l'élaboration de la vicariance sensorielle. Pour l'opérationnalisation de cette variable, nous nous sommes inspirés du modèle de l'autodétermination de Déci et Ryan (1985) qui propose une évaluation cognitive de la motivation. Cette évaluation repose sur les dimensions suivantes :

- **Motivation intrinsèque** ou **motivation auto-déterminée**, car ici l'individu guide son choix vers l'activité en fonction de l'intérêt qu'elle suscite de chez-lui, sans attente de récompense extérieure quelconque.

- **Motivation externe** qui à l'opposé de la précédente voudrait qu'ici l'activité ne soit guère pratiquée pour le plaisir qu'elle apporte, mais bien plus pour des raisons externes et intéressés. Grosso modo, elle est de mise lorsque l'individu est emmené à agir soit par contrainte ou sous pression (punition, intérêt pécuniaire, pression sociale, obtention de l'approbation d'une tiers personne).
- **Amotivation** en référence à l'absence de motivation chez toute personne, dont le comportement manifeste présente un désintéressement total vis-à-vis de l'activité. On parle alors, de non-lieu motivationnel (intrinsèque ou extrinsèque), puis qu'ici la personne dite amotivée n'a de l'intérêt pour rien : ni pour l'activité en elle-même, ni pour les résultats susceptibles d'en découler et encore moins des désagréments desquels il peut se soustraire si malgré tout il se mettait en action.

Pour la conceptualisation du questionnaire administré, nous nous sommes inspirés de Fenouillet, Heutte et Vallerand (2015), d'après « l'échelle de motivation en formation des adultes (EMFA-24) ».

Tableau 08 : Tableau synoptique de la variable indépendante

Variable	Dimensions	Indicateurs
Motivation à l'élaboration de la vicariance sensorielle (Déci et Ryan 1985)	Motivation intrinsèque	Motivation interne
	Motivation extrinsèque	Motivation intégrée
		Motivation identifiée
		Motivation introjectée
		Motivation externe
	Amotivation	Absence de motivation

4.7.Considération déontologiques/éthiques

Dans le cadre de notre étude, le respect des participants à notre étude a été garanti selon comme il suite. Au plan administratif, nous avons premièrement chercher à obtenir toutes les autorisations d'accès nécessaire pour la bonne tenue de notre enquête. Raison pour laquelle, en date du 04 Avril 2022, nous avons adressé une correspondance au Médecin chef de l'HIARAY et une autorisation de collecte des données nous a été délivrée le 06 Avril 2022. Après s'être présenté tour à tour auprès du surveillant général de l'HIARAY et auprès du chef Service Spécialisé d'Ophtalmologie, nous avons pris contact avec les différents patients qui ont acceptés prendre part à notre étude en conformité à la demande de consentement éclairé que nous leur avons présenté. Par ailleurs, ces derniers ont été rassurés de la discrétion, de l'anonymat et de la confidentialité des données qui ont été collecté auprès d'eux.

4.8.Méthode d'analyse des données

À la suite des entretiens réalisés et des questionnaires administrés à chacun des participants, nous avons recueilli deux types de données à savoir : les données qualitatives et les données quantitatives. Chacun d'eux a fait l'objet d'une analyse minutieuse selon deux approches bien distinctes.

L'analyse du contenu est la méthode par laquelle les données qualitatives ont été dépouillées et traitées. De manière un peu plus précise, notre regard a été orienté vers l'analyse du contenu manifeste et du contenu latent autour des thématiques suivantes : motifs de consultation ; niveau de connaissance des patients sur le glaucome ; promotion de la santé/rapport médecin-patients ; qualité de vie/état psychologique des patients. Bien que les thématiques explorées aient un lien plus ou moins direct avec l'étude en elle-même, les renseignements obtenus à partir de leur analyse sont sans réel incidence dans l'interprétation de nos résultats, étant donné que les entretiens ici menés sont d'ordre exploratoire. Ainsi donc, le but de cette manœuvre étant d'apporter un complément d'informations, une plus-value, nous avons choisi procéder de la manière qui suit :

- Dans un premier, nous avons retranscrits en intégralité, sous forme de verbatim, tous les vingt-neuf (29) entretiens enregistrés à l'aide d'un enregistreur vocal numérique. Bien sûr, nous nous sommes abstenus de prendre en compte les propos hors contexte. Quelques fois, nous avons tenu compte du comportement manifeste (geste, mimique, timbre de voix, etc.) de certains participants lorsque celui-ci était assez prononcé.

- Après retranscription des entretiens, nous avons effectué une pré-analyse, dont le but est de mener une lecture attentive des verbatim afin de pouvoir organiser les informations par catégories. La catégorisation des éléments a permis d'organiser les informations recueillis dans les thèmes susmentionnés.
- Une fois catégorisées, les données brutes ont été traitées de manière à être significatives et valides. Grosso modo, le traitement a permis dans une certaine mesure d'établir des opérations statistiques simples telles que : pourcentages, écart-type et ratio. D'autres parts, ces prélèvements qualitatifs ont davantage servis à mieux étayer notre contexte d'étude.

Pour l'analyse des données quantitatives, nous avons opté pour une équation linéaire de régression simple. Il s'agit d'une méthode statistique qui permet de trouver une relation linéaire entre une variable explicative (sentiment d'efficacité personnelle) et une variable à expliquer (motivation à l'élaboration de la vicariance sensorielle). Afin de mettre en évidence l'effet causal du sentiment d'efficacité personnelle sur la motivation à l'élaboration de la vicariance sensorielle, nous avons mené la démarche qui suit :

- Aussitôt la collecte de données effectuée à l'aide des questionnaires administrés, nous nous assurons de la participation effective des participants aux différents items proposés et ce, jusqu'à la fin de la période d'enquête.
- Par la suite, les données recueillies ont été dépouillées et saisies manuellement à l'aide de CSPro 7.7.0 qui est un logiciel de saisie, édition, tabulation, et de diffusion des données de recensement et d'enquête. L'usage du CSPro nous a permis de rentrer (saisie et édition) nos données et de générer un tableau de valeurs mais pour ce qui est du traitement proprement dit des données, il a été fait à l'aide du logiciel d'analyse statistique **Statistica**. Par ailleurs, Statistica permet d'effectuer des analyses statistiques d'un niveau assez important, tout en favorisant l'importation des données sous forme de tableau afin de créer de visuels en 2D ou 3D.

Les mises en page et mises en forme des résultats, les graphiques, etc. ont été faits à l'aide des applications du Microsoft office version 2010.

CHAPITRE 5 : PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION

DES RESULTATS DE L'ETUDE

Nous présenterons ici, les résultats obtenus des différentes analyses des données recueillies sur le terrain. Il est question entre autres de procéder comme il suit :

- ✚ Résultats issus les prélèvements qualitatifs issus des entretiens : Motifs de consultation ; niveau de connaissance des patients sur le glaucome.
- ✚ Résultats issus de l'analyse descriptive des modalités suivantes : expériences de maîtrise ; expériences vicariantes ; persuasion verbale ; motivation intrinsèque ; motivation extrinsèque et amotivation.
- ✚ Résultat de l'analyse corrélationnelle
- ✚ Résultats issus de l'analyse de régression entre les expériences de maitrise et la motivation intrinsèque.
- ✚ Résultats issus de l'analyse de régression entre les expériences de maitrise et la motivation extrinsèque.
- ✚ Résultats issus de l'analyse de régression entre les expériences de maitrise et l'amotivation.
- ✚ Résultats issus de l'analyse de régression entre les expériences de vicariantes et la motivation intrinsèque.
- ✚ Résultats issus de l'analyse de régression entre les expériences vicariantes et la motivation extrinsèque.
- ✚ Résultats issus de l'analyse de régression entre les expériences vicariantes et l'amotivation.
- ✚ Résultats issus de l'analyse de régression entre la persuasion verbale et la motivation intrinsèque.
- ✚ Résultats issus de l'analyse de régression entre la persuasion verbale et la motivation extrinsèque
- ✚ Résultats issus de l'analyse de régression la persuasion verbale et l'amotivation.

5.1. Résultats des prélèvements qualitatifs issus des entretiens

5.1.1. Motifs de consultation

Tableau 09 : tableau relatif aux motifs de consultation

Motifs de consultation	Effectifs	Pourcentages
Baisse d'acuité visuelle	02	06,9%
Cataracte	10	34,5%
Traumatisme oculaire	02	06,9%
Examen de complémentaire (Sous la demande d'un autre spécialiste)	12	41,4%
Gêne/douleur oculaire	03	10,3%
Total	29	100%

À la question faisant référence aux signes symptomatologiques qui ont poussés les uns et les autres à consulter, nous retenons que 41,4% des participants interrogés ont été diagnostiqués positifs au GPAO de manière fortuite. À l'exemple du participant **HMR002** qui dit que : « *L'année passée je devais reconduire mon permis de conduire, et c'est comme ça que je suis à l'hôpital pour faire l'examen de contrôle pour le permis. C'est de là que le médecin qui m'a consulté, m'a conseillé de voir euh...de faire un examen du glaucome.* ». Ou encore du participant **HMR009** qui dit que : « *C'est le cardiologue qui m'envoie chez le néphrologue. Le néphrologue se dit que bon, les nerfs peuvent être atteints jusqu'au niveau des yeux et m'envoient chez l'ophtalmo. Donc c'est comme ça* »

D'autre part, 34% des participants interrogés ont été diagnostiqués positifs au GPAO à la suite d'un diagnostic de cataracte. À l'exemple du participant **HMR001** qui dit que : « *Ça avait commencé par euh... Euh... le premier cas-là ; Vous appelez ça comment ? euh... euh... euh... Cataracte. Je partais donc à **Obach** ... avec tous les papiers-là, je partais toujours à **Obach*** ». Ou encore à la suite d'une opération de cataracte., à l'exemple du participant **HMR003** qui dit que : « *J'avais la cataracte ; Quand on a opéré la cataracte ; on m'a dit qu'on a vu quelque chose, il faut encore faire l'examen ; C'est quand on fait cet examen maintenant qu'on constate que j'ai le glaucome.* »

Nous retenons aussi que 10,3% des participants interrogés ont été diagnostiqués positifs au glaucome suite à une gêne/douleur oculaire. Tandis que 13,8% des participants l'ont été à la suite d'un traumatisme oculaire ou d'une baisse d'acuité visuelle.

5.1.2. Niveau de connaissance des patients sur le glaucome

Tableau 10 : tableau relatif à la connaissance des patients sur le glaucome

Niveaux de connaissance	Effectif	Pourcentage
Restreint	11	37,9%
Modéré	14	48,3%
Avisé	4	13,8%
Total	29	100%

A la suite des entretiens effectués et des données qualitatives retenues, nous avons listé le niveau de connaissances des patients sur le glaucome en trois catégories, avec comme critères d'évaluation : caractéristiques cliniques et prise en charge (Cf. Annexe 3). Il en ressort que 48,3% des participants auditionnés ont une connaissance modérée de cette pathologie. C'est dire que tous parviennent à énumérer tout au plus trois caractéristiques cliniques du glaucome. A l'exemple du participant **HMR008** qui dit que : « *En fait le glaucome [...] ma première déception était quand le médecin m'a dit que ça ne s'opère pas [...] Donc tout ce qu'il fallait faire, tout ce que je devrais faire, toute ma vie, tout le traitement que je dois prendre à vie, c'est pour stabiliser tout simplement la maladie [...] je m'amuse avec le traitement je deviens complètement aveugle* ». Ou encore du participant **HMR011** qui déclare que : « *C'est ici que j'ai appris que le glaucome c'est une maladie qui ne se traite pas, qui mange le nerf optique. Qu'on ne traite pas le glaucome, on vit avec et que je vais mettre les gouttes toute ma vie* »

Tandis que 37,9% des participants ont une connaissance restreinte et particulièrement articulé autour du risque potentiel de cécité en cas du non-respect scrupuleux de la prise en charge médicamenteuse. A l'exemple du participant **HMR007** qui répond, à la question de savoir ce qu'il retient du glaucome : « *Moi je ne sais rien du glaucome [...] Ah on m'a dit que je peux être aveugle* ». Ou encore du participant **HMR025** qui dit que : « *C'est une maladie très très dangereuse puisque j'ai déjà les conséquences sur moi-même. Et puis, hmmm (retenue) ... Quand, tu perds la vue, c'est définitif. C'est encore plus dangereux. Je retiens que c'est même ... si ce n'est pas la maladie, c'est l'une des maladies les plus dangereuses en ... ophtalmologie* »

Nous relevons aussi que seulement 13,8% des participants ont un niveau de connaissance avisé, à tel point qu'ils sont en mesure d'énumérer plus de trois caractéristiques cliniques de la maladie. Par ailleurs, ils ont également connaissance des différents types de

prise en charge. À l'exemple du participant **HMR024** qui déclare que : « *Il m'a expliqué que oui, il y a la tête du nerf optique qui est touchée au fur et à mesure qu'il y a la pression à l'intérieur de l'œil. Les fibres du nerf optique, c'est comme ça que ça ... je peux dire ... Les fibres, le nerf optique, se dédommagent et c'est ça. Si on ne traite pas à temps, tu peux te retrouver aveugle. [...] Bon, on m'a fait comprendre que le glaucome, premièrement, ne se soigne pas, mais il peut se traiter. Ça veut dire que, à partir d'un traitement mais le traitement est à vie. Oui, on peut te donner un collyre que tu dois mettre chaque jour à vie et ça permet de réduire la tension oculaire, tout comme on peut pratiquer. Et là, on a parlé de ... Un truc si c'est laser, je ne retiens pas bien. On peut aussi stabiliser le glaucome à partir de ça. J'ai aussi retenu qu'il y a plusieurs types de glaucome : le glaucome à angle ouvert, glaucome à angle fermé, glaucome congénital dans les choses comme ça* ».

5.2. Résultats issus des prélèvements quantitatifs

5.2.1. Analyses descriptives des dimensions de la VI et de la VD

5.2.1.1. Analyse descriptive des Expériences de Maîtrise (EM)

Tableau 11 : Tableau de l'analyse descriptive des expériences de maîtrise

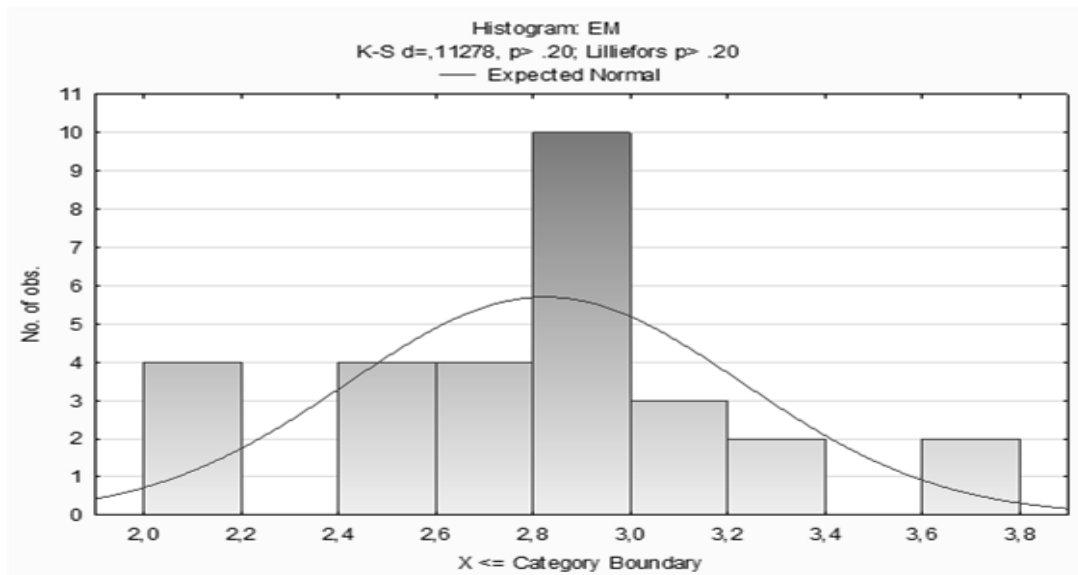
Statistiques descriptives										
		Eff.	Err.	Moy.		E-T		Min.		Max.
EM		29	0	2,834		0,403		2,170		3,670

EM = Expériences de maîtrise ; **Eff.** = Effectif ; **Err.** = Erreur ; **Moy.** = Moyenne ; **E-T** = Ecart type ; **Min.** = Minimum ; **Max.** = Maximum

Le score moyen des expériences de maîtrise recueilli auprès des vingt-neuf (29) participants interrogés à l'HIARAY, s'élève à 2,8. Ce score est légèrement au-dessus de la moyenne théorique d'une échelle à quatre pas. Cela signifie qu'un peu plus de la moitié des patients rencontrés estiment par exemple n'avoir aucune difficulté à se mouvoir dans une pièce obscure connue, bien qu'ayant beaucoup d'inquiétude à demeurer seul dans une pièce obscure. La dispersion des scores autour de cette moyenne étant relativement faible – compte tenu de la valeur de l'écart-type (E-T = 0,4) – l'on note néanmoins un écart non négligeable entre le score minimum (Min. = 2,2) et le score maximum (Max. = 3,7) enregistrés sur cette échelle.

Le graphique de la distribution normale semble montrer que les scores obtenus dans l'évaluation des expériences de maîtrise sont légèrement concentrés vers la gauche. Les deux tests de normalité (Lilliefors et Shapiro) confirment cet écart à la normalité.

Figure 7 : Histogramme de l'analyse descriptive des Expériences de Maîtrise (EM)



5.2.1.2. Analyse descriptive des Expériences Vicariantes (EV)

Tableau 12 : Tableau de l'analyse descriptive des expériences vicariantes

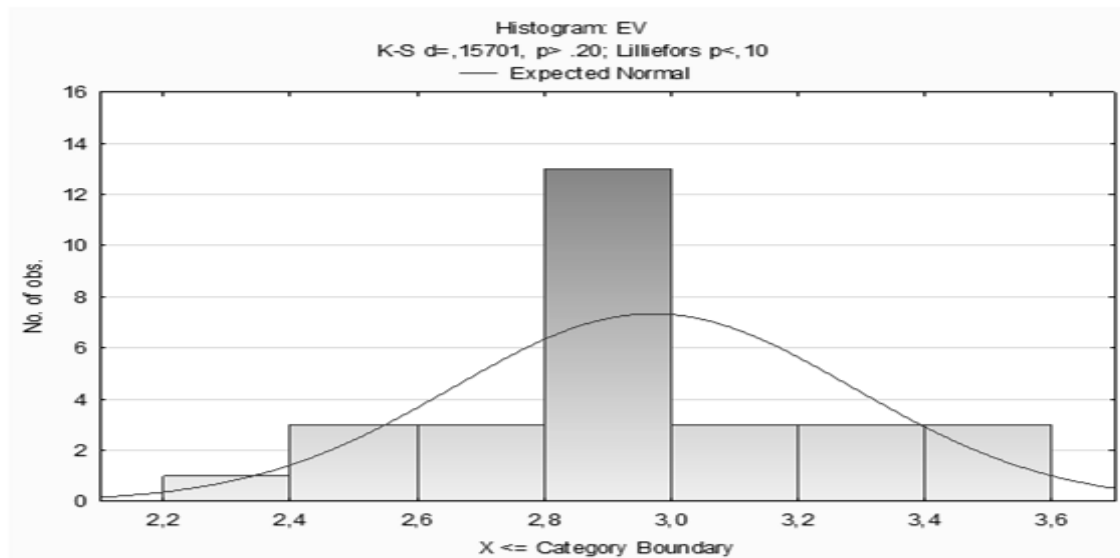
Statistiques descriptives												
	Eff.		Err.		Moy.		E-T		Min.		Max.	
EV	29		0		2,971		0,315		2,333		3,500	

EV = *Expériences vicariantes* ; **Eff.** = *Effectif* ; **Err.** = *Erreur* ; **Moy.** = *Moyenne* ; **E-T** = *Ecart type* ; **Min.** = *Minimum* ; **Max.** = *Maximum*

Le score moyen des expériences vicariantes recueilli auprès des vingt-neuf (29) participants interrogés à l'HIARAY, s'élève à 3. Ce score est légèrement au-dessus de la moyenne théorique d'une échelle à quatre pas. Cela signifie qu'un peu plus de la moitié des patients rencontrés pensent par exemple être capable de vicariance sensorielle en présence de leurs pairs glaucomateux. La dispersion des scores autour de cette moyenne étant relativement faible – compte tenu de la valeur de l'écart-type (E-T = 0,3) – l'on note néanmoins un écart non négligeable entre le score minimum (Min. = 2,3) et le score maximum (Max. = 3,5) enregistrés sur cette échelle.

Le graphique de la distribution normale semble montrer que les scores obtenus dans l'évaluation des expériences vicariantes sont fortement concentrés vers la droite. Les deux tests de normalité (Lilliefors et Shapiro) confirment cet écart à la normalité.

Figure 8 : Histogramme de l'analyse descriptive des expériences vicariantes (EV)



5.2.1.3. Analyse descriptive de la Persuasion Verbale (PV)

Tableau 13 : Tableau de l'analyse descriptive de la persuasion verbale

Statistiques descriptives									
	Eff.	Err.	Moy.	E-T	Min.	Max.			
PV	29	0	3,116	0,516	1,500	3,830			

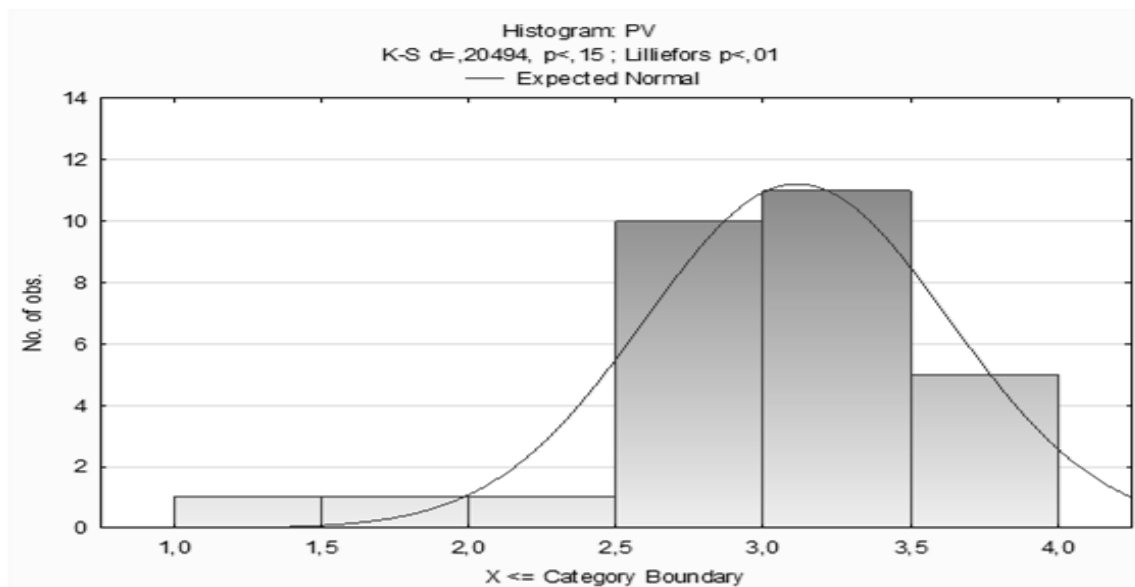
PV = Persuasion verbale ; **Eff.** = Effectif ; **Err.** = Erreur ; **Moy.** = Moyenne ; **E-T** = Ecart type ; **Min.** = Minimum ; **Max.** = Maximum

Le score moyen de la persuasion verbale recueilli auprès des vingt-neuf (29) participants interrogés à l'HIARAY, s'élève à 3,1. Ce score est légèrement au-dessus de la moyenne théorique d'une échelle à quatre pas. Cela signifie qu'un peu plus de la moitié des patients rencontrés se dit par exemple pouvoir renforcer leur certitude à faire preuve vicariance si les membres de leur proche entourage leur manifestent un soutien verbal. La dispersion des scores autour de cette moyenne étant relativement faible – compte tenu de la

valeur de l'écart-type (E-T = 0,5) – l'on note néanmoins un écart non négligeable entre le score minimum (Min. = 1,5) et le score maximum (Max. = 3,8) enregistrés sur cette échelle.

Le graphique de la distribution normale semble montrer que les scores obtenus dans l'évaluation de la persuasion verbale sont fortement concentrés vers la gauche. Les deux tests de normalité (Lilliefors et Shapiro) confirment cet écart à la normalité.

Figure 9 : Histogramme de l'analyse descriptive de la Persuasion Verbale (PV)



5.2.1.4. Analyse descriptive de la Motivation Intrinsèque (MI)

Tableau 14 : Tableau de l'analyse descriptive de la motivation intrinsèque

Statistiques descriptives						
	Eff.	Err.	Moy.	E-T	Min.	Max.
MI	29	0	2,991	0,515	2,250	4,000

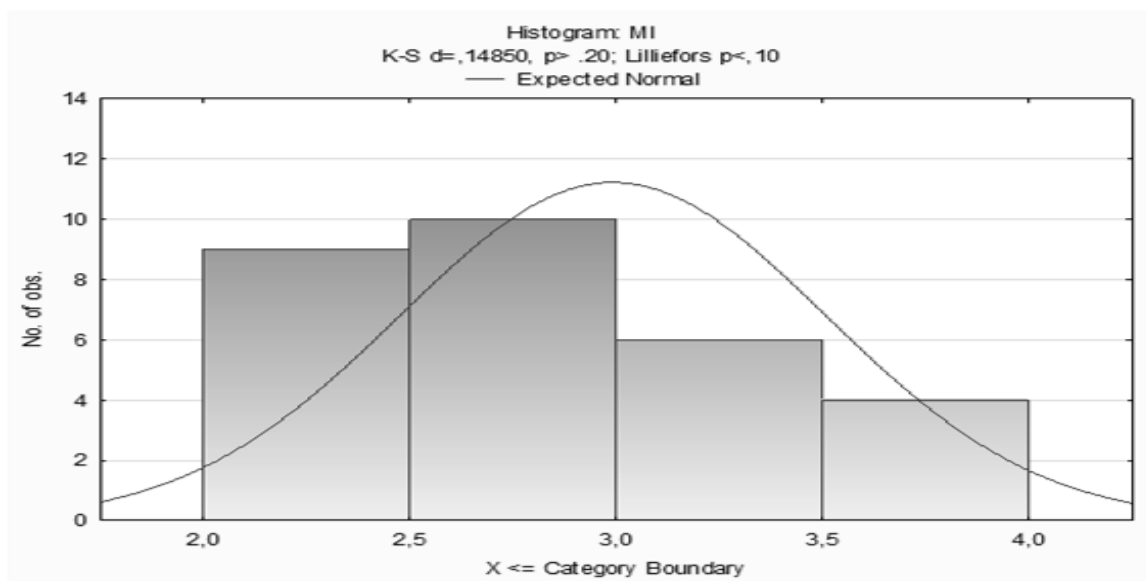
MI = Motivation intrinsèque ; **Eff.** = Effectif ; **Err.** = Erreur ; **Moy.** = Moyenne ; **E-T** = Ecart type ; **Min.** = Minimum ; **Max.** = Maximum

Le score moyen de la motivation intrinsèque recueilli auprès des vingt-neuf (29) participants interrogés à l'HIARAY, s'élève à 3. Ce score est légèrement au-dessus de la moyenne théorique d'une échelle à quatre pas. Cela signifie qu'un peu plus de la moitié des patients rencontrés estime par exemple que la recherche du plaisir et de la satisfaction à apprendre de nouvelle chose sont des motifs suffisant pour prendre part au programme

d'accompagnement. La dispersion des scores autour de cette moyenne étant relativement faible – compte tenu de la valeur de l'écart-type (E-T = 0,5) – l'on note néanmoins un écart non négligeable entre le score minimum (Min. = 2,3) et le score maximum (Max. = 4) enregistrés sur cette échelle.

Le graphique de la distribution normale semble montrer que les scores obtenus dans l'évaluation de la motivation intrinsèque sont fortement concentrés vers la droite. Les deux tests de normalité (Lilliefors et Shapiro) confirment cet écart à la normalité.

Figure 10 : Histogramme de l'analyse descriptive de la Motivation Intrinsèque (MI)



5.2.1.5. Analyse descriptive de la Motivation Extrinsèque (ME)

Tableau 15 : Tableau de l'analyse descriptive de la motivation extrinsèque

Statistiques descriptives									
	Eff.	Err.	Moy.	E-T	Min.	Max.			
ME	29	0	2,890	0,509	1,312	3,875			

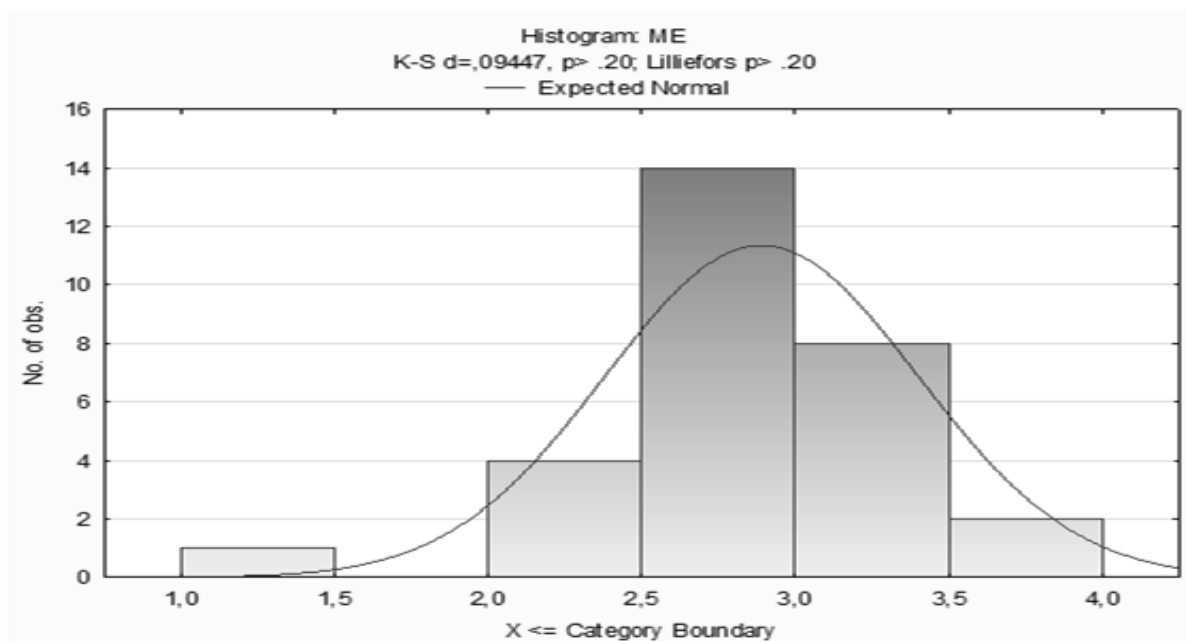
ME = Motivation extrinsèque ; **Eff.** = Effectif ; **Err.** = Erreur ; **Moy.** = Moyenne ; **E-T** = Ecart type ; **Min.** = Minimum ; **Max.** = Maximum

Le score moyen de la motivation extrinsèque recueilli auprès des vingt-neuf (29) participants interrogés à l'HIARAY, s'élève à 2,9. Ce score est légèrement au-dessus de la moyenne théorique d'une échelle à quatre pas. Cela signifie qu'un peu plus de la moitié des patients rencontrés estime par exemple qu'il faut bien plus que la recherche du plaisir ou de la satisfaction pour prendre part au programme d'accompagnement. La dispersion des scores

autour de cette moyenne étant relativement faible – compte tenu de la valeur de l'écart-type (E-T = 0,5) – l'on note néanmoins un écart non négligeable entre le score minimum (Min. = 1,3) et le score maximum (Max. = 3,9) enregistrés sur cette échelle.

Le graphique de la distribution normale semble montrer que les scores obtenus dans l'évaluation de la motivation extrinsèque sont fortement concentrés vers la droite. Les deux tests de normalité (Lilliefors et Shapiro) confirment cet écart à la normalité.

Figure 11 : Histogramme de l'analyse descriptive de la motivation intrinsèque (ME)



5.2.1.6. Analyse descriptive de l'Amotivation (AM)

Tableau 16 : Tableau de l'analyse descriptive de l'amotivation

Statistiques descriptives						
	Eff.	Err.	Moy.	E-T	Min.	Max.
AM	29	0	2,009	0,599	1,250	3,250

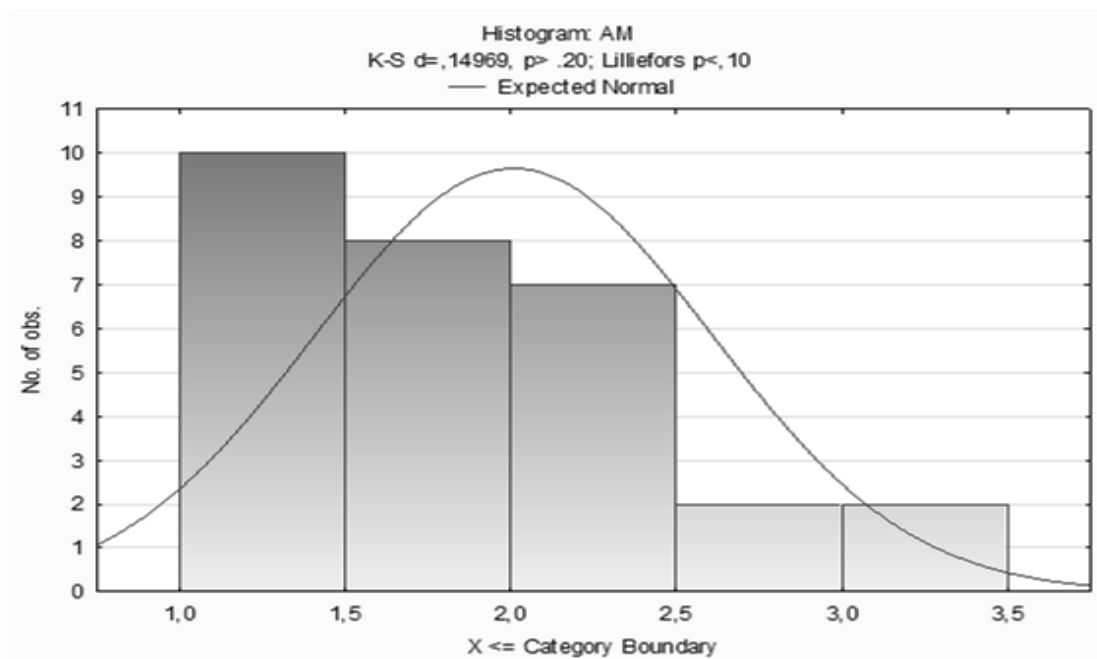
AM = Amotivation ; **Eff.** = Effectif ; **Err.** = Erreur ; **Moy.** = Moyenne ; **E-T** = Ecart type ; **Min.** = Minimum ; **Max.** = Maximum

Le score moyen de l'amotivation recueilli auprès des vingt-neuf (29) participants interrogés à l'HIARAY, s'élève à 2. Ce score est légèrement en-dessous de la moyenne théorique d'une échelle à quatre pas. Cela signifie qu'un peu moins de la moitié des patients rencontrés estime par exemple n'avoir aucun intérêt quelconque pour prendre part au

programme d'accompagnement. D'autant plus, qu'ils auront l'impression de perdre leur temps. La dispersion des scores autour de cette moyenne étant relativement faible – compte tenu de la valeur de l'écart-type ($E-T = 0,6$) – l'on note néanmoins un écart non négligeable entre le score minimum (Min. = 1,2) et le score maximum (Max. = 3,3) enregistrés sur cette échelle.

Le graphique de la distribution normale semble montrer que les scores obtenus dans l'évaluation de la motivation extrinsèque sont fortement concentrés vers la droite. Les deux tests de normalité (Lilliefors et Shapiro) confirment cet écart à la normalité.

Figure 12 : Histogramme de l'analyse descriptive de l'amotivation (AM)



5.2.2. Analyses corrélacionnelles

Afin de mesurer les liens existants entre les différentes variables mises en jeu dans la présente étude, nous avons eu recours à l'analyse des corrélations qui s'est avéré nécessaire. Les résultats des calculs des corrélations se trouvent dans le tableau ci-dessous.

Tableau 17 : Corrélations, moyennes, écarts-types et alphas de Cronbach (N = 29)

Variables	Moy.	E-T	1	2	3	4	5	6
1. EM	2,8/4	0,4	(1,00)					
2. EV	3/4	0,32	0,18 ns	(1,00)				
3. PV	3,1/4	0,52	0,31 ns	0,61**	(1,00)			
4. MI	3/4	0,52	0,10 ns	0,07 ns	0,02 ns	(1,00)		
5. ME	2,9/4	0,51	0,22 ns	0,48 **	0,54 **	0,33 ns	(1,00)	
6. AM	2/4	0,6	-0,32 ns	-0,31 ns	-0,35 ns	-0,22 ns	-0,35 ns	(1,00)

Moy. = Moyenne ; **E-T** = Ecart-type ; Les coefficients alphas sont donnés entre parenthèses ; ** = $p < .05$; **sn** = non significatif ; **EM** = Expérience de maîtrise ; **EV** = Expérience vicariante ; **PV** = Persuasion verbale ; **MI** = Motivation intrinsèque ; **ME** = Motivation extrinsèque ; **AM** = Amotivation.

Sur 15 corrélations testées, seulement 03 sont significatives et toutes sont supérieures à 0,45. On constate donc que seul une minorité des variables sont significativement corrélées entre elles, sans toutefois avoir une corrélation supérieure à 0,65. Cependant, de toutes ces corrélations établies, seulement 09 corrélations (corrélations en gras) seront examinées, car ce sont les seules qui sont véritablement en lien avec les hypothèses opérationnelles de notre étude.

Grâce à cette matrice de corrélation, nous constatons que, parmi les 09 associations retenues pour le cas ponctuel de notre étude, les corrélations statistiquement significatives sont : expériences vicariantes et motivation extrinsèque ($r = 0,48$; $p < 0,05$) et persuasion verbale et motivation extrinsèque ($r = 0,54$; $p < 0,05$). par contre, en ce qui concerne le reste des associations expériences de maîtrise et motivation intrinsèque ($r = 0,10$; ns) ; expériences vicariantes et motivation intrinsèque ($r = 0,07$; ns) ; persuasion verbale et motivation intrinsèque ($r = 0,02$; ns) ; expériences de maîtrise et motivation extrinsèque ($r = 0,22$; ns) ; expériences de maîtrise et amotivation ($r = -0,32$; ns) ; expériences vicariantes et amotivation ($r = -0,31$; ns) ; persuasion verbal et amotivation ($r = -0,35$; ns) n'entretiennent aucun lien significatif.

L'examen de la matrice de corrélations, permet de constater la présence de coefficients assez élevés et significatifs entre un nombre assez restreint de variables, confirmant ainsi la pertinence d'examiner plus en profondeur leur relation grâce à des analyses de régression. Ainsi donc, à la suite de cette analyse de corrélations, nous avons procédé à des analyses de régression.

5.2.3. Analyses de régression entre les dimensions de la VI et de la VD

5.2.3.1. Résultats issus de l'analyse de régression entre les expériences de maîtrise et la motivation intrinsèque.

Tableau 18 : Tableau des résultats issus de l'analyse de régression entre les expériences de maîtrise et la motivation intrinsèque

Coefficients ^a						
Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	T	Sig.	
	B	Erreur standard	Bêta			
1	(Constante)	2,630	0,694		3,790	0,001
	EM	0,128	0,243	0,101	0,526	0,603

MI

L'objectif de cette analyse est de vérifier que les expériences de maîtrise accroissent la motivation intrinsèque à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez les personnes atteintes de glaucome. Les deux variables (expériences de maîtrise et motivation intrinsèque) ayant été mesurées à l'aide d'échelles numériques, les données collectées se présentent sous la forme de scores continus. Nous avons logiquement choisi de solliciter la technique statistique de régression suivant la méthode des moindres carrés ordinaires pour effectuer ce test. Les résultats révèlent que les expériences de maîtrise n'ont pas d'effet statistiquement significatif sur la motivation intrinsèque ($\beta = 0,101$; $p = 0,603$). Il apparaît donc que les expériences de maîtrise n'agissent pas sur la motivation intrinsèque à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez les personnes atteintes de glaucome. Cette observation rejette l'hypothèse H_{O1} .

5.2.3.2. Résultats issus de l'analyse de régression entre les expériences vicariantes et la motivation intrinsèque

Tableau 19 : Tableau des résultats issus de l'analyse de régression entre les expériences vicariantes et la motivation intrinsèque

Coefficients ^a					
Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
	B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	2,643	0,938		
	EV	0,117	0,314	0,072	0,374

MI

L'objectif de cette analyse est de vérifier que les expériences vicariantes accroissent la motivation intrinsèque à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez les personnes atteintes de glaucome. Les deux variables (expériences vicariantes et motivation intrinsèque) ayant été mesurées à l'aide d'échelles numériques, les données collectées se présentent sous la forme de scores continus. Nous avons logiquement choisi de solliciter la technique statistique de régression suivant la méthode des moindres carrés ordinaires pour effectuer ce test. Les résultats révèlent que les expériences vicariantes n'ont pas d'effet statistiquement significatif sur la motivation intrinsèque ($\beta = 0,072$; $p = 0,712$). Il apparaît donc que les expériences vicariantes n'agissent pas sur la motivation intrinsèque à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez les personnes atteintes de glaucome. Cette observation rejette l'hypothèse H_{02} .

5.2.3.3. Résultats issus de l'analyse de régression entre la persuasion verbale et la motivation intrinsèque

Tableau 20 : Tableau des résultats issus de l'analyse de régression entre la persuasion verbale et la motivation intrinsèque

Coefficients ^a						
Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	
	B	Erreur standard	Bêta			
1	(Constante)	2,945	0,607		4,853	0,000
	PV	0,015	0,192	0,015	0,078	0,938

MI

L'objectif de cette analyse est de vérifier que la persuasion verbale accroît la motivation intrinsèque à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez les personnes atteintes de glaucome. Les deux variables (persuasion verbale et motivation intrinsèque) ayant été mesurées à l'aide d'échelles numériques, les données collectées se présentent sous la forme de scores continus. Nous avons logiquement choisi de solliciter la technique statistique de régression suivant la méthode des moindres carrés ordinaires pour effectuer ce test. Les résultats révèlent que la persuasion verbale n'a pas d'effet statistiquement significatif sur la motivation intrinsèque ($\beta = 0,015$; $p = 0,938$). Il apparaît donc que la persuasion verbale n'agit pas sur la motivation intrinsèque à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez les personnes atteintes de glaucome. Cette observation rejette l'hypothèse HO₃.

5.2.3.4. Résultats issus de l'analyse de régression entre les expériences de maîtrise et la motivation extrinsèque

Tableau 21 : Tableau des résultats issus de l'analyse de régression entre les expériences de maîtrise et la motivation extrinsèque

Coefficients ^a						
Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	
	B	Erreur standard	Bêta			
1	(Constante)	2,116	0,673		3,146	0,004
	EM	0,274	0,236	0,218	1,161	0,256

ME

L'objectif de cette analyse est de vérifier que les expériences de maîtrise accroissent la motivation extrinsèque à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez les personnes atteintes de glaucome. Les deux variables (expériences de maîtrise et motivation extrinsèque) ayant été mesurées à l'aide d'échelles numériques, les données collectées se présentent sous la forme de scores continus. Nous avons logiquement choisi de solliciter la technique statistique de régression suivant la méthode des moindres carrés ordinaires pour effectuer ce test. Les résultats révèlent que les expériences de maîtrise n'ont pas d'effet statistiquement significatif sur la motivation extrinsèque ($\beta = 0,218$; $p = 0,256$). Il apparaît donc que les expériences de maîtrise n'agissent pas sur la motivation extrinsèque à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez les personnes atteintes de glaucome. Cette observation rejette l'hypothèse H.

5.2.3.5. Résultats issus de l'analyse de régression entre les expériences vicariantes et la motivation extrinsèque

Tableau 22 : Tableau des résultats issus de l'analyse de régression entre les expériences vicariantes et la motivation extrinsèque

Coefficients ^a						
Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	T	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	0,607	0,817		0,742	0,464
	EV	0,768	0,274	0,476	2,809	0,009

ME

L'objectif de cette analyse est de vérifier que les expériences vicariantes accroissent la motivation extrinsèque à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez les personnes atteintes de glaucome. Les deux variables (expériences vicariantes et motivation extrinsèque) ayant été mesurées à l'aide d'échelles numériques, les données collectées se présentent sous la forme de scores continus. Nous avons logiquement choisi de solliciter la technique statistique de régression suivant la méthode des moindres carrés ordinaires pour effectuer ce test. Les résultats révèlent que les expériences vicariantes ont un effet statistiquement significatif sur la motivation extrinsèque ($\beta = 0,476$; $p = 0,009$). Il apparaît donc que les expériences vicariantes agissent sur la motivation extrinsèque à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez les personnes atteintes de glaucome. Cette observation valide l'hypothèse H.

5.2.3.6. Résultats issus de l'analyse de régression entre la persuasion verbale et la motivation extrinsèque

Tableau 23 : Tableau des résultats issus de l'analyse de régression entre la persuasion verbale et la motivation extrinsèque

Coefficients ^a						
Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	T	Sig.	
	B	Erreur standard	Bêta			
1	(Constante)	1,243	0,506		2,455	0,021
	PV	0,529	0,160	0,536	3,295	0,003

ME

L'objectif de cette analyse est de vérifier que la persuasion verbale accroît la motivation extrinsèque à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez les personnes atteintes de glaucome. Les deux variables (persuasion verbale et motivation extrinsèque) ayant été mesurées à l'aide d'échelles numériques, les données collectées se présentent sous la forme de scores continus. Nous avons logiquement choisi de solliciter la technique statistique de régression suivant la méthode des moindres carrés ordinaires pour effectuer ce test. Les résultats révèlent que la persuasion verbale a un effet statistiquement significatif sur la motivation extrinsèque ($\beta = 0,536$; $p = 0,003$). Il apparaît donc que la persuasion verbale agit sur la motivation extrinsèque à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez les personnes atteintes de glaucome. Cette observation valide l'hypothèse H.

5.2.3.7. Résultats issus de l'analyse de régression entre les expériences de maîtrise et l'amotivation

Tableau 24 : Tableau des résultats issus de l'analyse de régression entre les expériences de maîtrise et l'amotivation

Coefficients ^a						
Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	T	Sig.	
	B	Erreur standard	Bêta			
1	(Constante)	3,361	0,768		4,379	0,000
	EM	-0,479	0,269	-0,324	-1,780	0,086

AM

L'objectif de cette analyse est de vérifier que les expériences de maîtrise inhibent l'amotivation à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez les personnes atteintes de glaucome. Les deux variables (expériences de maîtrise et amotivation) ayant été mesurées à l'aide d'échelles numériques, les données collectées se présentent sous la forme de scores continus. Nous avons logiquement choisi de solliciter la technique statistique de régression suivant la méthode des moindres carrés ordinaires pour effectuer ce test. Les résultats révèlent que les expériences de maîtrise n'ont pas d'effet statistiquement significatif sur l'amotivation ($\beta = -0,324$; $p = 0,086$). Il apparaît donc que les expériences de maîtrise n'agissent pas en effet sur l'amotivation à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez les personnes atteintes de glaucome. Cette observation valide l'hypothèse H.

5.2.3.8. Résultats issus de l'analyse de régression entre les expériences vicariantes et l'amotivation

Tableau 25 : Tableau des résultats issus de l'analyse de régression entre les expériences vicariantes et l'amotivation

Coefficients ^a						
Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	T	Sig.	
	B	Erreur standard	Bêta			
1	(Constante)	3,781	1,038		3,642	0,001
	EV	-0,597	0,348	-0,314	-1,717	0,097

AM

L'objectif de cette analyse est de vérifier que les expériences vicariantes inhibent l'amotivation à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez les personnes atteintes de glaucome. Les deux variables (expérience vicariante et amotivation) ayant été mesurées à l'aide d'échelles numériques, les données collectées se présentent sous la forme de scores continus. Nous avons logiquement choisi de solliciter la technique statistique de régression suivant la méthode des moindres carrés ordinaires pour effectuer ce test. Les résultats révèlent que les expériences vicariantes n'ont pas d'effet statistiquement significatif sur l'amotivation ($\beta = -0,314$; $p = 0,097$). Il apparaît donc que les expériences vicariantes n'agissent pas en effet sur l'amotivation à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez les personnes atteintes de glaucome. Cette observation valide l'hypothèse H.

5.2.3.9. Résultats issus de l'analyse de régression entre la persuasion verbale et l'amotivation

Tableau 26 : Tableau des résultats issus de l'analyse de régression entre la persuasion verbale et l'amotivation

Coefficients ^a						
Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	T	Sig.	
	B	Erreur standard	Bêta			
1	(Constante)	3,275	0,661		4,953	0,000
	PV	-0,407	0,210	-0,350	-1,940	0,063

AM

L'objectif de cette analyse est de vérifier que la persuasion verbale inhibe l'amotivation à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez les personnes atteintes de glaucome. Les deux variables (persuasion verbale et amotivation) ayant été mesurées à l'aide d'échelles numériques, les données collectées se présentent sous la forme de scores continus. Nous avons logiquement choisi de solliciter la technique statistique de régression suivant la méthode des moindres carrés ordinaires pour effectuer ce test. Les résultats révèlent que la persuasion verbale n'a pas d'effet statistiquement significatif sur l'amotivation ($\beta = -0,350$; $p = 0,063$). Il apparaît donc que la persuasion verbale n'agit pas en effet sur l'amotivation à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez les personnes atteintes de glaucome. Cette observation valide l'hypothèse H.

CHAPITRE 6 : DISCUSSION DES RESULTATS

Notre étude portant sur « *Le sentiment d'efficacité personnelle et la motivation à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez la personne atteinte de glaucome* », nous nous sommes rapprochés du Service Spécialisé d'Ophtalmologie de l'HIARAY, où nous avons interrogé vingt-neuf (29) participants porteurs d'un Glaucome Chronique à Angle Ouvert (GPAO). L'objectif général de cette étude visant à évaluer l'effet causal des croyances personnelles d'efficacité sur la motivation se rapportant à l'acte vicariant sensoriel chez la personne atteinte de glaucome, la discussion des résultats, qui est l'objet de ce chapitre, va nous permettre de mettre en exergue l'influence du sentiment d'efficacité personnelle sur la motivation à l'élaboration de la vicariance sensorielle. De manière un peu plus spécifique, il sera question de nous appesantir sur la discussion des résultats issus des prélèvements qualitatifs et des résultats issus des données quantitatives. Pour finir nous discuterons des limites de notre étude et soumettrons aussi quelques perspectives pour d'éventuelles recherches.

6.1. Discussion des résultats

6.1.1. Données des prélèvements qualitatifs issus des entretiens

6.1.1.1. Motif de consultation

En ce qui concerne le motif de consultation, nous retenons que 41,4% des participants interrogés disent avoir été diagnostiqués de manière fortuite ; 34% des participants interrogés ont été diagnostiqués positifs au GPAO à la suite d'un diagnostic de cataracte et 10,3% des participants interrogés ont été diagnostiqués positifs au glaucome suite à une gêne/douleur oculaire. Tandis que 13,8% des participants l'ont été à la suite d'un traumatisme oculaire ou d'une baisse d'acuité visuelle.

Contrairement aux résultats obtenus, les données retenues par Kane et al. (2017) au Mali, lors d'une étude réalisée sur près de 200 individus atteints de GPAO montre que la baisse d'acuité visuelle est le motif prédominant de consultation (55,9%), suivi des Céphalées (23,1%). De même, chez Sissako (2009), 84,8% des patients ont consulté suite à une altération considérable de l'acuité visuelle, contre 10,3% pour des céphalées et 9,3% pour vision floutée (brouillard). En 2015, Atipo-Tsiba, rapporte que 74% de sa population d'étude a comme motif premier de consultation la baisse d'acuité visuelle. Et tout récemment à Conakry, Sovogui et al. (2022) relèvent les céphalées (45,2%) comme motif premier de

consultation dans sa population d'étude près de 700 patients, suivi de l'acuité visuelle (41,9%) et des douleurs oculaires.

Bien que non concordant avec la tendance rapportée par d'autres études, les résultats obtenus sont certainement imputables à la taille de l'échantillon mais aussi peut-être à la manière dont nous nous sommes pris pour la collecte des données. En dépit de cet écart considérable, nous notons quand-même que la baisse d'acuité visuelle mérite d'être considérée comme un signe d'alerte de premier ordre de consultation. Puisque très souvent il précède une atteinte non négligeable de l'intégrité visuelle, avec des patients diagnostiqués à un stade avancé comme le présente Mage (1992) dans une étude menée dans le Grand-Nord Cameroun. Ou encore tout récemment avec Sissoko (2009) chez qui près des $\frac{3}{4}$ des patients auditionnés présentait déjà la maladie à un très stade avancé. Toutefois nos résultats permettent aussi la mise en évidence du caractère silencieux de la maladie. Puisqu'en générale, elle est asymptomatique et manifeste lorsque la dégradation visuelle est assez importante.

6.1.1.2. Niveau de connaissance

En considérant les catégories établies (Cf. Annexe 3) pour jauger le niveau de connaissance des participants sur le glaucome, il en ressort que 48,3% des participants auditionnés ont un niveau de connaissance modéré de cette pathologie, car pouvant énumérer tout au plus trois caractéristiques cliniques du glaucome. Tandis que, 37,9% des participants ont une connaissance restreinte et particulièrement articulée autour du risque potentiel de cécité en cas du non-respect scrupuleux de la prise en charge médicamenteuse. Et seulement 13,8% des participants ont un niveau de connaissance avisé, c'est à dire qu'ils sont en mesure non seulement d'énumérer plus de trois caractéristiques cliniques de la maladie et mais aussi, ils ont connaissance des différents types de prise en charge.

L'opinion sur l'état des connaissances des patients porteurs de glaucome est assez mitigée dans la littérature. Avec une démarche qui lui est propre, Koama (2017) s'est proposé de jauger le niveau de connaissance des participants sur le glaucome en adoptant deux grilles de lecture basées sur les facteurs de risque et sur l'évolution de la maladie. Sur les 100 patients interrogés, 56% affirment connaître les facteurs de risque liés au glaucome (hérédité (43%) et hypertension oculaire (13%)). Dans la seconde grille de lecture, 64% disent connaître l'évolution du glaucome (cécité (48%) et baisse de vision (16%)). Dans une étude réalisée auprès 250 personnes à Bamako, sur la connaissance, l'attitude et les pratiques du glaucomeux, Dakouo (2020) relève que 68% des participants ont une bonne connaissance

du glaucome, contre 32% qui peine à l'avoir. Nous rappelons que dans ce cas de figure les questions administrées sont directives et les critères d'évaluation, tous portés entre autres sur : les facteurs de risque ; la réversibilité du trouble ; les types de traitement et leur but thérapeutique ; la capacité cécitante du glaucome, etc... Au Mali, Sidibe et al. (2019), relève au cours d'une étude, qu'environ 19,44% des 39 patients interrogés ont une bonne connaissance du glaucome et des modalités thérapeutiques.

Les données relatives au niveau de connaissance des patients sur le glaucome peuvent nous permettre d'apprécier – dans notre étude et même en dehors – la qualité de la promotion de la santé, qui à son tour dépeint la qualité des rapports existant entre le médecin et ses patients. En effet, comme pour toute maladie chronique, la prise en charge du glaucome nécessite une responsabilisation du patient. D'après la charte d'Ottawa (OMS, 1986), cette responsabilisation permet de rendre les patients – traditionnellement passifs – acteurs de leur propre état de santé. Cependant, les données enregistrées sur le niveau de connaissance des patients, laissent entrevoir un manque de clarté, dans l'énonciation des critères pouvant structurer l'évaluation de ce niveau de connaissance. De plus, lorsque les techniques de collecte de données sont à caractère directif, l'éventail des réponses retenues est généralement proposé. Ce qui ne favorise qu'une évaluation sommaire des connaissances du patient, qui généralement se rapportent aux stricts motifs de consultation (Sidibe et al., 2019).

Comme nous l'avons spécifié un peu plus haut, à la **section 4.8**, bien que les différents résultats et interprétations obtenus à partir des prélèvements qualitatifs sont sans réel incidence sur l'ensemble du travail effectué, ils nous renseignent néanmoins sur deux faits primordiaux. Premièrement, le glaucome est un tueur silencieux de la vue et malheureusement ceux qui en souffrent, sont généralement pris en charge à un stade d'évolution (de la maladie) assez critique. Deuxièmement, l'appréciation du niveau de connaissance des patients sur la maladie montre qu'il existe un important déficit de communication et proximité entre les médecins ophtalmologues avec leurs patients. A considérer l'autorité morale que représente le corps médical dans la conscience collective des patients, il convient certainement de souligner qu'une reconsidération de la pratique médicale – en tenant compte des exigences de la charte d'Ottawa (OMS, 1986) – peut constituer un excellent tremplin dans le changement de perception qu'ont les patients de la maladie et de ses conséquences. Ce qui pourrait tout aussi bien favoriser, l'adhésion et la pleine participation des patients à un programme de prévention, centré sur les capacités adaptatives sensorielles. D'autant plus que, les participants auditionnés à l'HIARAY, nous ont confié que si cela constituait une forte recommandation du médecin traitant, ils n'hésiteraient certainement pas à y prendre part.

6.1.2. Analyses de régression

Dès l'entame de ce travail de recherche, nous nous sommes évertués à savoir s'il était possible pour des individus sujets au glaucome, de développer en plus du plaisir et de la satisfaction, un intérêt singulier pour la vicariance sensorielle et l'ensemble des activités qui renvoient à son appropriation. En vue d'établir le lien existant entre les croyances d'efficacité personnelle (Bandura, 1986) et la motivation (Déci et Ryan, 1985), nous nous sommes permis de procéder à des équations de régression linéaires simples grâce auxquelles nous avons pu confirmer partiellement notre hypothèse générale. En effet, d'après les résultats obtenus, il existe bien des liens statistiquement significatifs entre certaines des variables mesurées. Aussi, nous tenons à préciser que, bien qu'ayant délibérément proposé trois hypothèses opérationnelles (Cf. **Chapitre 1, section 1.5.2.**), la discussion des résultats portera sur l'ensemble des résultats présentés au chapitre précédent.

6.1.2.1. Les expériences de maîtrise facilitent la motivation intrinsèque à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez la personne atteinte de glaucome

Selon cette première hypothèse, les expériences de maîtrise facilitent la motivation intrinsèque à l'élaboration de la vicariance sensorielle. Cependant, les résultats obtenus grâce aux analyses de régression simple effectuées entre ces deux variables, montrent que cette hypothèse n'est pas validée. En effet, dépendamment de ces résultats ($\beta = 0,101$; $p = 0,603$), on sait qu'il existe un lien, mais pourtant non significatif entre les expériences de maîtrise et la motivation intrinsèque à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez la personne atteinte de glaucome.

Contrairement à ce que présente l'ensemble des théories motivationnelles depuis White (1963) ; Vroom (1964) ; Locke (1968) ; Harter (1982), jusqu'à aujourd'hui avec Déci et Ryan (1985 ; 2002 ; 2008) et Bandura (1986 ; 1998 ; 2003), le sentiment d'efficacité personnelle au travers des expériences de maîtrise semble ne pas constituer un facteur de motivation dans le contexte de notre étude. Puisque d'après la théorisation faite autour de la motivation, la « perception » de la satisfaction du besoin de compétence est un préalable inconditionnel dans la construction de la motivation autodéterminée (Vallerand, 1997 ; Déci et Ryan, 2002). Compte tenu de ce que les expériences de maîtrise sont une représentativité des succès/échecs des individus par rapport à une situation donnée, on peut donc se dire que les performances antérieures des personnes atteintes de glaucome, loin d'être satisfaisante, ne peuvent permettre à ces derniers de prendre part au programme d'accompagnement de manière

autonome. Par exemple : le fait d'éprouver beaucoup d'inquiétude lorsqu'il s'agit de rester seul(e) dans une pièce totalement obscure, peut ruiner la curiosité d'un glaucomateux. De façon à ce qu'il ne veuille pas en savoir davantage sur la possibilité de faire les choses autrement qu'avec la vue.

Au-delà du cadre théorique et de ses considérations prédominantes, du lien existant entre les croyances d'efficacité personnelles et la motivation, de nombreux travaux témoignent de ce que la satisfaction du besoin de compétence influence positivement la motivation intrinsèque (Cox et Williams, 2008 ; Ferrer-Caja et Weiss, 2002 ; Li, Lee et Solmon, 2005 ; Ntoumanis, 2001, 2005 ; Standage, Duda et Ntoumanis, 2003, 2005, 2006 ; Wang et Liu, 2007 cités par Dupont et al., 2009). Comment donc comprendre le fait selon lequel les résultats obtenus dans notre contexte d'étude soient non concordant avec cet état de choses ? Certainement la prise en considération de la **section 2.1.5.** de la présente étude – portant sur GPAO et impacts psychologique – peut à suffisance nous permettre de proposer une interprétation cohérente sur ce point.

Comme toute maladie chronique, le GPAO est une pathologie fortement anxiogène. La menace permanente de pouvoir être atteint de cécité plonge littéralement les patients dans une profonde détresse psychologique qui se manifeste par la peur, l'angoisse, l'anxiété et la dépression (Ratnani et al. (2007) ; Janz et al. (2007) cités par Koama, 2017). D'ailleurs, la transcription de nos entretiens permet une appréciation de cette détresse qui semble fortement présente chez certains des patients interrogés (Cf. annexe). Seulement, outre les arguments développés par Nicolas Letzelter (2000), concernant les raisons de cette détresse psychologique qu'il lie directement au GPAO et à ses aléas (traitement peu performant ; effets secondaires ; complications thérapeutiques ; baisse de l'acuité visuelle et survenue de la cécité), l'on est bien susceptible de croire que la source de cette détresse prendrait ses marques dès la petite enfance. Puisque, si on s'en tient à l'expérience généralisée des vivants de tout temps, vivre dans le noir totale à toujours constitué une source d'angoisse et de frayeur (D'Oriola, 2014).

Conformément aux écrits de Bandura (1986, 1988, 1995, 2003), le sentiment d'efficacité personnelle se construit autour de l'histoire personnelle de chaque individu. Ainsi, partant de cette histoire, l'individu se forge très tôt dans l'existence un ensemble d'expériences pouvant se rapporter à un domaine ou une situation donné(e). Et c'est forts de ces expériences que se créent et se renforcent les « jugements/croyances » d'efficacité personnelle (Afonso et al., 2012). C'est dire selon l'auteur, qu'étant donné que le vécu de tout individu ait plus ou moins été marqué négativement par la peur irrationnelle du noir

(Obscurité/nuit), il est donc concevable de prétendre que cette peur soit latente, puisqu'elle est susceptible de refaire surface chez un sujet porteur d'un GPAO et de ruiner ses propres jugements d'efficacité personnelle.

Autrement dit, les expériences de maîtrise des participants étant certainement construites autour d'une mauvaise association d'idées, il leur est donc difficile de manifester un intérêt propre pour l'accompagnement proposé par la présente étude. Car en effet, la nyctophobie s'explique avant tout selon Abdelkader Mokeddem (2014, cité par D'Oriola, 2014) par un processus d'association d'idées qui réduit le noir (obscurité/nuit) à un danger potentiel.

6.1.2.2. Les expériences vicariantes favorisent la motivation intrinsèque à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez la personne atteinte du glaucome.

Selon cette deuxième hypothèse, les expériences vicariantes favorisent la motivation intrinsèque à l'élaboration de la vicariance sensorielle. Cependant, les résultats obtenus grâce aux analyses de régression simple effectuées entre ces deux variables, montrent que cette hypothèse n'est pas validée. En effet, dépendamment de ces résultats ($\beta = 0,072$; $p = 0,712$), On sait qu'il existe un lien, mais pourtant non significatif entre les expériences vicariantes et la motivation intrinsèque à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez la personne atteinte de glaucome.

Partant du raisonnement théorique motivationnelle (White (1963) ; Vroom (1964) ; Locke (1968) ; Harter (1982) ; Deci et Ryan (1985 ; 2008) et Bandura (1986 ; 1998 ; 2003)) précédemment établi ou encore de la considération des nombreux travaux qui témoignent de l'influence positive de la satisfaction du besoin de compétence sur la motivation intrinsèque (Cox et Williams, 2008 ; Ferrer-Caja et Weiss, 2002 ; Li, Lee et Solomon, 2005 ; Ntoumanis, 2001, 2005 ; Standage, Duda et Ntoumanis, 2003, 2005, 2006 ; Wang et Liu, 2007 cités par Dupont et al., 2009), nous relevons de nouveau que le sentiment d'efficacité personnelle aux travers des expériences vicariantes semble ne pas constituer un facteur de motivation dans le contexte de notre étude. Puisqu'ici aussi, la « perception » de la satisfaction du besoin de compétence est un préalable inconditionnel dans la construction de la motivation autodéterminée (Vallerand, 1997 ; Deci et Ryan, 2002).

En effet, sachant que les expériences vicariantes sont la résultante de l'observation de modèles sociaux significatifs dans un contexte donné, on peut croire que si l'observation des pairs (glaucomeux/personnes aveugles), est loin d'être satisfaisante, les patients

glaucomeux ne peuvent en aucun cas prendre part au programme d'accompagnement de manière autonome. Par exemple : le fait de croire qu'il est avantageux pour des patients glaucomeux de fréquenter des personnes déficientes visuelles afin de se sentir capable de vivre sans la vue, peut causer un inconfort chez ces derniers. De telle sorte qu'il ne puisse éprouver ni du plaisir, encore moins de la satisfaction tout au long de l'accompagnement proposé. Dès lors, la non concordance de nos résultats à ceux des travaux antérieurs de Cox et Williams, 2008 ; Ferrer-Caja et Weiss, 2002 ; Li, Lee et Solmon, 2005 ; Ntoumanis, 2001, 2005 ; Standage, Duda et Ntoumanis, 2003, 2005, 2006 ; Wang et Liu, 2007 (cités par Dupont et al., 2009), nous emmène de nouveau à considérer la **section 2.5.1.** déjà évoquée un peu plus haut.

Aussi, en raison du caractère anxiogène du GPAO (Ratnani et al (2007) ; Janz et al (2007) cités par Koama, 2017) et des facteurs qui permettent le renforcement de la détresse psychologique observée chez les patients glaucomeux (Letzelter, 2000), l'on est tout aussi bien susceptible de croire que la source de cette détresse prendrait ses marques dès la petite enfance. Puisque, si on s'en tient à l'expérience généralisée des vivants de tout temps, vivre dans le noir totale a toujours constitué une source d'angoisse et de frayeur (D'Oriola, 2014).

D'après Bandura (1986, 1988, 1995, 2003), il est possible de construire ses croyances personnelles d'efficacité par procuration des expériences de maîtrise d'un pair. En effet, l'observation et la prise en considération des succès/échecs d'un pair, pris comme modèle de comparaison social, permet une auto-évaluation de ses propres compétences. De ce fait, c'est sous la base cette observation que peuvent se créer et se renforcer les « jugements/croyances » d'efficacité personnelle (Afonso et al., 2012). Ainsi, selon l'auteur, si un patient glaucomeux perçoit un déficient visuel comme un objet d'angoisse, il est donc concevable de prétendre que cette angoisse ressentie soit la manifestation d'une nyctophobie latente. Surtout si l'on considère qu'elle est susceptible de refaire surface chez un sujet porteur d'un GPAO et de ruiner ses propres jugements d'efficacité personnelle.

Autrement dit, les expériences vicariantes des participants étant certainement construite autour d'une mauvaise association d'idées à l'endroit de la personne aveugle et de la cécité, il leur est donc difficile de manifester un intérêt propre pour l'accompagnement proposé par la présente étude. Car en effet, comme nous l'avons précédemment vu, la nyctophobie s'explique avant tout selon Abdelkader Mokeddem (2014, cité par D'Oriola, 2014) par un processus d'association d'idées qui réduit le noir (obscurité/nuit) à un danger potentiel.

6.1.2.3. La persuasion verbale consolide la motivation intrinsèque à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez la personne atteinte de glaucome.

Selon cette troisième hypothèse, la persuasion verbale consolide la motivation intrinsèque à l'élaboration de la vicariance sensorielle. Cependant, les résultats obtenus grâce aux analyses de régression simple effectuées entre ces deux variables, montrent que cette hypothèse n'est pas validée. En effet, dépendamment de ces résultats ($\beta = 0,015$; $p = 0,938$), On sait qu'il existe un lien, mais pourtant pas significatif entre la persuasion verbale et la motivation intrinsèque à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez la personne atteinte de glaucome.

Partant du raisonnement théorique motivationnelle (White (1963) ; Vroom (1964) ; Locke (1968) ; Harter (1982) ; Deci et Ryan (1985 ; 2008) et Bandura (1986 ; 1998 ; 2003)) précédemment établi ou encore de la considération des nombreux travaux qui témoignent de l'influence positive de la satisfaction du besoin de compétence sur la motivation intrinsèque (Cox et Williams, 2008 ; Ferrer-Caja & Weiss, 2002 ; Li, Lee et Solmon, 2005 ; Ntoumanis, 2001, 2005 ; Standage, Duda et Ntoumanis, 2003, 2005, 2006 ; Wang et Liu, 2007 cités par Dupont et al., 2009), nous relevons aussi à ce niveau que le sentiment d'efficacité personnelle au travers de la persuasion verbale semble ne pas constituer un facteur de motivation dans le contexte de notre étude. Puisqu'ici aussi, la « perception » de la satisfaction du besoin de compétence est un préalable inconditionnel dans la construction de la motivation auto-déterminée (Vallerand, 1997 ; Deci et Ryan, 2002).

En effet, sachant que la persuasion verbale consiste à modeler les croyances d'efficacité d'un individu en le récompensant verbalement, on peut se dire que si les encouragements donnés par une connaissance significative à un patient glaucomateux sont loin d'être rassurant et galvanisant, alors il est fort possible que ce dernier ne prenne en aucun cas part au programme d'accompagnement de manière autonome. Par exemple : s'il s'avère que le témoignage des pairs glaucomateux ayant pris part à l'accompagnement renforce avec réserve les croyances d'efficacité des patients, il est probable que ces derniers prennent part à l'accompagnement sans intention première de découvrir et d'avoir du plaisir. Dès lors, la non concordance de nos résultats à ceux des travaux antérieurs de Cox et Williams, 2008 ; Ferrer-Caja et Weiss, 2002 ; Li, Lee et Solmon, 2005 ; Ntoumanis, 2001, 2005 ; Standage, Duda et Ntoumanis, 2003, 2005, 2006 ; Wang et Liu, 2007 (cités par Dupont et al., 2009), nous emmène de nouveau à considérer la **section 2.5.1.** déjà évoquée un peu haut.

Aussi, en raison du caractère anxiogène du GPAO (Ratnani et al. (2007) ; Janz et al. (2007) cités par Koama, 2017) et des facteurs qui permettent le renforcement de la détresse psychologique observée chez les patient glaucomateux (Letzelter, 2000), l'on est tout aussi bien susceptible de croire que la source de cette détresse prendrait ses marques dès la petite enfance. Puisque, si on s'en tient à l'expérience généralisée des vivants de tout temps, vivre dans le noir totale à toujours constitué une source d'angoisse et de frayeur (D'Oriola, 2014).

D'après Bandura (1986, 1988, 1995, 2003), il est possible de modifier la perception d'efficacité personnelle d'un individu grâce à l'appréciation des personnes significatives en ses capacités. En effet, le soutien verbal qui vient de personnes crédibles peut modifier les croyances personnelles d'efficacité. De ce fait, c'est sous la base de ses encouragement que peuvent se créer et se renforcer les « jugements/croyances » d'efficacité personnelle (Afonso et al., 2012). C'est dire selon l'auteur que, si un patient glaucomateux n'est pas suffisamment convaincu par les dires de ses paires, pour se défaire de cet objet d'angoisse, il est donc concevable de prétende que cette angoisse ressentie soit la manifestation d'une nyctophobie latente. Surtout, si l'on considère qu'elle est susceptible de refaire surface chez un sujet porteur d'un GPAO et de ruiner ses jugements d'efficacité personnelle.

Autrement dit, la persuasion verbale perçue par les participants étant certainement déconstruite en raison de certaines idées reçues en rapport à l'obscurité, il leur est donc difficile de manifester un intérêt propre pour l'accompagnement proposé par la présente étude. Car telle que présentée, la nyctophobie s'explique avant tout selon Abdelkader Mokeddem (2014, cité par D'Oriola, 2014) par un processus d'association qui réduit le noir (obscurité/nuit) à un danger potentiel.

6.1.2.4. Le sentiment d'efficacité personnelle constitue un facteur de motivation à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez la personne glaucomateuse (hypothèse générale)

D'après notre hypothèse générale, Le sentiment d'efficacité personnelle constitue un facteur de motivation à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez la personne glaucomateuse. Autrement dit, l'hypothèse générale stipule que la perception de la satisfaction du besoin de compétence – au travers des expériences de maîtrise ; des expériences vicariantes et de la persuasion verbale – a un effet significatif sur la motivation intrinsèque et extrinsèque et un effet inhibiteur sur l'amotivation. Afin de procéder à la validation de cette hypothèse, nous avons opté vérifier les liens de causalité pouvant exister entre les dimensions du sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 1986) et ceux de la

motivation (Deci et Ryan, 1985). Seulement, l'exploitation des résultats obtenus grâce aux équations de régression linéaire simple effectuées dans le contexte de notre étude, fait état de ce que notre hypothèse générale est partiellement validée.

A considérer le modèle de l'auto-détermination de Deci et Ryan (1985), c'est fort de la satisfaction d'un certain nombre de besoins fondamentaux que provienne la motivation auto-déterminée. Le besoin de compétence figurant parmi ce qu'il convient à tout individu de satisfaire, pour l'« acquisition/adoption » de comportement volontaire et dénué de toutes sortes de contrainte. C'est donc suivant cette logique que nous avons premièrement fixé notre attention sur l'effet causal des croyances d'efficacité personnelle sur la motivation intrinsèque. Et d'après l'ensemble des données collectées, l'on peut bien voir que l'encrage des croyances d'efficacité personnelle, dans toute sa globalité, chez un patient glaucomateux n'est pas du tout conséquent pour lui permettre d'adhérer au programme d'accompagnement tout en manifestant un intérêt propre pour ledit programme et l'ensemble de ses activités. On sait par exemple que, les résultats de la régression linéaire simple engendrés entre les expériences de maîtrise et la motivation intrinsèque ($\beta = 0,101$; $p = 0,603$), les expériences vicariantes et la motivation intrinsèque ($\beta = 0,072$; $p = 0,712$) ou encore ceux entre la persuasion verbale et la motivation intrinsèque ($\beta = 0,015$; $p = 0,938$), montrent que bien qu'il existe un lien, il n'est pas pour autant significatif. Ceci en raison d'une possible achluophobie latente qu'on pourrait retrouver chez tout sujet porteur d'un glaucome.

Par la suite, lorsqu'on se permet d'interroger l'effet causal entre les croyances d'efficacité personnelle et la motivation extrinsèque, on constate que l'encrage des croyances d'efficacité personnelle chez le sujet glaucomateux est assez important pour lui permettre d'adhérer au programme d'accompagnement par défaut de contrainte ou de pression externe. Puisque qu'en dehors de l'effet non significatif observé entre les expériences de maîtrise et la motivation extrinsèque ($\beta = 0,218$; $p = 0,256$), on relève qu'il existe un lien significatif non seulement entre les expériences vicariantes et la motivation extrinsèque ($\beta = 0,476$; $p = 0,009$), mais aussi entre la persuasion verbale et la motivation extrinsèque ($\beta = 0,536$; $p = 0,003$). Pour la simple raison que nous pensons que les expériences antérieures qui se rapportent à l'obscurité (la nuit) constituent toujours un sujet d'effroi chez la personne glaucomateuse et contribue ainsi à l'entretien des idées reçues concernant les dangers potentiels qui se cachent dans le noir. Cependant, aussi significatives soient ces expériences, il est possible d'observer chez le patient glaucomateux une déconstruction progressive des idées reçues. En effet, grâce aux encouragements des proches (du professionnel de la santé y compris) et à la fréquentation des pairs, le patient glaucomateux peut être emmené à se défaire

de ses peurs et à prendre une réelle conscience de ses capacités à faire face à un cas éventuel de cécité.

En ce qui concerne l'effet causal entre les croyances d'efficacité personnelle et l'amotivation, on constate que l'encre des croyances d'efficacité personnelle chez le sujet glaucomateux est assez important pour lui permettre d'adhérer au programme d'accompagnement tout évitant qu'il y prenne part avec désintéressement. D'ailleurs, les résultats obtenus grâce aux équations de régression linéaire simple montrent qu'il n'existe aucun lien significatif entre les expériences de maîtrise et l'amotivation ($\beta = -0,324$; $p = 0,086$) ; les expériences vicariantes et l'amotivation ($\beta = -0,314$; $p = 0,097$) et encore moins entre la persuasion verbale et l'amotivation ($\beta = -0,350$; $p = 0,063$). Puisqu'ici les croyances d'efficacité personnelle ont un effet inhibiteur sur l'amotivation. Aussi, elles participent au maintien d'un niveau seuil de résilience et d'acceptation qui emmène le patient glaucomateux à surmonter ses craintes d'une cécité prochaine.

En guise de conclusion, nous tenons à rappeler qu'il a été question pour nous d'établir tout au long de cet exercice, le lien de causalité pouvant exister entre les croyances d'efficacité personnelle et la motivation à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez la personne glaucomateuse. Dans un premier temps, nous retenons en effet du sentiment d'efficacité personnelle qu'il a une influence positive sur la motivation extrinsèque et une influence négative sur l'amotivation comme le prévoit le cadre théorique motivationnelle (Déci et Ryan, 2002 ; Vallerand, 1997 ; Dupont et al., 2009). Cependant, contrairement à ce que prévoit le cadre théorique, le sentiment d'efficacité personnelle dans notre contexte d'étude présente une influence plutôt négative sur la motivation intrinsèque. Mais pas que, puisque le même résultat est observé entre les expériences de maîtrise et la motivation extrinsèque. Et certainement, l'une des raisons qui pourraient expliquer ces résultats peut être imputée à l'objet d'angoisse que constitue le glaucome pour les personnes qui en sont atteintes.

Compte tenu de ce que le glaucome primitif à angle ouvert se caractérise par une baisse progressive des facultés visuelles pouvant aboutir à une obstruction totale et irréversible de la vision, il est fort possible de considérer que la détresse psychologique perçue chez le patient glaucomateux, puisse entrer en raisonnement avec une nyctophobie latente, héritée depuis les premières années de vie. Ce qui nous permet de mettre un accent particulier sur l'importance qu'il y'a à s'apaiser aussi sur les facteurs psychologiques, quelle que soit l'initiative thérapeutique en vigueur. En effet, l'ensemble des appréhensions que les patients entretiennent autour de la maladie n'est systématiquement pas interrogé par le personnel soignant. Or,

connaissant le possible impact négatif de cette détresse sur le pronostic thérapeutique ou encore dans le cas d'espèce sur la motivation intrinsèque à l'élaboration de la vicariance sensorielle, il est de bon ton de permettre à ces patients d'explorer progressivement leur ressenti afin de les emmener à déconstruire l'ensemble des idées reçues autour de la cécité. Par ailleurs, cette déconstruction est d'autant plus importante si l'on envisage engager auprès des personnes atteintes de glaucome une action préventive comme celle proposée dès l'entame de ce travail.

A l'évidence, il est clair qu'un accompagnement centré sur une réappropriation des facultés sensorielles (autre que la vue) peut constituer une réponse adéquate à la cécité à venir. Cependant, la mobilisation de telles ressources comme mesures préventives, nécessite une réelle prise de conscience de ces capacités inhérentes, que l'on retrouve effectives en particulier chez les personnes dites aveugles. Car se constituer handicapé avant la survenue du handicap est avant tout un travail psychologique. Et pour cela, il faut emmener les personnes glaucomeuses à modifier la perception qu'elles ont de la cécité et surtout de leur propre personne. Ce qui leur permettra certainement d'une part de croire en leur potentiel vicariant sensoriel et d'autres part, de participer au dit accompagnement de manière volontaire et non-coercitive.

6.2.Limites de l'étude et recommandations

6.2.1. Limites de l'étude

Au terme de cette étude, nous pouvons énumérer quelques les limites. Limites qui par ailleurs, disons-le émanent des difficultés rencontrées dans la réalisation de ce travail. Entre autres celles-ci se rapportent à :

- La taille de l'échantillon qui selon nous, ne rend pas suffisamment compte de la représentativité de la population d'étude. En effet, la taille de l'échantillon souhaité contre toute attente n'a pas été atteinte compte tenu de certains paramètres. Premièrement, l'autorisation d'accès à certains centres hospitaliers de la ville de Yaoundé a été assez problématique. Parmi tous les hôpitaux sollicités, L'HIARAY est de loin le seul qui nous a donné une suite favorable à notre demande et ce dans des délais vraiment très court. Deuxièmement, la réticence de certains patients que nous avons rencontrés à l'HIARAY et dont nous nous sommes approchés. Le glaucome étant un sujet assez sensible et fragilisant (psychologiquement), bon nombre de patient que nous avons abordé n'ont pas souhaité prendre part à notre étude, tout exprimant

leur aise sur le fait de laisser en suspend toute question pouvant se rapporter à la cécité. Car pour certaines d'entre ces personnes, nous citons : « En parler, c'est comme dessiner le diable sur le mur ».

- A la qualité des résultats obtenus en rapport au lien existant entre les croyances d'efficacité personnelle et la motivation extrinsèque. Les niveaux d'analyse que nous avons explorés ne nous disent pas lequel des expériences de vicariante (situé entre les pairs glaucomateux et les déficients visuels) est la plus susceptible d'avoir une influence significative sur la motivation extrinsèque. De même, les niveaux d'analyse sur lesquels nous nous sommes appesantis ne nous renseignent pas sur le fait de savoir qui d'entre la motivation auto-déterminée et la motivation non auto-déterminée – parlant de la motivation extrinsèque – est la plus susceptible d'être mobilisée sous l'influence des croyances d'efficacité personnelles. Et pour aller un peu plus loin, les niveaux d'analyse explorés ne nous renseignent pas sur les liens existants entre les indicateurs des expériences vicariantes (pairs glaucomateux et déficients visuels) et ceux de la motivation extrinsèque (motivation intégrée/identifiée/introjecté/externe).

6.2.2. Perspectives à envisager

En guise de perspectives, l'on peut envisager une reprise de cette étude avec un plus grand échantillon. Bien évidemment, il serait tout aussi intéressant de relever l'équivoque précédemment au niveau des limites. C'est-à-dire, observer d'un côté, lequel des deux groupes modèles (pairs glaucomateux et déficients visuels) est le plus susceptible d'influencer la motivation extrinsèque. Et d'un côté, observer laquelle des motivations extrinsèques est le plus susceptible d'être mobilisée grâce à l'influence des croyances d'efficacité personnelle. Mais aussi, cela permettrait d'interroger les liens pouvant exister entre les indicateurs des expériences de vicariantes et ceux de la motivation extrinsèque.

Comme autre perspective à envisager, l'on peut procéder à une mise en situation expérimentale de la présente étude avec pour intention première d'effectuer un travail médiation autour de l'apprentissage social (Bandura, 1986) ; la motivation intrinsèque (Déci et Ryan, 1985) et la diminution de l'anxiété/stress. D'une part, on peut s'évertuer à répondre à la question de savoir si l'accroissement des croyances d'efficacité personnelle chez les patients glaucomateux peut influencer directement sur l'accroissement de la motivation intrinsèque, tout en favorisant une réduction de la détresse psychologique perçue chez ces derniers. D'autre part, sachant que la théorie sociocognitive se fixe également comme objectif de comprendre les groupes, il serait intéressant de renforcer les croyances d'efficacité

personnelle par les croyances d'efficacité collective. Ceci dans le but de convoquer et de mobiliser les capacités opérationnelles des patients glaucomateux tous réunis au sein d'un groupe de travail.

CONCLUSION

Bien que la vicariance sensorielle soit une réalité encore considérée – dans notre contexte – comme étant le propre des personnes dites aveugles, les nombreuses avancées que connaissent les neurosciences aujourd’hui (Sabbah, 2015 ; Merabet et al., 2008 ; Pascual-Leone et Hamilton, 2001), tendent à proposer un contenu scientifique qui puisse corroborer le postulat de Ohlmann (2017) et Berthoz (2013). A fortement considérer cet état de chose, il convient certainement de retenir, qu’il n’est en rien une chose invraisemblable de croire que chaque individu « valide » soit doué d’un potentiel vicariant sensoriel. Raison pour laquelle, connaissant les répercussions irréversibles du glaucome sur la vue, l’objet de la présente étude a été désigné autour de la vicariance sensorielle chez la personne atteinte de glaucome. Plus précisément, l’étude se proposait d’établir le rapport d’influence que les croyances d’efficacité personnelle (Bandura, 1986) peuvent opérer sur la motivation intrinsèque (Deci et Ryan, 1985) à l’élaboration de la vicariance sensorielle.

L’objectif ainsi clairement défini, nous avons mené une enquête de terrain au lieu-dit : Hôpital Militaire de Région N° 1 (HMR1), où une collecte des données a été faite auprès du service spécialisé d’ophtalmologie (SSO). Sur une période allant du 09 Mai au 01^{er} septembre 2022, nous avons interrogé 29 participants atteints de Glaucome Primitif à Angle Ouvert (GPAO). Il s’agissait entre autres d’une étude quantitative, dont le recueil des données a été effectué grâce à la passation des questionnaires administrés mais aussi d’un entretien semi-directif. L’exploitation desdites données s’est faite respectivement par l’analyse statistiques et l’analyse de contenu.

Au terme d’analyse, Les résultats obtenus démontrent d’une part, qu’il n’existe aucun lien statistiquement significatif entre les croyances d’efficacité personnelle et la motivation interne. Par ailleurs, ce résultat est tout aussi bien observé lorsqu’on interroge le rapport d’influence des croyances d’efficacité personnelle sur l’amotivation. Autrement dit, les croyances d’efficacité personnelle liées à l’acte vicariant ne sont pas une réalité suffisamment encrée dans le conscient des personnes atteintes de GPAO, au point qu’elles puissent développer en plus du plaisir et de la satisfaction, un intérêt singulier pour la vicariance sensorielle et l’ensemble des activités qui tournent autour de son appropriation. A contrario, elles sont amplement importantes pour inhiber chez le sujet glaucomateux un quelconque manque d’intérêt de quelque nature que soit pour la vicariance sensorielle.

D’autre part, les résultats attestent l’existence d’un lien partiellement significatif entre les croyances d’efficacité personnelle et la motivation extrinsèque. Puisqu’en dehors des expériences de maîtrise qui semble n’avoir aucun effet statistiquement significatif sur la motivation extrinsèque. L’expérience vicariante et la persuasion verbale quant à elles

accroissent significativement la motivation extrinsèque. C'est-à-dire que, même si les sujets glaucomateux ne manifestent aucun intérêt propre pour la vicariance sensorielle, celui-ci est néanmoins orienté vers toutes autres sources motivationnelles autre que la satisfaction et le plaisir.

Aussi, l'effet non-significatif des croyances d'efficacité personnelle sur la motivation intrinsèque donne matière à questionner le rôle et le devenir de la composante psychologique dans le suivi thérapeutique auprès des sujets glaucomateux. Puisque l'ensemble des appréhensions que les patients entretiennent sur la maladie et sa finalité peut être levé ou minimisé avec une pratique des soins qui prend en compte le bien être psychologique des patients. Pour ce faire, les médecins ophtalmologistes devraient :

- Améliorer la qualité de l'annonce diagnostic qui peut constituer le début d'une énorme source d'angoisse, de stress et d'anxiété pour les patients. Puisque, lorsque l'annonce diagnostic est faite sans l'usage d'un certain « euphémisme/tact », elle suscite chez ces derniers de l'inquiétude qui sur le long terme peut finir par plonger l'individu en position de détresse psychologique.
- Améliorer la qualité des rapports qu'ils entretiennent avec leurs patients. Car à défaut de se focaliser exclusivement sur la santé oculaire, les ophtalmologues doivent aussi s'enquérir du type de stratégies mis en place par les patients qui vivent certainement l'inquiétude permanente d'une vie prochaine dans le noir. De plus, étant des personnes significatives et dont l'avis est en général fortement considéré, les médecins ophtalmologistes sont mieux placés pour emmener les patients à s'intéresser progressivement aux différentes possibilités alternatives de vie qui s'offrent à eux au cas où surviendrait la cécité.
- Promouvoir la promotion de la santé afin de permettre aux patients de migrer du statut passif au statut actif, c'est-à-dire faire d'eux des patients-acteurs. En effet, conformément à ce qui prévaut dans la charte d'Ottawa (OMS, 1986), il importe de donner aux patients « davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer ». Dans le cas d'espèce, il s'agit par exemple, de renseigner à suffisance les patients sur les types de thérapie qui s'offrent à eux, tout en leur présentant non seulement les avantages et mais aussi l'éventail des possibles complications qui peuvent survenir une fois l'issue(s) thérapeutique(s) choisie(s) et engagée. Ou encore participer à la prise de décision tout au long du suivi thérapeutique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Adams, J. S. (1963). Toward an understanding of inequity. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67(5), 422-436.
- Afonso, C., et al. (2012). *De la théorie de l'apprentissage social à la théorie sociocognitive [Mémoire de Maîtrise, IPFA]*.
- Alamou, S., et Odoulami–Yehouessi, L. (2013). Tonus oculaire et excavation papillaire : une enquête sein d'une entreprise à Cotonou. *CAMES SANTE*, 1(2), 80-83.
- Ameli. (2022, Juillet 1). *Glaucome : quel traitement ?* Retrieved from Ameli: <https://www.ameli.fr/assure/santé/thème:glaucomes/traitement>
- Angers, M. (2014). *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*. Anjou (Québec) Canada: CEC.
- APA. (2013). *Manuel Diagnostic et statistique des troubles mentaux (DMS-V)*. Paris: Elsevier Masson Ed. 5.
- Atipo-Tsiba, P. W. (2015). Profil de patient glaucomateux au CHU de Brazzaville. *Revue médicale Rwandaise*, 72(1), 8-10.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action : A social cognitive théory*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1988). Perceived self-efficacy : Exercise of control through self-belief. *Annual series of European research in behavior therapy*, 2, 27-59.
- Bandura, A. (1995). *Auto efficacité : sentiment d'efficacité personnelle*.
- Bandura, A. (2003). *Auto efficacité. Le sentiment d'efficacité peronnelle*. Paris: De Boeck Université.
- Bandura, A., et Schunk, D. (1981). Cultivating competence, self-efficacy and intrinsic interest through proximal self-motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 586-598.

- Battro, A. (2000). *Half a Brain is Enough*. Cambridge: Cambridge University Press .
- Bavelier, D., et Neville, H. (2002). Cross-modal plasticity: where and how? *Natural Revue Neurosciences*, 3, 443–452.
- Bazie, B. (2014). Facteurs limitant la prise en charge du glaucome chronique a angle ouvert : à propos de 40 cas. Suivis au service ophtalmologique du centre medical avec antenne chirurgicale de schiphra [Mémoire]. DFSSS / BF.
- Berthoz, A. (2013). *La vicariance: le cerveau créateur de mondes*. Paris: Odile Jacob.
- Biggs, J. (1987). *Student approaches to learning and studying*. Melbourne: ACER (Australian Council for Educational Research).
- Bjornsson, G. (1967). The primary glaucoma in Iceland. Epidemiological studies. *Acta Ophthalmol (Copenh)*(91), 93-99.
- Black, A. E., et Deci, E. L. (2000). The effects of instructors' autonomy support and students' autonomous motivation on learning organic chemistry: A self-determination theory perspective. *Science Education*, 84, 740-756.
- Blanchard, C., Pelletier, L., Otis, N., et Sharp, E. (2004). Rôle de l'autodétermination et des aptitudes scolaires dans la prédiction des absences scolaires et l'intention de décrocher. *Revue des sciences de l'éducation*, XXX(1), 105 à 123. doi:<https://doi.org/10.7202/011772ar>
- Blanchard, S., Lieury, A., Le, C. M., et Rocher, T. (2013). Motivation et sentiment d'efficacité personnelle chez 30 000 élèves de 6e du collège français. *Groupe d'études de psychologie / « Bulletin de psychologie »*(523), 23-35.
- Bouffard-Bouchard, T., et Pinard, A. (1988). sentiment d'efficacité personnelle et exercice des processus d'autorégulation ches des étudiants de niveau collegial. *International Journal of Psychology*(23), 409-431.
- Boyer, C. (2015). *La motivation et ses théories. l'activité humaine : un potentiel pour la santé* ? Louvain-La-neuve: De Boeck.
- Bron, A., et Francos, A. (2014). Le GPAO dans le monde.
- Brown, J. S., Collins, A., et Duguid, P. (1989). Situated cognition and the culture of learning. *Educational Researcher*, 18, 32-42.

- Brücker, G., Bourdillon, F., et Tabuteau, D. (2016). *Traité de santé publique (3e éd.)*. paris: Lavoisier .
- Burton, H. (2015). Visual Cortex Activity in Early and Late Blind People. *The Journal of Neuroscience*, 23(10), 4005– 4011.
- Butler, D. L., et Winne, P. H. (1995). Feedback and self-regulated learning: A theoretical synthesis. *Review of Educational Research*, 65, 245-281.
- Candy, P. (1991). *Self-direction for lifelong learning: A comprehensive guide to theory*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Carré, P. (2004). *Bandura : une psychologie pour le XXIe siècle ?* Paris (France): l'Harmathan, Savoirs.
- Chemolli, E., et Margherita, P. (2008). *La Motivation au travail et l'engagement : Analyse sur deux échantillons italiens*.
- Chrai, S., et al. (1997). *Drop size and initial dosing frequency problems of topically applied ophthalmic drugs*. J. Pharm. Sci.
- Collignon, O., Dormal, G., Albouy, G., Vandewalle, G., Voss, P., Phillips, C., et Lepore, F. (2013). Impact of blindness onset on the functional organization and the connectivity of the occipital cortex. *Brain*, 136, 2769–2783.
- Collins, C. J., Hanges, P. J., et Locke, E. A. (2004). The relationship of achievementmotivation to entrepreneurial behavior : A meta-analysis. *Human Performance*, 17(1), 95-118.
- D'Oriola, P. J. (2014, Janvier 15). *Nyctophobie : pourquoi a-t-on peur du noir à l'âge adulte ?* . Retrieved from Doctissimo:
https://www.doctissimo.fr/html/psychologie/stress_angoisse/articles/16179-peur-du-noir-adulte.htm
- Dakouo, P. (2020). *Connaissance, attitudes et pratique du glaucomeux au CHU IOTA [Mémoire, Université des sciences des techniques et technologie de Bamako]*.
- Dayamba, J. (2010). *Facteurs influençant la prise en charge du glaucome chronique a angle ouvert au service d'ophtalmologie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgadogo/ OUEDRAOGO propos de 40 cas [mémoire]*. ENSP, Ouagadougou.

- De Charms, R. (1968). *Personnal causation : The internal affective determinant*. New-York: Academic Press.
- Deci, E. L., et Ryan, R. M. (2002). *Handbook of self-determination research*. Rochester: University of Rochester.
- Deci, E., et Ryan, R. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New-york: Plenum Press.
- Deci, E., et Ryan, R. (2008). Self-determination theory : A macro theory of human motivation, development, and health. *Canadian psychology/Psychologie canadienne*, 182-185.
- Dohvoma, V. A., Ebana Mvogo , S. R., Ellong, A., Epee, E., Bekima Koloko, J. D., et Ebena Mvogo, C. (2015). L'observance au traitement médicale dans le Glaucome Primitif à Angle Ouvert à l'hopital de générale de Douala. *SOAO(2)*, 45-49.
- Dupont, J.-P., et al. (2009). Déterminants et effets de la motivation des élèves en éducation physique : revue de la littérature. *European Physical Education Review*, 15(1), 21-46.
- Eccles, J.,t et Wigfield, A. (2002). Motivational beliefs, values and goals. *Annual review psychology*, 109-132.
- Ederer, F., et al. (2004). Comparison of treatment outcomes within race : 10-year results. In *Ophthalmology, The Advanced Glaucoma Intervention Study (AGIS)* (pp. 651-664.).
- Ellong, A. et al. (2007). Le glaucome juvenile au Cameroun. *Bull. Soc. belge Ophtalmol(305)*, 69-77.
- Ellong, A. et al. (2006). La prévalence des glaucomes dans une population de noirs camerounais. *Cahiers d'études et de recherche francophones/santé*, 16(2), 83-88.
- Fain, M. (2005). Principes de clinique psychosomatique à l'occasion de l'investigation d'un cas de glaucome. *Revue française de psychosomatique*, 125-161.
- Fedy, A., et al. (2002). Longitudinal study of motor recovery after stroke. *Stroke*, 33, 1610-1617.
- Fenouillet, F. (2010). *Théories*. Retrieved from La motivation : un concept puzzle: <https://www.lesmotivations.net/spip.php?article10>

- Fenouillet, F., Heutte, J., et Vallerand, R.-J. (2015). *Validation of the Adult Education Motivation Scale*. Orlando, FL: Fourth World Congress on Positive Psychology (IPPA).
- Formarier, M., et Poirier-Coutansais, G. (1986). Méthodologie de recherche : le cadre conceptuel dans la recherche. *Recherches en Soins Infirmiers*, 4, 73-78.
- Fortin, M., Voss, P., et Lassonde, M. (2007). Perte sensorielle et réorganisation cérébrale. *Médecine/Sciences*, 23, 917-922.
- Frogger, J., et al. (2017). *La plasticité cérébrale : acquisition en médecine physique et de réadaptation*. Montpellier: Sauramps Médical.
- Gagné, M., et Deci, E. L. (2005). Self determination theory and work motivation. *Journal of organizational behavior*(26), 331-362.
- Gendolla, H. E., et al. (2017). La psychologie de la motivation et de l'apprentissage. In *La perspective humaniste*.
- Ghezala, I. B. (2022, Mai 13). *Antiglaucomeux*. Retrieved from pharmacomédicale: <https://www.pharmaocmédicale.org/médicaments/spécialiste/item/antiglaucomeux>
- Giraud, A., et al. (2001). Cross-modal plasticity underpins language recovery after cochlear implantation. *Neuron*, 30, 657-663.
- Gist, M., Rosen, B., et Schwoerer, C. (1988). The influence of training method and trainee age on the acquisition of computer skills. *Personnel Psychology*, 41, 255-265.
- Golay, et al. (2010). *Comment motiver le patient à changer ?* Paris: Maloine.
- Gosselin, A. (1994). La notion de problématique en sciences sociales. *Communication. information médias théories*, 15(2), 118-143.
- Gossfxin , J.-Y., Rouleau, Y., et Montgrain, N.-H. (1967). Quelques aspects psychosomatiques du glaucôme. *La revue de l'association des psychiatres du Canada*, 559-562.
- Goyal, M., Hansen, P., et Blakemore, C. (2006). Tactile perception recruits functionally related visual areas in the late-blind. *Neuroreport*, 17, 1381–1384.

- Graham, S., et Golan, S. (1991). Motivational influences on cognition : task involvement, ego involvement, and depth of information processing. *Journal of Educational Psychology*, 83, 187-194.
- Gupta, N. (2014). Les maladies chroniques de l'oeil et le plan d'action mondial sur la santé oculaire 2014-2019 de l'OMS. *CAN J Ophatolomol*, 49(5), 404-405. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jcjo.2014.08.014
- Hamard, P., El Chehab, H., et Renard, J.-P. (2014). Facteur de risque non pressionnels. In J.-P. Renard, & E. Sellem, *Rapport de la société française d'ophtalmologie : Glaucome Primitif à Angle Ouvert (GPAO)*. Paris (France): Elsevier Masson.
- Hardy, M.-C. (2014). *Liens entre motivation, sentiment d'efficacité personnelle et environnement familial dans l'apprentissage l'orthographe (Mémoire)*. Villeneuve: Ecole supérieure du professorat et de l'éducation.
- Hardy, M.-C. (2014). *liens entre motivation, sentiment d'efficacité personnelle et environnement familial dans l'apprentissage de l'orthographe (Mémoire)*. Ecole supérieur du professorat et de l'éducation académique (ESPE), Lille.
- Harter, S. (1982). The perceived competence scale for children. *Child Development*, 53, 87-97.
- Holig, C., Focker, J., Best, A., Roder, B., et Buchel, C. (2014). Crossmodal plasticity in the fusiform gyrus of late blind individuals during voice recognition. *Neuroimage*, 103, 374–382.
- Hollands, H., et al. (2013). Do findings on routine examination identify patients at risk for primary open-angle glaucoma ? *JAMA*.(309), 2035-2042.
- Johnson, O., et al. (2005). Regeneration and repair of peripheral nerves. *Injury*, 36, 24-29.
- Kane, R., et al. (2017). Etude du glaucome primitif à angle ouvert à l'institut d'ophtalmologie tropicale africaine, Mali. *Mali médical*, 32(1), 8-12.
- Kass, M., et al. (2002). a randomized trial determines that topical ocular hypotensive medication delays or prevents the onset of primary open-angle glaucoma. In A. Ophthalmol, *The Ocular Hypertension Treatment Study* (pp. 701-713.).
- Kavanagh, D. J., et Wilson, P. H. (1989). Prediction of outcome with a group version of cognitive therapy for depression. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 333-347.

- Knowles, M. (1990). *Learning to Learn Across the Lifespan*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Koama, A. (2017). *Les facteurs influençant la qualité de vie des patients glaucomateux à angle ouvert : cas du service d'ophtalmologie du Centre Médical du Camp Général Aboubacar Sangoulé Lamizana (Mémoire)*. Institut de formation et de recherche interdisciplinaire en science de la santé et de l'éducation (IFRISSE), Ouagadougou.
- Kujala, T., et al. (1992). Neural plasticity in processing of sound location by the early blind : an event-related potential study. *Clin Neurophysiol*, 84, 469-472.
- Kujala, T., Alho, K., Huottilainen, M., Ilmoniemi, R., Lehtokoski, A., Leinonen, A., . . . Näätänen, R. (1997). Electrophysiological evidence for cross-modal plasticity in humans with early- and late-onset. *Psychophysiology*, 34, 213–216.
- Kujala, T., Huottilainen, M., & Sinkkonen, J. (1995). Visual cortex activation in blind humans during sound discrimination. *Neurosci Lett*, 183 , 143-146.
- Kyari, F., et Abdull, M. (2017). Les bases d'un bon suivi postopératoire de la chirurgie du glaucome. *Revue de santé oculaire communautaire*, 14(18), 9-11.
- Laloum, J. (2022). *Chirurgie du glaucomes : les principales opérations*. Retrieved from Glaucomes: https://www;glaucome.fr/traitement/chirurgie/#stacks_in_1035_panels2
- Landy, F., et Conte, J. (2004). *Work in the 21st century : An introduction to industrial and organization psychology*. Boston: Blackwell.
- Latham, G. P., et Saari, L. M. (1979). Application of social learning theory to training supervisors through behavioral modeling. *Journal of Applied Psychology*, 64, 239-246.
- Lavigne, C., et Larimel, C. (2013). *Ophtalmologie*. UMVF - Université Médicale Virtuelle Francophone.
- Le, A., et al. (2003). Risk factors associated with the incidence of open-angle glaucoma : the visual impairment project. *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.*, 44(9), 3783-3789.
- Lecomte, J. (2004). Les applications du sentiment d'efficacité personnelle. *Savoir*(5 Hors série), 59-90. doi:10.3917/savo.hs01.0059
- Lee, D., et Al. (2001). Cross-modal plasticity and cochlear implants. *Nature*, 409, 149-150.
- Lemaitre, S., et al. (2014). Evaluation de l'anxiété préopératoire chez les patients nécessitant une chirurgie filtrante du glaucome. *Journal français d'ophtalmologie*, 47-53.

- Lent, R., Brown, S., et Larkin, K. (1987). Comparaison of three theoretically derived variables in predicting career and academic behavior: self-efficacy, interest congruence, and consequence thinking. *Journal of counseling psychology*, 293-298.
- Lent, R., Lopez, F., et Bieschke, K. (1993). Predicting mathematics-related choice and success behaviors : test of an expanded social cognitive model. *Journal of vocational behavior*, 42, 223-236.
- Leske, M. (1983). The epidemiology of open-angle glaucoma : a review. *Am J Epidemiol*, 118, 166-91.
- Letzelter, N. (2000). *Les études de qualité de vie en Ophtalmologie [Thèse de doctorat, Université Lyon]*. <https://studylibfr.com/doc/2879099/les-etudes-de-qualité-de-vie-en-ophtalmologie>.
- Levesque, M., Blais, M. R., et Hess, U. (2004). Dynamique motivationnelle de l'épuisement et du bien-être chez des enseignants africains. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 36(4), 190-201.
- Levin, L., et Danesh-Meyer, H. (2010). bumps in the road between bench and bedside. In *JAMA, Lost in translation* (pp. 1533-1534).
- Lieury, A., et Fenouillet, F. (2006). *Motivation et réussite scolaire (2e éd.)*. Paris: Dunod.
- Locke, E. A. (1968). Toward a theory of task motivation and incentives. *Organizational Behavior and Human Performance*, 3(2), 157-189.
- Mage, Y. (1992). OSF au Nord-Cameroun. *Convergence*.
- Marx, V. (2010). *La théorie de l'autodétermination en psychologie de la motivation : Théorie véritablement innovatrice et totalement inédite ? (Thèse)*. Université du Québec, Trois rivières
- Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. *The Psychological Review*, 50(4), 370-396.
- Merabet, L., Hamilton, R., Schlaug, G., Swisher, J., Kiriakopoulos, E., Pitskel, N., et Pascual-Leone, A. (2008). Rapid and reversible recruitment of early visual cortex for touch. *PLoS one*, 3, 30-46.
- Merle, H., et al. (2004). Dépistage du glaucome en Martinique : résultats au sein d'une population de 813 salariés hospitaliers. *J. Fr. Ophthalmol.*, 27(2), 136-142.

- Micei. (2021, s. d.). *glaucoma*. Retrieved from micei: <https://micei-hospital.com/services/glaucoma/>
- Miller, D., et al. (1996). Engagement in academic work : The role of learning goals, future consequences, pleasing others, and perceived ability. *Contemporary Educational Psychology*(21), 388-422.
- MINSANTE. (2015). *Stratégie sectorielle de la santé 2016-2027*. Yaoundé.
- Morgan , R. W., et Drance, S. M. (1975). Chronic open-angle glaucoma and ocular hypertension : an epidemiological study. *Br. J. Ophthalmol.*(59), 211-215.
- Myers, A., et al. (2008). *Psychologie expérimentale*. Bruxelles: De Boeck (2e éd.).
- Nda', P. (2015). *Recherche et méthodologie en sciences humaines et sociales "Réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article"*. Paris : l'Harmattan.
- Nda', P. (2015). *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines : Réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article*. Paris: L'Harmattan.
- Ndjepel, J., Ngangue, P., et Mballa Elanga, E. (2014). *PROMOTION DE LA SANTÉ AU CAMEROUN : état des lieux et perspectives*. Retrieved from Cairn info: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-HS-page-35.htm>
- Ohlmann, T. (2017). Vicariance: La flexibilité du vivant. *Orientation scolaire et professionnelle*, 47(1), 1-31. doi:10.400/osp.5626
- OMS. (1972). *Vingt-cinquième assemblée mondiale de la santé*.
- OMS. (1986). *Charte d'Ottawa*.
- OMS. (2015). *Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, a usage PMSI* (Vol. 1).
- Paillé, P., et Muchielli, A. (2016). *Analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.
- Paruz, K. (2000). *Sentir pour voir : déficience visuel et l'habitat*. Paris.
- Pascual-Leone, A., et Hamilton, R. (2001). The metamodal organization of the brain. *Progress in Brain Research*, 427–445.
- Pascual-Leone, A., Amedi, A., Fregni, F., et Merabet, L. (2005). The plastic human brain cortex. *Annu Rev Neurosci*, 28, 377–401.

- Ponton, C., et al. (1996). Auditory system plasticity in children after long periods of complete deafness. *NeuroReport*, 8, 61-65.
- Porras, J. I., et Anderson, B. (1981). Improving managerial effectiveness through modeling-based training. *Organizational Dynamics*, Spring, 60-77.
- Portalier, S. (2014). Le triptyque de la déficience visuelle : affordance, vicariance et résilience. « *Enfance* », 1(1), 5-17.
- Ray, M.-C. (2016, juin 30). *plasticité cérébrale : qu'est-ce que c'est ?* Retrieved from Futura: <https://www.futura-sciences.com/sante/defintions/corps-humain-plasticité-cerebrale-15833>
- Renard, J.-P., et Sellem, É. (2014). *Rapport de la société française d'ophtalmologie : Glaucome Primitif à Angle Ouvert (GPAO)*. Société Française d'Ophtalmologie (SFO). Paris (France): Elsevier Masson.
- Reuchlin, M. (1964). L'intelligence: conception génétique opératoire et conception factorielle. *Swiss journal of psychology*, 23, 113-124.
- Reuchlin, M. (1978). Les processus viariants et les différences individuelles. *Evolution de la psychologie différentielle*(2), 133-145.
- Riou, M. (2016). Prendre en charge ou accompagner ? étude dans le cadre de l'accident vasculaire cérébral en ergothérapie [Mémoire de maîtrise, IFPEK].
- Rourgier, J., et Maugery, J. (1989). *Ophtalmologie pour le praticien*. 2e éd.: Masson.
- Roussel, P. (2000, Octobre). *Notes du LIRHE*. Retrieved from Université de Toulouse 1: <http://w3.univ-tlse1.fr/LIRHE/publications/notes/326-00.pdf>
- Ruph, F. (1997). *Le sentiment de compétence et l'apprentissage chez l'adulte*. [Examen de synthèse au Programme de Doctorat (PhD), Université de Montréal].
- Ryan, M. R., Stiller, J. D., et Lynch, J. H. (1994). Representations of relationships to teachers, parents, and friends as predictors of academic motivation and self-esteem. *The Journal of Early Adolescence*, 14(2), 226-249.
- Ryan, R. M., et Deci, E. L. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations : classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54-67.



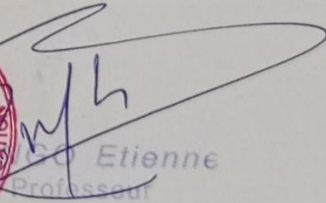
- Sabbah, N. (2015). *Réorganisation cérébrale consécutive à la perte tardive d'une partie ou de la totalité du champ visuel et à la restitution sensorielle Approche comportementale et par IRM fonctionnelle [Thèse de doctorat, Université Pierre et Marie Curie]*.
- Schoff, E., et al. (2001). Estimated incidence of open-angle glaucoma in Olmsted County, Minnesota. *Ophthalmology*, 108, 882-6.
- Schunk, D. H. (1985). Participation in goal setting : Effects on self-efficacy and skills of learning-disabled children. *Journal of Special Education*, 19, 307-317.
- Schunk, D. H., et Hanson, A. R. (1985). Peer models : Influence on children's self-efficacy and achievement. *Journal of Educational Psychology*, 77, 313-322.
- Schunk, D. H., et Rice, J. M. (1989). Learning goals and children's reading comprehension. *Journal of Reading Behavior*, 21, 279-293.
- Schunk, D., et Rice. (1984). Enhancing self-efficacy and achievement through rewards and goals: Motivational and information effects. *Journal of Educational Research*, 78, 29-34.
- Sellem, E. (2014). Trabéculoplastie au laser argon : quand et comment la réaliser ? *Les cahiers de l'ophtalmologie*, 42-45.
- SFG. (2013, Septembre 29). *Les collyres*. Retrieved from le glaucome: <https://www.leglaucome.fr/traiter/les-collyres/>
- Sidibe, M., et al. (2019). Aspects épidémiologiques et clinique du glaucome primitif à angle ouvert en zone rurale. *Revue SOAO*(01), 28-33.
- Sissoko, R. (2009). *Incidence du glaucome à angle ouvert à l'IOTA de juillet 2006 à juillet 2007 (Thèse)*. Univeristé de bamako, Bamako.
- Sovogui, M. D., Doukoure, M. B., Zoumani, C., et Traore, J. T. (2022). Facteur d'observance du traitement médical du glaucome primitif à angle ouvert à Conakry. *Health Sci. Dis.*, 23(2), 116-119.
- Sutter, E. (1993). *Hanyane : Bien voir et mieux vivre au village*. International center for eye health.
- Taktak, J., et al. (2011). L'observance thérapeutique dans les glaucomes primitifs à angle ouvert. *La tunisie Medicale*, 89(2), 142 – 146.

- Tchabi, S., et al. (2011). L'observance thérapeutique dans le glaucome primitif à angle ouvert. *J. Fr. Ophtalmol.*(34), 624-629.
- Tessier, D. (2019, Juillet 10). *Motivation, théorie de l'autodétermination et styles motivationnels*. Retrieved from Researchgate: <https://www.researchgate.net/publication/334362999>
- The AGIS investigators. (2000). The Relationship between control of intraocular pressure and visual field deterioration. In A. J. Ophthalmol, *The Advanced Glaucoma Intervention Study (AGIS)* (pp. 429-440).
- Thylefors, B. et al. (1995). Available data on blindness (update 1994). *Ophthalmic epidemiology*(2), 5-39.
- Tough, A. (1990). *Encouraging self-planned learning : Learning to Learn Across the Lifespan*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Usher, E. L., et Pajares, F. (2009). Sources of self-efficacy in mathematics: A validation study. *Contemporary Educational Psychology*, 34, 89-101.
- Vaede, D., et al. (2010, septembre 27). *Les conservateurs des collyres : vers une prise de conscience de leur toxicité*. Retrieved from Em-consulte: [https://www.em-consulte.com/article/266993/les-conservateurs-des-collyres-vers-une-prise-de-c#:~:text=En%20effet%2C%20les%20conservateurs%20provoquent,profondes%20\(trab%20culum%20cristallin\)](https://www.em-consulte.com/article/266993/les-conservateurs-des-collyres-vers-une-prise-de-c#:~:text=En%20effet%2C%20les%20conservateurs%20provoquent,profondes%20(trab%20culum%20cristallin)).
- Vallerand, R. J. (1997). Toward a hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation. *Advances in experimental social psychology*, 29, 271-360.
- Vallerand, R. J., et Thill, E. E. (1993). *Introduction à la psychologie de la motivation*. Montréal: Éditions de la Chenelière inc.
- Vallerand, R. J., Carbonneau, N., et Paquet, Y. (2016). *La théorie de l'autodétermination : aspect théorique et appliqués*. 4 – 1348 Louvain-la-Neuve: Boeck Supérieur.
- Vallerand, R., et al. (1989). Construction et validation de l'échelle de motivation en éducation (EME). *Revue canadienne des sciences du comportement*, 21(3), 323-349.
- Vianin, P. (2006). *La motivation scolaire : Comment susciter le désir d'apprendre ?* Belgique: Editions DeBoeck.
- Vidal, C. (2009). *Le cerveau évolue-t-il au cours de la vie ?* Paris: Le Pommier.

- Vidal, C. (2012). La Plasticité Cérébrale : une révolution en neurobiologie. *Spirale*, 3(63), 17-22.
- Vision laser. (2022). *Opération glaucome : le traitement laser*. Retrieved from Vision laser: <https://www.vision-laser.fr/le-glaucome/laser-slt.pdf>
- Visionn Atlas*. (2021). Retrieved from <http://iapb.org/fr/about/vision-2020>
- Voss, P., Gougoux, F., Lassonde, M., Zatorre, R. J., et Lepore, F. (2006). A positron emission tomography study during auditory localization by late-onset blind individuals. *Neuroimage*, 40, 383–388.
- Vroom, V. H. (1964). *Work and motivation*. New York: Wiley.
- Wane, A. M., et al., (2003). L'observance au traitement médical dans le glaucome primitif à angle ouvert. *J. Fr. Ophtalmol.*, 26(10), 1039-1044.
- White, R. W. (1963). *Ego and reality in psychoanalytic theory*. New York: International Universities Press.
- Williams, J. A. (1985). Indirect Hypnotic Thérapy of Nyctophobia : A case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 28(1), 1-10.
- Zanlonghi, X., et al. (2003). Glaucome et qualité de vie. *Journal Français d'ophtalmologie*, 01-06.
- Zimmerman, B. (1995). *Self-efficacy and educational development : Self-efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press.

ANNEXES

ANNEXE 1 : AUTORISATION DE RECHERCHE

REPUBLICQUE DU CAMEROUN ***** Paix – Travail – Patrie ***** UNIVERSITE DE YAOUNDE I ***** FACULTE DES SCIENCES DE L'EDUCATION ***** DEPARTEMENT D'EDUCATION SPECIALISEE		REPUBLIC OF CAMEROON ***** Peace – Work – Fatherland ***** UNIVERSITY OF YAOUNDE I ***** FACULTY OF EDUCATION ***** DEPARTMENT OF SPECIALISED EDUCATION
<p>Le Doyen</p> <p>N° <u>504</u>./21/UYI/FSE/ VDSSE</p>		
<h3><u>AUTORISATION DE RECHERCHE</u></h3>		
<p>Je soussigné(e), Professeur BELA Cyrille Bienvenu, Doyen de la Faculté des Sciences de l'Education de l'Université de Yaoundé I, certifie que l'étudiant HIOT YE HIOT Ledoux Pierre Ledoux, Matricule 18X3572 est inscrit en Master II à la Faculté des Sciences de l'Education, Département : D'EDUCATION SPECIALISEE, filière : EDUCATION SPECIALISEE, Spécialité : HANDICAPS PHYSIQUES , INSTRUMENTAUX ET CONSEIL.</p>		
<p>L'intéressé doit effectuer des travaux de recherche en vue de la préparation de son diplôme de Master. Elle travaille sous la direction du Pr. NYOCH ILOUGA Samuel. Son sujet est intitulé : « <i>Handicapologie et fonctionnalité handicapométrique dans le diagnostic et la prise en charge du handicap physique</i> ».</p>		
<p>Je vous saurai gré de bien vouloir la recevoir et mettre à sa disposition toutes les informations susceptibles de l'aider à conduire ses travaux de recherches.</p>		
<p>En foi de quoi, cette attestation de recherche lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit /.</p>		
<p>Fait à Yaoundé, le <u>07</u> <u>JUIN</u> <u>2021</u>.....</p>		
<p>Pour le Doyen et par ordre</p>		
<p>  Etienne Professeur</p>		

ANNEXE 2 : AUTORISATION D'ACCES

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

MINISTRE DE LA DEFENSE

DIRECTION DE LA SANTE MILITAIRE

REGION DE SANTE MILITAIRE N°1

HÔPITAL MILITAIRE DE REGION N°1

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace - Work - Fatherland

PRESIDENCY OF THE REPUBLIC

MINISTRY OF DEFENCE

DEPARTMENT OF MILITARY HEALTH

MILITARY HEALTH REGION N°1

MILITARY REGION HOSPITAL N°1

Yaoundé le 06 AVR 2022,

N° 220754 /DV/MINDEF/DSM/RSM1/HMR1/12

AUTORISATION D'ACCES

Je soussigné, **colonel-médecin HAMADOU**, Médecin-chef de l'Hôpital Militaire de Région n°1 (HMR1) à Yaoundé,

Autorise monsieur **Léopold Pierre Ledoux HIOT YE HIOT**, matricule **18X3572** étudiant en Master II à la Faculté des Sciences de l'Education de l'Université de Yaoundé I, à accéder au Service Spécialisé d'Ophtalmologie de l'HMR1, en vue d'y effectuer une recherche sur le Thème « *Sentiment d'efficacité personnelle et motivation à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez la personne glaucomateuse* »

En foi de quoi la présente autorisation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit. /-

Colonel Médecin **HAMADOU** ;
Médecin Chef de l'Hôpital Militaire de Région N°1



ANNEXE 3 : TABLEAU INDICATIF DU NIVEAU DE CONNAISSANCE

Niveaux de connaissance	Critères généraux	
	Glaucome	Prise en charge
Peu suffisante	/	<ul style="list-style-type: none"> - Risque élevé de cécité en cas de non-respect scrupuleux du traitement médicamenteux. - Abaissement de la PIO comme principale effet de la prise en charge médicale.
Acceptable	<ul style="list-style-type: none"> - Dégradation du nerf optique - Facteurs de risque/cause méconnue - Hérité - Maladie incurable - Maladie asymptomatique - Tension de l'œil - Traitement médical à vie - Etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Risque élevé de cécité en cas de non-respect scrupuleux du traitement médicamenteux. - Abaissement de la PIO comme principale effet de la prise en charge médicale.
Moyenne	<ul style="list-style-type: none"> - Dégradation du nerf optique - Facteurs de risque/cause méconnue - Hérité - Maladie incurable - Maladie asymptomatique - Tension de l'œil - Traitement médical à vie - Etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Risque élevé de cécité en cas de non-respect scrupuleux de la prise en charge. - Abaissement de la PIO comme principale effet de la prise en charge. - Types de prise en charge

ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN

Madame/Monsieur,

Dans le cadre d'une étude menée pour la rédaction de notre mémoire de Master II, en handicaps physiques, instrumentaux et conseil, à l'université de Yaoundé I, nous sollicitons votre participation dans la réalisation de notre enquête. Nous vous prions de nous accorder quelques minutes de votre précieux temps pour répondre à ces quelques questions qui suivent.

Merci pour votre bonne compréhension.

A- Guide d'entretien

I. Identification, troubles associés et antécédents familiaux, diagnostic et prise en charge biomédicale du glaucome.

Le but recherché dans cette section consiste à nous approprier au mieux votre histoire en tant que personne atteinte de glaucome. D'autre part, nous souhaitons aussi mettre en évidence le niveau de vos connaissances sur cette pathologie.

a. Identification

Pseudonyme : _____ Sexe : _____ Age : _____

Profession : _____ Situation matrimoniale : _____

Nombre d'enfant(s) : _____ Niveau d'étude : _____

b. Trouble(s) associé(s) et Antécédents familiaux

i. Pathologie(s) associée(s)

Si vous vous sentez concerné(e) par une ou plusieurs des pathologies citées ci-dessous, bien vouloir cocher la ou les case(s) correspondante(s).

Myopie

Aucun

Cataracte

Elévation de la pression intra oculaire

Diabète

Hypertension

ii. Antécédents familiaux

Afin d'établir un possible lien d'hérédité entre cette maladie et vous, nous vous prions de bien vouloir préciser les personnes de votre famille qui en sont atteintes. Pour cela, il vous suffit de cocher la ou les case(s) correspondante(s).

Père/mère

Oncle(s)/tante(s)

Grand(s)-parent(s)

Arrière(s) grand(s)-parent(s)

Aucun

c. Diagnostic et prise en charge biomédicale du glaucome

1- Racontez-nous comment s'est déroulée la phase diagnostic de votre glaucome.

- (i) *Quels ont été les signes symptomatiques qui vous ont poussés à consulter un médecin ophtalmologue ?*
- (ii) *Concernant cette pathologie « le glaucome », que retenez-vous de vos différents entretiens avec le médecin ophtalmologue ?*

2- Dites-nous ce que vous saviez du glaucome bien avant votre diagnostic.

- (i) *Dans quel contexte en avez-vous déjà entendu parler pour la première fois ?*
- (ii) *Qu'est-ce que vous avez appris (de nouveau) sur cette pathologie depuis votre diagnostic*

3- Faites-nous part des différents moyens de traitement que vous connaissez et qui sont susceptible d'être proposés dans la continuité du suivi médical.

- (i) *En avez-vous discuté avec votre médecin ophtalmologue ? si oui, dites-nous-en davantage.*
- (ii) *Quelle(s) autre(s) source(s) d'informations avez-vous consulté ?*
- (iii) *Qu'est-ce qui vous a été proposé comme traitement par votre médecin ophtalmologue ?*
- (iv) *En quoi consiste ce traitement ?*

4- Imaginez la situation suivante :

Vous avez été diagnostiqué positif au glaucome et depuis quelques temps déjà, vous suivez un traitement médical. Et comme il est conseillé, vous devez faire régulièrement des visites de contrôle pour savoir comment évolue votre traitement (vous décidez de suivre un traitement médical)

Au cours de votre prochaine visite chez le médecin ophtalmologue, il vous présente un programme d'accompagnement qui peut vous permettre d'anticiper certains évènements qui pourraient survenir dû au manque de vision et il vous recommande de l'associer à votre traitement médical

Bien entendu, cet accompagnement a pour but de vous fournir un ensemble d'éléments pratiques par lesquels vous pourrez faire face à un cas éventuel de la perte de vision.

Décrivez quelle sera votre réaction face à une telle proposition et dites si cela peut vous convenir.

ANNEXE 5 : RETRANSCRIPTION HMR001

C : Racontez-nous comment s'est déroulé la phase diagnostique de votre glaucome.

P : *Ça avait commencé par euh... Euh... le premier cas-là ; Vous appelez ça comment. ? euh... euh... euh... Cataracte. Je parlais donc à **Obach** avec tous les papiers-là je parlais toujours à **Obach**. On me prescrivait presque le même remède matin-soir à 7 h. J'ai vu que ça ne tenait pas ; Je ... dernièrement, j'ai aussi pris un autre produit-là puisque quand je parlais à **Obach**, je voyais seulement avec un seul œil, L'œil gauche là ... Huhum, l'œil droit je ne voyais plus. La maladie a commencé ça fait plus de 4 ans, plus de 4 ans !*

C : D'accord ! Bon en dehors d'un œil qui était déjà flouté, est-ce qu'il y avait d'autres signes symptomatiques en dehors de l'œil qui ne voyait plus ?

P : *Non, je voyais avec l'œil gauche norh ! Je voyais quand-même avec mais l'œil droit-là, les larmes coulent. Les larmes coulent des deux yeux maintenant.*

C : D'accord ! Donc c'est ce qui vous a poussé à consulter un médecin ?

P : *Oui, j'ai donc, je suis venu ici mardi non mercredi le 04. Le médecin m'a consulté, il m'a pris ... il m'a prescrit le remède, on a acheté. Et il m'a dit de revenir aujourd'hui pour que tu fasses, qu'on me fasse le contrôle de yeux. Il a dit que la tension des deux-là étaient déjà élevé. Le côté droit si c'était déjà 70 et le côté gauche 60. Il m'a prescrit le remède que je vais prendre pendant un mois après un mois je reviens encore.*

C : Bon, après entretien avec votre médecin traitant, qu'est-ce que vous retenir comme informations par rapport au glaucome ?

P : *Euh... euh... oui on a eu les entretiens ; Il m'a demandé pourquoi j'ai retardé comme ça ; il m'avait posé des questions. Mais ce que je peux retenir euh... euh... (il est affolé) je dis que je voudrais voir comme les autres. Je n'arrive pas à lire, je n'arrive pas euh à voir à plus d'euh... et je ne, je ne vois pas clair je voudrais, je voudrais voir.*

C : D'accord, avant qu'on ne vous découvre cette maladie qu'est-ce que vous saviez d'elle avant ?

P : *Je ne connaissais, moi je ne suis, je ne connaissais rien, j'ai vu seulement que l'œil était malade, je suis parti euh... Euh à l'hôpital.*

C : Est-ce que vous connaissez différents moyens de traitement en cours pour cette maladie-là ?

P : *Je vois un peu de changement, puisque depuis le 04, je commence comme je prends ça le matin, à midi et le soir. Le médecin m'a dit de prendre le matin un comprimé, ça va me faire beaucoup uriner. Bon comme je suis ici-là, j'ai dit que non, si je prends ça maintenant ça va me déranger de*

temps en temps comme je ne vois pas. A midi 30 et à 20h30 quand je me couche. Mais la nuit je ... j'urine beaucoup.

C : Donc on vous a prescrit des comprimés ?

P : *Oui on m'a prescrit les comprimés, j'ai tout ... J'ai tout ça ici. Quand 08h30 va arriver là je vais prendre.*

C : En dehors de la voix médicamenteuse, est-ce que vous connaissez d'autres moyens de traitement ?

P : *J'ai pris quand même d'autres produits-là, je lui ai dit ça c'était le produit américain.*

Bon, là il m'a dit ... c'était 120 gélules j'ai pris ça pendant 40 jours. Bon, comme je n'ai pas ... au contraire, au lieu de voir mais le truc ne faisait que baisser. C'est raison même pour laquelle que je suis venu ici. Il m'a dit que ça travaille, mais ce n'était pas les yeux, mais c'est pour les vitamines.

C : Ok Bien, bon maintenant je vais vous poser une situation et vous allez essayer de me dire ce que vous en pensez. Bon, vous avez été diagnostiqué positif au glaucome et depuis quelques temps déjà vous suivez un traitement comme c'est le cas. Et comme il est conseillé, vous devez faire régulièrement des visites de contrôle comme celle que vous avez aujourd'hui. Bon, au cours d'une visite peut-être comme celle-ci avec le médecin ophtalmologue, il vous présente un programme d'accompagnement qui peut vous permettre d'anticiper sur certains événements qui pourraient survenir dû au manque de vision. Et vous recommande de l'associer à votre traitement médical. Bien entendu cet accompagnement a pour but de vous fournir un ensemble d'éléments pratiques par lesquels vous pourrez faire face à un cas éventuel de perte de vision. Quel serait votre réaction face à une telle proposition ?

P : *Si je perds la vision je vais dire qu'euh... je vais encore dire quoi ? (Avec un ton calme) mais là n'est pas mon souhait (avec un rire accompagnateur). Mon souhait n'est pas de perdre la vision.*

C : Permettez que je reformule svp !

P : *Hum hum !*

C : En dehors du traitement que vous suivez déjà, si le médecin vous propose un autre type d'accompagnement. Pour faire face à la possible incapacité que vous pourrez voir dû au manque de vision qu'est-ce que vous pensez de cet accompagnement-là ?

P : *Non, il m'a dit qu'après ça, dès que je termine ce produit, après un mois que je revienne. Si je ne trouve pas de changement, il va changer de produit. Oui et comme je n'ai pas encore terminé que je vienne ... je suis venu aujourd'hui pour le contrôle après, après donc 30 jours comme il m'a dit. Je reviens. Il m'a dit que si ça ne tient pas, il va changer de produit.*

C : Essayons de reformuler je vous prie ! Vous avez un traitement que vous suivez n'est-ce pas ?

P : *Oui je suis un traitement !*

C : voilà maintenant si à côté du traitement que vous suivez là ; On vous propose un autre type d'accompagnement vous permettant de faire face à la cécité. Bon vu que je travaille sur l'après. Nous savons que le manque de vision ...

P : *Oui ! Je peux devenir aveugle.*

C : Oui et il peut avoir certains manquements.

P : *Hum hum !*

C : Déjà comme vous dites n'avez pas à lire vous n'arrivez pas à et vous mouvoir comme il faut.

P : *Oui !*

C : Oui, maintenant si on met à disposition un accompagnement qui vous permette d'anticiper toutes ces choses-là ; Tout ces manquements-là. Qu'est-ce que vous en pensez ?

P : *Je vais vous dire comment euh ... euh ... euh ...*

C : Est-ce que vous trouvez cela opportun ?

P : *Que si je tombe aveugle maintenant ?*

C : Non ! Si on vous propose un accompagnement qui vous permette de faire face à la cécité.

P : *Je suis... je suis... je vais... je vais accepter !*

C : D'accord ;

P : *Que si je trouve un accompagnement qui ne me fait pas de faire ...*

C : Qui vous permette de faire face, vue l'évolution de la maladie même si on ne le souhaite pas. Maintenant si à côté du traitement médical qu'on vous propose ...

P : *Oui*

C : On vous propose aussi un accompagnement de ce genre permettant de faire face ;

P : *Pour que je vois ;*

C : Pour que vous supportiez votre état ; Qu'est-ce que vous pensez d'un accompagnement comme celui-là ?

P : *Je vais accepter*

C : D'accord Ok.

ANNEXE 6 : RETRANSCRIPTION HMR003

C : Est-ce que vous pouvez nous raconter comment s'est déroulée la phase diagnostic de votre glaucome ?

P : *Le diagnostic ?*

C : Oui, les évènements qui entourent le diagnostic. Qu'est-ce qui vous a poussé à consulter ? Est-ce que pouvez nous raconter ?

P : *Non ... Parce que j'avais la cataracte ; Quand on a opéré la cataracte ; on m'a dit qu'on a vu quelque chose il faut encore faire l'examen ; C'est quand on fait cet examen maintenant qu'on constate que j'ai le glaucome.*

C : Ok, donc bien avant l'examen en question vous n'aviez pas ... ?

P : *Non, bien avant l'examen, mes yeux étaient flous. Je pensais que c'était la cataracte seulement ; mais là il y'avait le glaucome-là.*

C : Ok, je suppose qu'avec votre médecin traitant vous avez eu à faire des entretiens ;

P : *Oui, oui à Douala*

C : Ok d'accord ! Qu'est-ce qui ressort de cet entretien-là ? Qu'est-ce que vous avez retenu par rapport au glaucome ?

P : *Qu'il faut prendre les colis toute la vie (Le patient s'exprime avec un ton de fatalité).*

C : D'accord ! En dehors de ça, il y'a pas d'autres informations qu'on vous a donné ?

P : *Non non !*

C : Ok ! Bon euh... Dites-nous ce que vous saviez du glaucome bien avant le diagnostic.

P : *Je ne savais rien (Le patient a un ton un peu agressif).*

C : Hum d'accord ! Bon depuis que vous le savez, est-ce qu'il y a des choses nouvelles que vous avez apprises ? En dehors du fait que bon les collyres c'est à vie.

P : *Les choses que j'ai apprises ... Quand on opère ... Si on a eu à opéré le glau... Si on vous a opéré avant qu'on a détecté ça peut ... Vous pouvez avoir la chance de ne pas tomber aveugle mais. En pratique, il y'a des cas... Dans plusieurs des cas vous deviendrez toujours aveugle.*

C : D'accord ! En dehors des collyres et l'opération, est-ce que vous avez connaissance d'autres moyens de traitement ?

P : *Non non !*

C : D'accord est-ce que vous avez consulté des sources d'information autre que le médecin ?

P : *Non non !*

C : D'accord ! Est-ce que vous avez une idée de ce en quoi consiste le traitement qu'on vous a proposé jusqu'ici ?

P : *Le traitement consiste à stabiliser l'évolution de la maladie. Pas pour soigner, pour stabiliser !*

C : D'accord ! je vous présente de suite une situation et vous me direz ce que vous en pensez. Bon vous avez été diagnostiqué positif au glaucome et depuis quelques temps déjà vous suivez un traitement médical. Et comme il est conseillé, vous devez faire régulièrement des visites de contrôle pour savoir comment évolue la maladie ou le traitement. Maintenant au cours d'une visite comme celle-ci, par exemple, le médecin vous présente un programme d'accompagnement qui peut vous permettre d'anticiper certains évènements qui pourraient subvenir dû au manque de vision. Et il vous recommande de l'associer au traitement médical que vous suivez déjà. Bien entendu cet accompagnement a pour but de vous fournir un ensemble d'éléments pratiques par lesquels vous pourrez faire face à un cas éventuel de la perte de vision. Décrivez quel sera votre réaction face à une telle proposition et dites si cela peut vous convenir.

P : *Tout ce qui peut ... Être pour ma santé visuelle sera la bienvenue.*

C : Bon, mais dans ce cas, l'accompagnement qu'on vous propose en question consistera à vous permettre de vivre sans compter sur la vue. Par exemple : apprendre à vous déplacer autrement sans compter sur la vue ou encore à lire

P : *Je vais accepter !*

C : D'accord.

ANNEXE 7 : RETRANSCRIPTION HMR008

C : Alors racontez-nous comment s'est déroulée la phase diagnostique de votre glaucome. Donc, quels sont les événements qui vous ont poussé, par exemple, à consulter un médecin ophtalmologue ?

P : *Oui, c'est justement parce que ma vue n'était plus claire et c'était ... ça commençait progressivement. J'ai cru que ça pouvait être passager. Si bien que le temps est passé. Et comme je suis militaire, je suis même entré dans une phase de guerre sur le terrain, là, pendant cinq ans d'affilée. Bon, pendant la guerre, on n'a pas le diagnostic véritable, c'est à dire c'est le comprimé et tout. Au fur et à mesure que j'ai passé le temps sur le terrain, j'ai constaté que la vue ne faisait que baisser. Jusqu'à ce qu'à un moment donné la nuit ou très tôt le matin, je ne vois pas très clair. J'ai été donc obligée de faire une consultation. L'infirmière en question là-bas, à l'EMIA, m'a envoyé rencontrer cet ophtalmologue parce que ça n'allait vraiment pas. Mais j'ai supporté ça au moins pendant cinq ans.*

C : D'accord.

P : *Je croyais que ça allait...J'ai même fait des campagnes de lunettes là ; Les gens qui font les campagnes à **Campo**, ils sont venus, ils nous ont distribué les lunettes. Non, il faut, c'est la lecture et tout. Or ça n'avait jamais été ça.*

C : D'accord. Bon, à la suite du diagnostic posé et des différents entretiens avec le médecin traitant, qu'est-ce que vous retenez du glaucome ?

P : *En fait le glaucome ... Ce qui nous intéresse, c'est que ... c'est une déception parce que ... ma première déception était quand le médecin m'a dit que ça ne s'opère pas. Qu'il ne peut pas opérer pour que je revois. Que si c'était la cataracte c'était mieux. Donc tout ce qu'il fallait faire, tout ce que je devrai faire, toute ma vie, tout le traitement que je dois prendre à vie, c'est pour stabiliser tout simplement la maladie. C'est là où ça m'a vraiment ... Je suis déçue. Parce que si c'était la cataracte, je devrais légèrement être opéré. Peut-être, ça devait déjà m'améliorer la vue. Bon, quant à stabiliser tout simplement et que j'ai puisse prendre le traitement toute la vie. Ce n'est pas facile. Donc le glaucome vraiment ce n'est pas ... C'est la pire des maladies. Et un ... deux ... Lorsqu'il va jusqu'à ... c'est-à-dire lorsqu'il a déjà attaqué l'œil jusqu'à un stade parce que l'œil-ci pratiquement je ne vois pas. L'œil droit. Donc on ne peut plus rien. On ne peut plus rien. L'œil droit là presque la vision c'est zéro ; Irrécupérable totalement. Donc vous voyez que. C'est vraiment ce n'est pas facile avec le glaucome., Avec les autres ... Bon, je n'ai pas eu ... la maladie c'est la maladie. Je n'ai pas eu les autres maladies des yeux. Mais le glaucome, il est vraiment trop... J'aurais préféré la cataracte au moins. Parce qu'on a espoir par rapport à l'opération. Maintenant, si ... si euh ... je m'amuse avec le traitement, je deviens complètement aveugle.*

C : D'accord.

P : *Je deviens complètement aveugle. Bon, et c'est ce que d'abord le médecin avait déjà prédit depuis, parce que si un traitement ... Le problème, c'est que comme c'est à vie dont la conséquence est déjà à vie, vous vivez avec. Et si j'arrive même à être là où il n'y a pas de traitement, c'est dangereux. La finalité, c'est qu'on devient aveugle tout simplement. C'est ici que moi je connais cette maladie*

C : D'accord. Qu'est-ce que vous saviez du glaucome avant qu'on vous le diagnostic ?

P : *Non. Avant, le mot glaucome même, je ne connaissais pas. Je suivais déjà ...*

C : Donc c'est complètement nouveau ?

P : *Oui, c'est nouveau. Nouveau avec moi-même. Je suivais ce qu'on appelle la cataracte, la myopie, l'hypermétropie. C'est ça qui est souvent, même quand on est à l'école. Voilà. Après ça, dans la vie active, on suit un peu ça aussi de gauche à droite quand les gens font les campagnes. Mais le glaucome, c'était la première fois.*

C : Ok. Bon, qu'est-ce qui vous a été proposé comme traitement ?

P : *On m'a proposé ... on m'a proposé **Lacoma T, Proglo, Brimo** et l'**artelact**.*

C : Savez, en quoi cela consiste ? Du moins quelle est la fonction ou bien le rôle de ces médicaments pour votre santé oculaire ?

P : *En fait, il y a certains, par exemple **Lacoma T** qui ... qui soigne la maladie. Pendant que **Proglo** et **Brimo**, s'ervertuent plutôt à baisser lorsque la tension voudrait être rebelle.*

C : D'accord.

P : *Bon, **artelact** plutôt, c'est pour lubrifier, que ce soit un peu ... Pour que l'œil, soit humifié.*

C : Humide ?

P : *Humide !*

C : D'accord. Bon, en dehors des médicaments, Est-ce que vous connaissez d'autres moyens de traitement en dehors des médicaments ?

P : *Non, non, non ! Pas encore ... Pas encore. Bon, les gens m'ont ... Il y a des gens au quartier, les naturopathes, ils disent qu'ils peuvent connaître ... Il y a aussi les publicités à la télé-là. Ils montrent les produits faits à base des plantes qui soignent presque toutes ces maladies. Ça passe à la télé presque tous les jours.*

C : D'accord.

P : *Bon, mais je n'ai pas encore ... Je ne me suis pas aventuré.*

C : Ok. Bien maintenant je vais vous présenter une situation et là vous me direz comment vous la comprenez. Et si vous pensez qu'elle peut être favorable pour vous. La voici telle que présentée.

P : *Hum hum (pour dire oui)*

C : Vous avez été diagnostiqué positif au glaucome et depuis quelque temps déjà, vous suivez un traitement médical.

P : *Oui*

C : Et comme il est conseillé, vous devez faire régulièrement des visites de contrôle pour savoir comment évolue soit la maladie ou le traitement.

P : *Oui.*

C : Au cours d'une visite comme celle d'aujourd'hui, le médecin vous présente un programme d'accompagnement qui vous permet d'anticiper certains événements qui pourraient survenir dû au manque de vision.

P : *Oui.*

C : Et il vous demande de l'associer au traitement médical que vous suivez déjà. Bien entendu, l'accompagnement dont il est question a pour but de vous fournir un ensemble d'éléments pratiques, par lesquels vous pourrez faire face à la cécité. Quel serait votre réaction ?

P : *Vous êtes en train de dire que, en plus du traitement que je suis en train de suivre, on veut me proposer ... des éléments pour me permettre de mieux gérer ma maladie ? Oui. En plus de traitement, on me propose autre chose ; C'est ça que vous voulez dire ?*

C : Oui. Bon, pour éclaircir un peu, ce qui sera proposé ou bien ce qui est proposé sera... aura un aspect plus pratique.

P : *Par exemple...*

C : Comme vous avez dit, le glaucome a une tendance à rendre sur le long terme aveugle, N'est-ce pas ?

P : *Oui oui.*

C : Maintenant si de façon préventive, on vous propose un accompagnement qui vous permet déjà, d'avoir un certain savoir-faire.

P : *Oui.*

C : Sur peut-être comment se déplacer, peut être comment euh ... Bref comment vivre ? Sans toutefois compter sur la vue. Est-ce que cela vous paraît opportun bien qu'étant voyant ?

P : *Bien sûr, bien sûr, puisqu'il faut toujours, on ne sait jamais.*

C : D'accord.

ANNEXE 8 : RETRANSCRIPTION HMR015

C : Alors, Racontez-nous comment s'est déroulée la phase diagnostic du glaucome. Qu'est-ce qui vous a amené à consulter pour la première fois ?

P : *Pour moi, c'est un temps j'ai constaté que je voyais un peu flou. C'est pour ça j'ai dit donc qu'il fallait d'abord que je vienne d'abord à l'hôpital voir un Ophtalmologue. C'est comme ça que je suis est venu ici voir un ophtalmologue, il m'a donc dit que je souffre de glaucome. C'est depuis 2018 que je suivais les soins ici. Après, je suis allé aussi à l'hôpital régional de Garoua. C'est comme ça que je suis revenu dernièrement en ... Depuis janvier 2022, je suis revenu ici à l'hôpital.*

C : D'accord. En dehors de la vision qui était floutée, est ce qu'il y avait d'autres signes qui vous ont poussé à venir consulter ?

P : *Pour moi, ce n'était que la vision-là et les maux de tête.*

C : D'accord. Bon, à la suite des différents entretiens que vous avez eu avec l'ophtalmologue, qu'est-ce que vous retenez du glaucome ?

P : *C'est une maladie héréditaire et actuellement il n'y a pas un traitement qui guérit, On prend juste des remèdes à vie.*

C : Est-ce que vous avez eu à consulter d'autres sources en dehors de tout ce qui a été dit par le médecin ?

P : *J'ai quand-même vu un documentaire à la télé-là, qui parlait du glaucome.*

C : D'accord. Bien avant le diagnostic, qu'est-ce que vous saviez du glaucome ?

P : *Non, non, non, puisque je ne savais pas du tout de quoi il s'agissait, mais j'ai vu seulement que j'avais une vision, qui devenait un peu flou avant de venir l'hôpital.*

C : Alors, faites-nous part des différents modes de traitement que vous connaissez ?

P : *Actuellement. Moi, j'ai des trait ... Il y a beaucoup de produits que je prends depuis que je me suis fait opérer. Je me suis fait opérer le 20 avril ici, où j'ai pris tellement beaucoup de produits même. Je vous donne de temps en temps on change de traitements. Donc pour les modes, il y'a la voix ophtalmique avec les collyres et l'opération.*

C : En quoi consiste le traitement que vous prenez ?

P : *Selon ce que le médecin m'a dit ce traitement consiste à freiner la maladie. Ça ne peut pas guérir la maladie. Donc je veux prendre comme ça jusqu'à je vais mourir !*

C : Est-ce que vous avez une idée de la finalité du glaucome ?

P : *Ouais ouais ça rend aveugle ... ça rend aveugle !*

C : Maintenant, je vais vous présenter les situations. Vous me donnerez votre appréciation

P : D'accord !

C : Vous êtes porteur d'un glaucome, et c'est vrai que vous suivez un traitement. Maintenant, si au cours d'une de vos visites de contrôle, le médecin ophtalmologue venait à vous proposer d'adjoindre à ce traitement, un accompagnement qui nous permette de faire face à un cas éventuel de cécité. Quelle serait votre réaction ?

P : *Bon, ça va dépendre du temps qu'il y'a ... malgré que la santé ... je peux toujours bien suivre, comme vous savez la santé n'a pas de prix !*

C : Mais comprenez bien ici qu'il ne sera pas question de soustraire les collyres. Vous avez vos collyres que vous mettez normalement mais maintenant à côté de cela, on vous emmène à développer des aptitudes pratiques pour prévenir un cas éventuel de cécité. De sorte que si jamais la vue venait à s'estomper, vous pourriez faire face assez rapidement. Est-ce que cela vous parle ?

P : *Bien sûr, en plus je suis malade.*

C : En quoi cela pourrait vous être bénéfique ?

P : *De mon point de vue, si vos méthodes peuvent m'aider. Il vaut mieux ... C'est aussi ça que de sombrer dans le désespoir.*

C : Mais ici, il ne sera pas question de prendre des médicaments.

P : *Oui je comprends, je dis je peux m'y faire.*

C : D'accord, merci pour votre participation !

ANNEXE 9 : RETRANSCRIPTION HMR017

C : Racontez-nous comment s'est déroulé la phase diagnostic de votre glaucome.

P : *Bon, j'ai eu la diminution de la vue au niveau de l'oeil gauche. Quelques sensations de brûlures ! Maux de tête, maux de tête permanent de ce côté-là. Et l'œil qui fait ... en fait des douleurs au niveau de l'œil. Oui, donc voilà les symptômes que j'ai ... Que mon pouce à me faire diagnostiquer.*

C : Alors, au vu de ce qui a été posé comme diagnostic, il y a eu avec le médecin traitant certainement des entretiens. Qu'est-ce que vous savez du glaucome ?

P : *Euh, bon, j'ai fait des petites recherches.*

C : Déjà avec les médecins.

P : *Avec le médecin ... Elle m'a fait comprendre ... Elle m'a expliqué bon ... d'une manière un peu vague. Bon, c'est maintenant moi-même dans mes recherches ... suis allé faire des recherches sur le sujet ... Sur le glaucome.*

C : Ok, mais dans le vague, qu'est-ce qu'elle vous a dit ?

P : *Bon, elle m'a dit qu'il y a diminution ... la perte de la vue et maintenant ce qu'il faut faire c'est ... Bon, elle m'a dit que ça ne se soigne plus ... Ça ne se soigne Pas une fois le nerf déjà attaqué, il n'y a plus de ... La seule chose qu'on peut faire, c'est préserver l'autre oeil pour préserver l'autre. Bon, comme je suis en ... il y a deux deux autres examens que je dois faire pour justement connaître les causes, pour connaître les causes et à quel niveau se situe le mal pour une éventuelle prise en charge.*

C : Ok. Bon, maintenant avec les recherches que vous avez effectués, qu'est-ce que vous avez appris ?

P : *Bon, j'ai appris que le glaucome est une grande cause de cécité. Bon, le pourcentage j'oublie un peu. Ça fait partie de l'une des causes de cécité. Bon, dans mes recherches en ce qui concerne au Cameroun ou en Afrique, il n'y avait pas assez de données. C'était beaucoup plus des données en Europe. Bon, c'est une cause de cécité et représente un grand pourcentage comme cause de cécité en Occident. Bon, j'ai aussi appris que c'est une maladie incurable. Donc quand tu l'as déjà, il faut apprendre à vivre avec. Si l'œil a été attaqué il faut apprendre à vivre avec. Et aussi qu'il y a deux types de glaucome. Bon là je j'oublie un peu, mais ce qu'il y a deux, c'est qui ... Je me dis ce qui est apparent dans ce qui sort au niveau de l'œil, qui est je crois un peu plus urgent, un peu plus, un peu plus compliqué et à l'autre qui ne donne pas de signe direct. Donc voilà un peu ce que ...*

C : Mais bien avant le diagnostic, est-ce que vous avez déjà entendu parler du glaucome ?

P : *Oui, j'en avais entendu parler.*

C : Dans quel contexte ?

P : *Bon j'avais des échangé avec des ophtalmologues et des ophtalmo ... connaissant un ou deux ophtalmologues. Bon et aussi dans mes recherches quotidiennes et mes recherches permanentes donc un peu déjà pris comme ça, je ne peux pas dire que j'ai. J'ai fait des petites recherches pour connaître en fait des différends. Constatant déjà que j'avais un problème des yeux, j'ai essayé de faire des recherches pour connaître les quels sont les différents maux qui affectent les yeux.*

C : Je vous présente une situation et par après vous me donnerez votre réaction.

P : *D'accord*

C : vous avez été diagnostiqué positif au glaucome et depuis quelque temps déjà, vous suivez un traitement médical. Et comme il est conseillé, vous devez faire régulièrement des visites de

contrôle, un peu comme aujourd'hui pour savoir comment la maladie évolue bien, comment le traitement évolue en vous. Maintenant, au cours d'une visite comme celle d'aujourd'hui, Le médecin ophtalmologue vous présente un programme d'accompagnement qui peut vous permettre d'anticiper certains événements qui pourraient survenir dû au manque de vision. Et il vous recommande de l'associer à votre traitement. Bien entendu, cet accompagnement a pour but de vous fournir un ensemble d'éléments pratiques par lesquels vous pourrez faire face à un cas éventuel de cécité. Que serait votre réaction face à une telle proposition ?

P : *Bon, il y a cet évent ... bon nous sommes sur l'éventualité. Bon, vu qu'il y a une éventualité, si on te propose un éventuel accompagnement, je crois que c'est toujours mieux d'accepter, c'est toujours mieux d'accepter. Bon, comme on parle d'éventualité, On est sûr de rien. Donc je pourrais rester dessus. Je préfère ne pas trop épiloguer là-dessus. Je préfère, ne pas trop épiloguer là-dessus, mais je pense que bon, si on vient à te proposer un éventuel accompagnement au cas où, oui, bon, au cas où, oui je peser, oui, mais bon, je préfère ne pas ne pas trop épiloguer là-dessus.*

C : D'accord ! Bon, peut-être pour préciser un peu la chose, il ne sera pas question d'arrêter le traitement proposez pas le médecin. C'est-à-dire que les collyres qu'on vous a prescrit, vous les suivez normalement, comme il se doit, comme il a été prescrit. Mais maintenant ce qu'on vous propose en plus, c'est un acte de prévention.

P : *Un acte de prévention ?*

C : Bon, On ne souhaite pas. Que cette possibilité se présente, mais en vue de prévenir la possibilité, si jamais elle se présentait, peut-être dans cinq ans, dans dix ans ou trois ans, est ce que l'accompagnement que l'on pourrait vous proposer dans ce sens-là ...

P : *Oui bon, j'ai le moral, Bon, je vais répondre par oui.*

C : Donc vous pensez que vous pouvez prendre part à un accompagnement comme celui-là.

P : *Oui. Je peux. Ouais. Bon c'est pas sûr, mais je peux. Je peux. D'accord.*

C : D'accord, Merci !

ANNEXE 10 : RETRANSCRIPTION HMR018

C : Racontez-nous la phase diagnostic de votre glaucome ... ce qui vous a poussé à consulter.

P : *Comme je vous ai dit, quand je pars chaque fois on me prescrit ... Bon me donne les examens à faire ...*

C : Bien avant les examens, bien avant le diagnostic. Mais qu'est ce qui s'est passé ?

P : *Aaaaaah ! Je savais !!! les maux de tête, ça Tirait ... J'avais les maux de nerf au niveau du cou, au niveau des orteils aussi. Et les yeux me faisaient mal, la tête aussi. Plus tout ça, la tête, c'est tout et juste les yeux qui coulaient, ça faisait mal. Quand je suis par exemple devant l'écran, ou bien quand je suis en train de lire, ça coule, ça me fait mal tout ça.*

C : Ok, Et après avec le médecin, ça s'est passé comment ?

P : *Bon, ça n'a pas commencé en 2018, j'étais allée à **Oback**, c'est là-bas qu'ils m'ont, ils ont diagnostiqué. Juste qu'ils ne m'ont pas mis sous traitement. Ils voulaient que je fasse tous les examens avant qu'on ne commence à me prescrire un collyre pour arrêter la douleur ou bien pour arrêter les larmes. Je lui ai demandé si on peut me prescrire un collyre en attendant ou bien un comprimé, ils ont refusé et là alors mon père a alors décidé que je change d'hôpital et là Je suis allé à **Bethesda** à **Bastos**. C'est de là que j'ai commencé à suivre le traitement depuis l'année passée.*

C : D'accord !

P : *Et on a recommencé à zéro. On a recommencé la consultation. Tout au début, on a laissé pour **Oback**-là. Ils m'ont ... ils m'ont prescrit les lunettes, en attendant. Parce qu'avant je portais les lunettes. Quand j'ai vu que ça allait déjà, j'ai laissé. Quand ça a recommencé. Je suis alors repartie à l'hôpital. De là qu'on a commencé tous le traitement zéro.*

C : Donc ce qui veut dire, le diagnostic qui a été posé à **Oback** est le même qui a été posé à Bethesda ?

P : *Oui, juste qu'à **Oback**, ils disaient qu'ils n'étaient pas sûr. Ils voulaient que je fasse tout ça avant de lui prouver que c'est exactement ça. Mais à Bethesda là-bas, on a déjà fait deux, deux ou trois examens. Ils ont dit que c'est ça.*

C : Ok, Bon, aux vues des différents entretiens avec le médecin traitant, qu'est-ce que vous retenez du glaucome ?

P : *je ne sais pas même pas vraiment ! il m'a juste dit ...Bon, je dirais quand même que j'ai aussi fait mes propres recherches. J'ai vu que c'est ... Ça se guérit pas ... Donc ça se guérit pas. Tout ce que je sais on dit que c'est juste pour ... On dit quoi !!! On va dire que pour que ça n'augmente pas dans la tension de l'œil ... pour que ça n'augmente pas à l'intérieur là-bas, donc c'est tout.*

C : Ok. Hum. Bon, est-ce que ... Bon, en dehors du fait qu'il ne se guérit pas et de ce que le traitement permet de stabiliser la tension ? Est-ce que vous connaissez entre autres la finalité ou bien l'une des éventualités du glaucome sur le long terme ?

P : *Non, pas encore.*

C : Ok, on vous l'a pas dit là où vous vous faites consulter ?

P : *Non*

C : Bon, est-ce que bien avant le diagnostic, vous saviez que le glaucome existait comme maladie oculaire ?

P : *Non. C'est à l'hôpital que j'ai su, je ne connaissais même pas qu'il y avait une maladie qui s'appelait glaucome.*

C : Vous n'avez jamais entendu parler ?

P : *Jamais.*

C : En dehors des collyres qu'on vous a proposé ... Déjà, vous avez quoi comme collyres ?

P : *Bon, Pour l'autre-ci, On m'a prescrit **Latanoprost**. Pour les larmes c'était ... C'est **Levofta**. Quelques choses comme ça, oui. Et puis la douleur, j'oublie...*

C : D'accord ! Bon, en dehors du traitement médicamenteux que vous prenez, est ce que vous connaissez d'autres modes de traitement du glaucome ?

P : *Bon, **Oback**, on m'avait parlé d'opération. Bon, c'est plus ça même qui m'a fait fuir aussi.*

C : Là-bas, ils vous ont proposé l'opération directement ?

P : *Oui. Et quand je suis venu à Bethesda, j'ai expliqué comme ça, le médecin m'a dit non, ça c'est quand c'est avancé. Donc pour le moment, j'ai pas besoin d'opération que ça va me servir à rien.*

C : D'accord ! Et ils ne vous ont dit pas en quoi ... en quoi ça devait consister l'opération ?

P : *Ils m'ont dit que c'était pour ... ils m'ont dit que c'était pour détruire le ... ce qui est autour-là ... En fait ce qui va bloquer ... Je sais pas comment on appelle le truc noir-ci ... ce qui bloque ça autour de mon œil. Ils ont dit que c'est le laser, donc, ils vont détruire le truc.*

C : J'aimerais vous présenter une situation à la suite de laquelle vous me donnerez votre point de vue.

P : *D'accord*

C : Bon, vous vous faites actuellement à **Bethesda**, et comme d'habitude, il y a des visites de contrôles que vous faites. Si au cours d'une de vos visites, le médecin traitant vous proposait d'ajuster à votre traitement un accompagnement. Par ailleurs, l'accompagnement en question vous permettra d'avoir certains acquis pratiques sur comment est-ce qu'on peut vivre sans compter sur la vue. Quelle serait votre réaction ?

P : *Sans compter sur la vue comment (air d'étonnement et semble un peu déconcerté) ?*

C : Vous êtes encore voyante, et vous suivez un traitement. Si à côté du traitement que vous avez déjà, on se propose de vous apprendre des techniques alternatives de vie afin de prévenir un cas éventuel de cécité. Quelle serait votre réaction ?

P : *Eeeeeeeuh ! ... Je sais pas.*

C : Vous ne savez pas quoi ? Qu'est-ce que vous ne comprenez pas bien ?

P : *Ce que je ne comprends pas très bien la question.*

C : Bon, c'est dommage que vous ne le sachiez pas, n'est-ce pas ? Mais, sur le long terme. Le glaucome à tendance à rendre aveugle.

P : *Oui, ça je sais*

C : Bon, est-ce que vous savez comment est-ce qu'elles vivent au quotidien ? Comme elles se déplacent par exemple ? L'accompagnement dont il est question a pour but de vous emmener à vous comporter comme une personne atteinte de cécité. C'est à dire que bien qu'étant voyante, on vous apprend quand-même comment vivre comme une personne déficiente visuelle.

P : *je vois et trouve ça bien. Ça paraît compliqué mais ... mais je peux m'y faire. Ça fait ... fait peur mais ... je peux essayer. Je comprenais pas, mais là ça va.*

C : D'accord ! Mais êtes-vous d'avoir saisi toutes les nuances de cette situation ?

P : *Comme j'ai dit : je comprends de quoi il est question. C'est dur comme réalité c'est ... c'est compliqué mais je peux y faire*

C : D'accord ! Merci !

ANNEXE 11 : RETRANSCRIPTION HMR025

C : Racontez-nous s'est déroulé la phase de diagnostic de votre glaucome. Qu'est-ce qui vous a poussé à consulter ?

P : *Ben moi je me suis fait consulter à cause des douleurs. En principe ça me fait pas mal, mais moi j'ai eu mal. J'avais franchement mal. soit c'était l'œil gauche, soit c'est l'œil du droit, soit c'est l'œil gauche, c'est l'œil du droit, donc j'avais franchement mal à l'œil. D'où maintenant, Je me suis se faire consulter. Et bon, en venant, je pensais même que c'était un truc banal, puisque, je n'avais pas encore ressenti que ma vue avait baissée.*

C : Ça remonte à quand à peu près ?

P : *Ça fait 7 ans, 8 ans ... 7 ans.*

C : D'accord.

P : *C'était en 2014. Bon, Je sais pas, je n'étais pas, Je m'étais pas rendu compte que ma vue avait baissé. Entre temps donc, c'est quand je me suis fait consulter ici depuis 2014 que ... quand maintenant on me fait ... vos truc de A, B, C ... les examens là ! quand je mets maintenant pour lire avec l'œil droit, je me rends maintenant compte que je ne parviens pas. C'est là que j'ai su que ma vue du côté droit avait baissé. Et puis bon, après on m'a fait comprendre que c'est le glaucome.*

C : D'accord.

P : *Bon, moi c'était dû aux douleurs.*

C : En dehors des douleurs, et la vue qui avait baissée suite aux examens et à la lecture, est-ce qu'il y'a d'autre(s) symptôme(s) ?

P : *Non*

C : D'accord, aux vues des différents entretiens que vous avez avec le but du médecin ophtalmologue, qu'est-ce que vous retenez du glaucome ?

P : *Que c'est une maladie très très dangereuse puisque j'ai déjà les conséquence sur moi-même. Et puis, hmmm (retenu) ... Quand, tu perds la vue, c'est définitif. C'est encore plus dangereux. Je retiens que c'est même ... si ce n'est pas la maladie, c'est l'une des maladies les plus dangereuses en ... ophtalmologie.*

C : Bon bien avant le diagnostic, est ce que vous aviez déjà entendu parlé du glaucome

P : *jamais.*

C : Quels sont les différents modes de traitement que vous connaissez ?

P : *A l'époque-là, en 2014 on m'a une fois mis sous **normoptique**. C'est uniquement **normoptique** que je mettais. Avant que bon ... récemment, Le colonel m'a donc pas encore prescrit **lacoma**, Pour l'œil opéré, l'œil gauche mais l'œil droit. Même si sa voix très floue, sa voix quand même à 10 %. 10% n'est pas petit c'est quand-même beaucoup.*

C : On vous a opéré en 2014 ou bien ?

P : *Non, c'est bien après ! en 2014 j'ai eu trop peur du perdre ma vue. Surtout qu'on devait opérer l'œil qui voit pour que ça ne s'infecte pas trop. ou bien pour freiner l'évolution de la maladie. Bien sûr, l'opération c'était pour freiner l'évolution de la maladie, mais en 2014-là, j'ai trop eu peur.*

C : Ça eu lieu en quelle année à peu près ?

P : *2018*

C : Ok.

P : *c'est quatre ans après que j'ai décidé que bon.*

C : Et qu'est-ce qui vous a décidé à faire l'opération ?

P : *Rien comme ça un beau jour ... j'ai dit qu'il faut que je me fasse opéré. Et puis je me suis renseigné, il y avait plusieurs, il y'avait au laser, mais au laser n'est pas définitif. Après dix ans, il faut encore refaire une autre opération laser et pour faire court, j'ai préféré le définitif.*

C : Bon, je vais vous présenter une situation. Vous me direz votre ressentie ; votre réaction. Et aussi vous me direz si cela peut vous convenir. Bon, comme depuis quelques temps déjà, vous êtes sous traitement et vous êtes constamment appelé à faire des visites de contrôle comme celles d'aujourd'hui. Donc si au cours d'une de vos visites de contrôle, les médecins ophtalmologues vous proposaient un accompagnement qui puisse vous permettre d'acquérir des aptitudes pratiques pour faire face à la cécité, bien qu'étant voyante et bien qu'étant sous ce collyre.

P : (Rire). Qui veut ... je ne veux même pas m'imaginer l'autre-là !! je préfère encore mon niveau-ci ! je préfère encore ça !

C : On ne parle pas du cas où ça arrive.

P : Euilllllll ! je ne veux même pas, parfois je songe, donc parfois je songe un peu à ça mais ... tsuuuip

C : Vous songez à quoi ?

P : *A la cécité ... à quoi ? vous appelez ça Quoi !?*

C : cécité !

P : *voilà, à la cécité-là ! parfois, je songe à ça, mais je ne veux même ... héééééé ... je ne sais pas. Peut-être que si je perdais totalement ma vue, peut-être si je perds totalement ma vue, tsuips Je sais pas si je vais supporter comme d'autres.*

C : Mais bon, si on vous propose maintenant un accompagnement justement dans le sens de pouvoir prévenir la possibilité, c'est à dire on vous apprend comment vous comporter comme les personnes aveugles se comportent. Bien qu'étant voyante et bien qu'étant sous traitement, quelle serait votre réaction, du moins si le médecin vous faisait une telle proposition ?

P : *On dit souvent qu'il ne faut pas dessiner le diable sur le mur nooorh ... Donc c'est mieux de ne même pas songer alors que là ... Bon, même comme quand ... puisque que le colonel Yangou ... m'avait demandé de prendre de mon œil comme ... plus que mon bébé ! donc ça doit être du genre où je vais éviter tout, tout, tout, tout, tout sur l'œil, tout a de choc ou bien ... Surtout l'oeil opéré. il faut éviter tout genre de choses, même pas un giffle. Ou bien pour s'amuser, que le moindre choc peut enclencher autre chose sous mon oeil, mieux j'évite le choc. C'est pour ça que effectivement, j'évite les chocs. J'évite tout ce qui va ewouéééééééé ... Je ne veux même pas penser à l'autre-là, avant quand je pensais même à perdre la vue, Je me disais seulement que si je perds je vais seulement me suicider.*

C : Bon, nous sommes pas dans mon cas, n'est-ce pas? Mais si ... vu que l'accompagnement est à titre préventif c'est à dire, on peut vous fournir des gestes appropriés. En termes de prévention. Je prends un exemple notamment comment je le déplace dans une pièce, Sans voir ... Comment lire autrement que d'ordinaire ... Pour vous apprendre à faire les choses autrement en fait.

P : *Comme ils lisent avec les doigt !!!*

C : C'est vrai que beaucoup ne le savent pas, mais c'est possible !

P : *Oui, c'est vrai, tu peux être voyante, mais tu lis aussi comme eux*

C : Bon maintenant, si on vous propose l'accompagnement ?

P : *L'accompagnement ça sera même payant ?*

C : pardon ?

P : *ça sera payant*

C : Bon, nous ne sommes encore à ce niveau-là, bien entendu, c'est un service qui peut se négocier, mais est ce que l'offre en elle-même vous parle ?

P : *Bon, faut seulement ... faut réfléchir, par rapport à nous (les patients), ça nécessite une réflexion. Comme point, mais ça nécessite une réflexion. pas là là, là, ça nécessite une réflexion.*

C : Mais est-ce que vous trouvez au moins sur la chose ...

P : *Non, c'est important, c'est quand même important, c'est une bonne initiative !*

C : Donc ça pourrait vous intéresser ?

P : *Oui.*

C : D'accord merci

C : D'accord ! Je suppose qu'après l'annonce de la maladie, le médecin a dû vous faire un petit speech concernant la maladie. Bon, maintenant, qu'est-ce que vous, vous retenez du glaucome par rapport à ce qu'on vous a dit à l'hôpital ce jour-là ?

P : *Depuis l'opération de maman, étant donné que je m'étais renseignée sur la maladie, je sais que le glaucome est une maladie oculaire qui attaque la vision ? Je le sais que c'est une maladie qui à la longue conduit à ... Ce qui peut te rendre aveugle. Je sais que c'est incurable. Donc je sais que on peut calmer ou on peut comme on dit ralentir le processus d'aveuglement. Si je peux dire ça comme ça !*

C : D'accord ! Qu'est-ce que vous avez appris ? ... Bon après l'entretien, est-ce que tu as eu à faire des recherches sur le plan personnel ?

P : *Bon pas vraiment ! Ce qui s'est passé. Que comme je vous ai dit, ça s'est passé exactement six mois que j'ai eu à me faire une véritable consultation parfois. Bon, on m'a fait savoir que pour mon âge je suis à un numéro important d'accord, mais on ne sait pas encore s'il faille qu'on me mette sous traitement, parce qu'il y'a deux façons ... il y a deux traitements. Il y'a sous intervention chirurgicale et il y a je sais pas ... ça je sais pas quel est le médicament qu'on met, je ne sais pas si ce sont les glaucomes ou ce sont les comprimés ou ces trois je sais pas. Là ! c'est quand tu commences ... on dit que pour les personnes jeunes, on ne se précipite pas pour commencer le traitement. Parce que c'est quelque chose que quand tu commences, c'est à vie. Donc on dit que c'est encore trop jeune. Et aussi, c'est vrai qu'un œil est un peu plus affecté que l'autre. Mais dans six mois que je revienne. Donc en principe je dois rentrer à l'hôpital pour qu'on me dise si ça ... En fait on veut voir si l'évolution est rapide ou lente. Dans la mesure où c'est rapide, on va devoir, je vais devoir choisir mon mode de traitement, soit intervention chirurgicale, soit sous collyre peut-être je suppose. Bon maintenant, moi j'ai peur de l'hôpital.*

C : Bon, est ce que vous pouvez m'expliquer en quoi va consister les deux modes de traitement ?

P : *Bon, pas vraiment. Je pense que c'est cette fois ci qu'on va me dire. Et sinon, c'est comme je l'ai dit, ce sont les collyres à vie, à vie parce que si tu ne prends parce que tu te dis que ça va s'arrêter c'est à vie. L'intervention chirurgicale avec maman. Je me disais que quand on va opérer, ça va aller. Donc par exemple l'œil qu'on a opéré. Je me disais que on allait ... je ne sais pas ... qu'elle allait retrouver une meilleure vision. Mais. Elle me dit déjà qu'elle ne voit plus avec cet œil, donc en fait on a juste bloqué la poursuite du virus pour que ça ne gêne pas totalement l'oeil. Elle voit quand même mais elle ne peut plus voir avec cet œil genre faire des lectures avec cet œil-là.*

C : D'accord.

P : *Donc ce que j'ai appris c'est que bien qu'on opère, c'est pas comme si on te guérit du glaucome.*

C : Par rapport à l'annonce de la maladie qui a été faite, est ce qu'il y a des choses à redire par rapport ?

P : *La femme avait l'air un peu inquiète. C'est une femme qui voulait me rassurer, elle disait que j'avais peur et le fait qu'elle pensait que j'avais peur, ça m'a un peu donné la peur. J'étais accompagné. Ce qui est bien, j'étais avec mon fiancé, donc ça m'a gêné dans la mesure où c'est ... il va falloir que je suive un traitement de toute manière, je ne veux pas tomber aveugle parce que c'est ... on dit que ... c'est comme ça. La maladie peut être là, ça ne te prévient pas et puis **BAMMM**, tu perds la vue subitement, bon ça c'est un cas que mon oncle, mon grand-père a eu donc c'est ma grosse peur. Peut-être parce que mon cas, J'ai tellement les maux de tête donc mes symptômes sont tellement fort que je me dis qu'un jour ça peut arriver que je sois aveugle. Bon, c'est ma grosse peur sinon le traitement collyres, ça m'effraie pas, ça me convainc heinnnnnnnnnnnn (sourire). J'ai pas de mal à*

prendre les collyres toute une vie. Même comme on dit qu'on préfère l'intervention chirurgical mais J'ai peur (air de tristesse dans la voix) !

C : Ok, bon, je vais vous poser une situation et vous me direz votre ressenti par rapport à la situation et si ça peut te convenir aussi. Bon maintenant j'aimerais savoir si on te place sous traitement entre temps et à côté peut être les colis que tu vas choisir de prendre vu que l'opération t'effraie un peu, si le médecin ophtalmologue te propose un accompagnement qui te permette de vivre sans pouvoir compter sur la vue. Est ce que ça te parle ?

P : *Aaaaaaaaah (air déconcerté), on peut pas compter sur la vue comment ?*

C : Bon, je vais reformuler ! Euh, Tu es voyante mais on te met sous traitement. Mais maintenant on te propose un apprentissage (bien qu'étant voyant), pour pouvoir te comporter comme une personne aveugle si jamais la cécité arrivait. En gros, c'est un peu ça. On peut apprendre à lire autrement, à marcher ou à te déplacer autrement, bref à faire les choses autrement, de façon préventive.

P : *Je trouve que c'est un cadeau que les médecins peuvent offrir aux patients. Mais je suis quelqu'un de ... je sais pas comment dire ça ... sensible et effrayé facilement. Donc quand il a besoin à me proposer ça, étant donné que je vois encore bien (rire), je vais peut-être dire qu'on remette la séance d'apprentissage à plus tard, parce que le fait d'apprendre ça va me m'embarrasser, ça va me me stresser, me dire qu'il est fort probable que vraiment, il est fort probable qu'un de ces quatre matins je me retrouve aveugle. Mais sinon c'est une bonne chose quand même. parce que se réveiller aveugles c'est recommencer à zéro et si tu n'as pas eu le temps de t'adapter je me dis les gens qui sont passé par là seront nettement mieux que ceux qui n'ont pas eu la chance de bénéficier.*

C : mais est-ce que ça vous parle quand-même ?

P : *oui oui !!!*

C : D'accord

ANNEXE 13 : RETRANSCRIPTION HMR029

C : Racontez-vous comment s'est déroulée la phase diagnostic de votre glaucome ! Donc, Qu'est-ce qui vous a poussé à aller consulter ?

P : *Bon ! j'avais les problèmes de vue, c'était difficile de lire. Même à la télé je n'arrivais plus franchement. Bon, maman a vu que euilll ! Ça devient déjà problématique. Nous sommes donc allés consulter, dans une clinique-là, **vision clinique** ; C'est là-bas donc qu'on a fait des examens et tout ... on m'a demandé ... là-bas on m'a d'abord fait, les trucs euh ... on a fait une partie là-bas. Mais comme il n'avait pas tout le matériel, ils m'ont envoyé à la CNPS, pour faire l'OCT et le champ visuel. Je suis allé faire et ils m'ont remis les résultats et ils m'ont demandé d'aller voir mon médecin traitant pour l'interprétation. Je suis allé donc ... Elle m'a dit : « vous connaissez ce que c'est que le glaucome ? » « Noooooooooooooooooon » ai-je répondu ! elle a donc dit : « c'est une maladie et tout et tout, qui conduit à la cécité ! » aaaaaaaaaaaaaaaaaah mn cœur a d'abord fait TOUM ! Seigneur ekieeee, l'autre-ci c'est encore quoi ? Après elle m'ait non, ne vous en faites pas, c'est un truc que ... elle a dit quoi ! que ... bref que je n'ai pas à paniquer et que, elle considère ça comme un début de glaucome, elle peut pas me dire que c'est ça. Que c'est un début, parce que selon les analyses, ma vue est un peu ... le nerf comme ça, comme ça ... mais que quand on se doute c'est peut-être ça on te met sous collyre. Elle a donc précisé que c'est à vie ... chaque mois, chaque mois.*

C : Et par rapport au nerf, que le nerf a fait quoi ?

P : *Le nerf commençait déjà à être touché, donc affaibli, ce n'était plus ... je ne sais pas si c'est le mot que je dois utiliser. Mais c'était déjà touché et affaibli.*

C : Ok ! En dehors du défaut vision, est-ce qu'il y'a d'autre(s) signe(s) qui t'ont poussé à consulter ?

P : *Non ! Juste ça hein, juste la vue.*

C : D'accord ! aux vues des différentes discussion que vous avez eu avec votre médecin traitant, qu'est-ce que vous reprenez du glaucome ?

P : *Je sais que c'est une maladie qui rend aveugle, qu'il ne faut pas négliger. Qu'il faut bien ... parce qu'elle m'a bien précisé que : il faut suivre ton traitement, dès que tu te rends compte qu'il te reste peut-être 3 petits trucs de glaucome, de collyre-là, va directement acheter pour ne pas sauter des jours pour ne pas mettre.*

C : Bon, que saviez-vous du glaucome bien avant le diagnostic ?

P : *Rien !*

C : Rien du tout ?

P : *Hum hummm !*

C : Est-ce qu'elle vous a entretenu sur les différents moyens de traitement ?

P : *Hum hummm, elle a dit, il y'a on opère, bon là c'est quand c'est déjà grave heinnnnn qu'on opère. Elle a dit : il y'a l'opération, il y'a les lentilles ... mais je crois que c'est ça : opération, lentilles et les collyres. Bon, elle a dit que chez moi c'est juste les collyres hein. C'est tout !*

C : Bon en dehors de ce qu'elle vous a dit, est-ce que vous avez eu à faire des recherches personnelles ? Sur internet, etc. ?

P : *(signe de la tête en guise de « non » et rires)*

C : Qu'est-ce qui t'a été proposé comme traitement ?

P : *Monoprost*

C : Ça sert à quoi ? t'as une idée ?

P : *Ça sert à diminuer la tension de mon œil, parce que ma tension était vraiment élevée. Donc ça diminue, en fait ça, ça régularise. En fait ça met ça au niveau qu'il faut.*

C : Ok, en dehors de régulariser est-ce que tu as une idée d'une autre fonction que le collyre peut avoir sur le glaucome ?

P : *Je ne sais pas*

C : Ok, bon, je vais vous poser une situation et vous me direz votre ressenti par rapport à la situation et si ça peut te convenir aussi. Bon maintenant j'aimerais savoir si on te place sous traitement entre temps et à côté peut être les colis que tu vas choisir de prendre vu que l'opération t'effraie un peu, si le médecin ophtalmologue te propose un accompagnement qui te permette de vivre sans pouvoir compter sur la vue. Quelle serait votre réaction ?

P : *je vais d'abord wanda mais après si c'est nécessaire, Ok !*

C : D'accord, Wanda pourquoi ?

P : *Genre, est-ce mon mal est au niveau où il faut un accompagnement genre comme si je vais perdre la vue !*

C : Bon, c'est vrai que ce n'est pas comme tu vas perdre la vue mais c'est préventif dans le cas où l'éventualité pourrait se présenter, vous pourrez déjà être paré à savoir comment vous comporter ou bien vers quelle structure vous tournez si jamais. Ça englobe tout !

P : *Ouais pourquoi pas, c'est toujours bon à savoir !*

C : En quoi cela pourrait vous convenir ?

P : *Dans la mesure où ça va m'aider norh, au cas où.*

C : D'accord, merci pour votre participation.

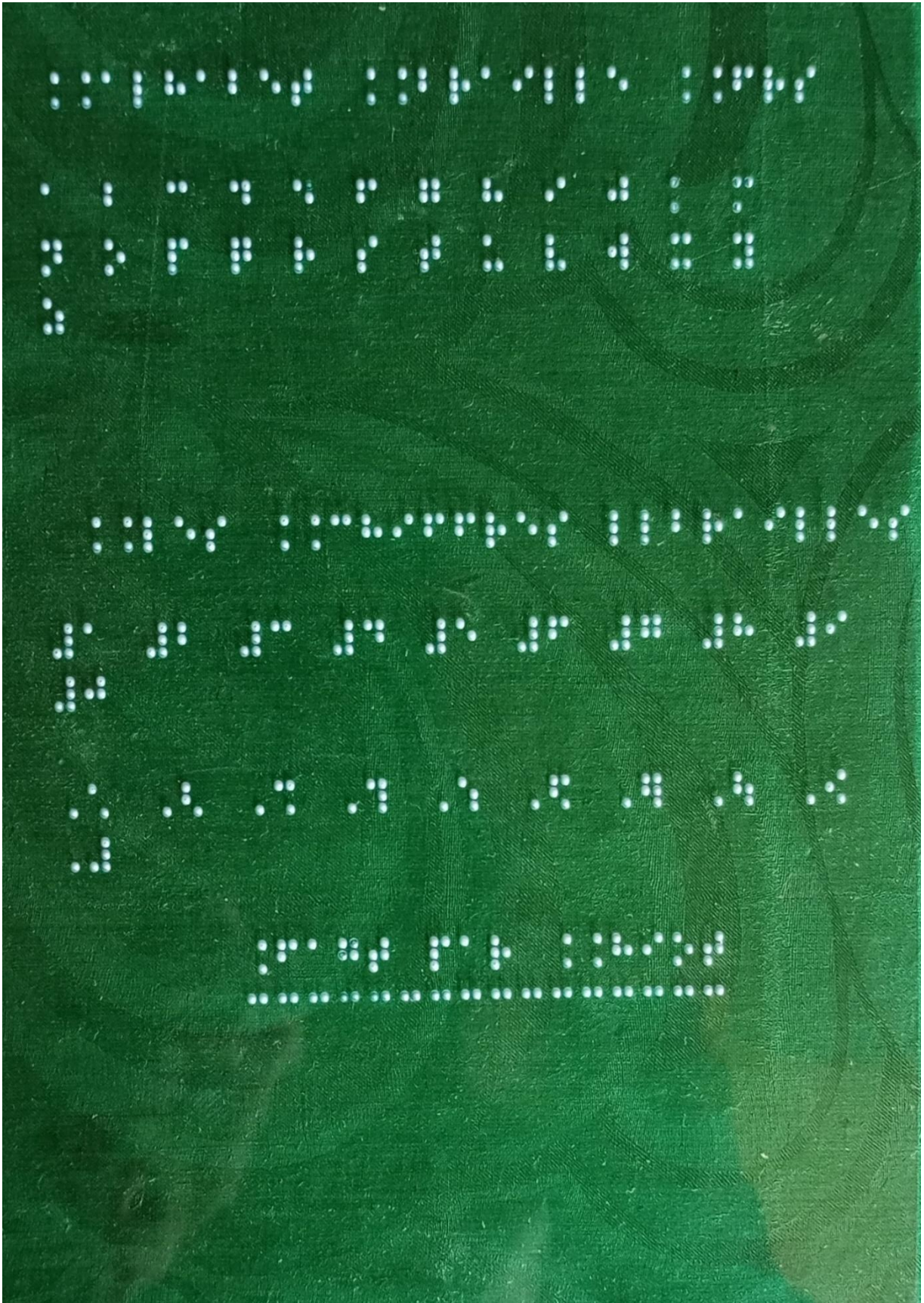
**ANNEXE14 : QUESTIONNAIRE DU SENTIMENT D'EFFICACITE PERSONNELLE
EN LIEN A L'ACTE VICARIANT SENSORIELLE**

Le présent questionnaire permet d'évaluer votre capacité à vous sentir apte à prendre part à un programme de prise en charge centré sur les incapacités dû au manque de vision. Parmi les énoncés suivants indiquez ceux qui pourraient vous correspondre au mieux.

1	2	3	4
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord

Q01	Je n'éprouve aucune difficulté à me mouvoir dans une pièce obscure (absence de lumière) que je connais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q02	Je n'ai pas peur de rester dans l'obscurité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q03	J'ai beaucoup d'inquiétude quand il s'agit de rester seul(e) dans une pièce obscure (absence de lumière).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q04	J'ai des difficultés à marcher sur les sols accidentés de mon quartier si les rues ne sont pas éclairées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q05	J'arrive à m'orienter dans une maison obscure (absence de lumière) en me servant de la voix des personnes qui s'y trouvent comme point de repère.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q06	Lorsqu'il nous arrive d'avoir un échange à plusieurs dans une pièce obscure (absence de lumière), j'arrive à reconnaître mes proches grâce au son de leur voix.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q07	Savoir d'autres glaucomateux(euses) s'impliquer dans un programme leur permettant de vivre sans compter sur la vue, me pousse à réussir aussi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q08	Lorsque je sais comment une personne déficiente visuelle se déplacer dans un espace, je me sens capable de faire la même chose, de la même façon, si et seulement si, j'ai la possibilité de savoir comment le faire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q09	Je me sentirai capable de prendre part à ce programme, si j'ai connaissance d'autres glaucomateux(euses) qui y prennent part.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q10	Si une personne glaucomateuse réussit à lire du braille avec ses doigts sur une feuille de papier, je peux également le faire si je sais comment le faire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q11	Après plusieurs séances d'observation d'un(e) autre glaucomateux(euse) en exercice, je crois pouvoir être capable de lire du braille avec mes doigts sur du papier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q12	Fréquenter des glaucomateux(euse) qui bénéficient d'un tel accompagnement ou des personnes déficientes visuelles pourrait m'emmener à me sentir capable de vivre sans la vue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q13	Si ma famille pense que je peux me déplacer dans un espace sans utiliser la vue, cela pourrait effectivement renforcer ma certitude à croire que je peux le faire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q14	Si mon médecin ophtalmologue me recommande d'associer au traitement médical, un accompagnement de ce genre, cela pourrait renforcer ma certitude à croire que je peux réussir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q15	Recevoir le témoignage d'autres glaucomateux ayant participé à un programme de ce genre pourrait renforcer ma certitude à croire que je peux réussir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q16	Je crois pouvoir mieux m'investir dans ce programme, si ma famille récompense mes efforts par leurs encouragements.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q17	Entendre mes proches (collègues/amis/camarades/etc.) dire qu'ils croient en moi, pourrait m'aider à surmonter les difficultés auxquelles je pourrai faire face dans un programme de ce genre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q18	Plus je me sentirai encouragé par mon entourage, mieux j'irai encore plus loin car j'aurais pleinement confiance en mes capacité à pouvoir réussir un programme de ce genre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANNEXE 15 : PLANCHE BRAILLE



ANNEXE 16 : QUESTIONNAIRE DE LA MOTIVATION EN LIEN A

L'ELABORATION DE LA VICARIANCE SENSORIELLE

Indiquez dans quelle mesure chacun des énoncés suivants pourrait correspondre à l'une des raisons qui puissent vous pousser à suivre ce programme.

1	2	3	4
Ne correspond pas du tout	Ne correspond pas	Correspond	Correspond très fortement

Pourquoi prendrez-vous part à un accompagnement de ce genre ?

Q01	Parce que cela va me permettre de prendre une certaine avance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q02	Parce que cela fera certainement partie intégrante de moi d'ici quelques années.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q03	Parce que j'éprouve du plaisir et de la satisfaction à apprendre de nouvelles choses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q04	Parce que selon moi, cela me permettra de faire face aux difficultés susceptibles de survenir dans les temps à venir (ou pour ma possible condition de vie futur).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q05	Honnêtement, je ne le sais pas ; j'aurai vraiment l'impression de perdre mon temps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q06	Pour me prouver à moi-même que je suis pleinement capable de le faire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q07	Pour pouvoir être prêt à toutes les éventualités.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q08	Pour le plaisir que j'ai à découvrir de nouvelles choses jamais vues auparavant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q09	Parce qu'éventuellement cela peut me permettre d'envisager un certain nombre de perspectives, surtout du point socioprofessionnel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q10	Ayant déjà certainement de bonnes raisons de prendre part à un accompagnement de ce genre, je me demande si j'irai jusqu'au bout.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q11	Parce que ce type d'accompagnement sied avec cette partie de moi que je suis loin de vouloir ignorer aujourd'hui.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q12	Parce que le fait d'y prendre part me permettra de pouvoir m'apprécier autrement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q13	Parce que je veux pouvoir mieux rebondir plus tard.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q14	Pour le plaisir d'en savoir un peu plus sur la possibilité de faire les choses autrement que d'ordinaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q15	Parce que cela pourra m'aider dans l'organisation de mon lendemain.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q16	Je ne parviens pas à voir pourquoi je prendrai part à cet accompagnement et franchement je m'en fous pas mal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q17	Parce que cela fait partir de ce qui sera probablement ma vie dans les années à venir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q18	Pour me prouver que je suis une personne pleine de courage, d'audace, de détermination et qui ne recule pas face à l'adversité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q19	Pour pouvoir mieux m'assumer plus tard.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q20	Parce que cela peut me permettre d'apprendre des choses qui semblent intéressantes et porteur d'intérêt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q21	Parce que je crois que cet accompagnement pourra m'aider à développer de nouvelles façons de me comporter face à l'adversité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q22	Je ne le sais pas ; je ne parviens pas à comprendre pourquoi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q23	Parce que j'aimerais me prouver à moi-même que je suis suffisamment apte pour y prendre part.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q24	Parce qu'il est fort possible que cela traduise une expression de ma personne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	I
DEDICACE.....	II
REMERCIEMENTS	III
LISTE DES TABLEAUX.....	IV
LISTE DES FIGURES	VI
LISTE DES ABREVIATIONS, ACRONYMES, SIGLE ET SYMBOLES	VII
LISTE DES ANNEXES	IX
RESUME.....	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE.....	5
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ETUDE	6
1.1. Contexte.....	6
1.1.1. Etat des lieux	6
1.1.2. Constat.....	9
1.2. Justification.....	11
1.3. Problème.....	13
1.4. Questions de recherche	16
1.5. Hypothèses de recherche	17
1.5.1. Hypothèse générale	17
1.5.2. Hypothèses opérationnelles.....	17
1.6. Objectifs de recherche	17
1.6.1. Objectif générale	17
1.6.2. Objectifs spécifiques	17
1.7. Intérêts de recherche	18
1.7.1. Intérêt social	18
1.7.2. Intérêt économique	18
1.7.3. Intérêt scientifique.....	18
1.8. Délimitation de la recherche.....	18
1.8.1. Délimitation géographique	19
1.8.2. Délimitation temporelle.....	19
1.8.3. Délimitation du champ d'étude	19
1.9. Définition des concepts	19
1.9.1. Personne	20
1.9.2. Glaucome	20

1.9.3.	Personne glaucomateuse	20
1.9.4.	Sentiment d'efficacité personnelle	20
1.9.5.	Motivation	21
1.9.6.	Elaboration	22
1.9.7.	Vicariance.....	22
1.9.8.	Vicariance sensorielle	23
1.9.9.	Elaboration de la vicariance sensorielle	23
1.9.10.	Motivation à l'élaboration de la vicariance sensorielle.....	23
2.1.	Physiopathologie du glaucome	24
2.1.1.	Rappel anatomique de l'appareil oculaire	24
2.1.1.1.	Anatomie du globe oculaire	24
2.1.1.1.1.	Contenant	24
2.1.1.1.2.	Contenu	25
2.1.2.	Physiologie de l'humeur aqueuse.....	26
2.1.3.	Physiopathologie d'un œil sujet à un GPAO	27
2.1.4.	Suivi thérapeutique.....	28
2.1.4.1.	Entre but de contentement et but idéal.....	28
2.1.4.2.	Description des modes de traitement	29
2.1.4.2.1.	Traitement médicamenteux	29
2.1.4.2.2.	Traitement laser ou physique : trabéculoplastie.....	30
2.1.4.2.3.	Traitement chirurgicale : la chirurgie filtrante	31
2.1.5.	GPAO et impacts psychologiques	32
2.2.	Psychologie de la motivation.....	34
2.2.1.	Généralités.....	34
2.2.2.	Rapports entre les théories motivationnelles.....	35
2.2.3.	Théorie de l'autodétermination (Déci et Ryan, 1985).....	37
2.2.3.1.	Motivation intrinsèque	37
2.2.3.2.	Quelques données sur la motivation intrinsèque	37
2.2.4.	La théorie du Sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 1977).....	39
2.2.4.1.	Les croyances personnelles d'efficacité « perçues »	39
2.2.4.2.	Croyances personnelles d'efficacité : comment procéder à leur développement ?.....	41
2.2.4.3.	Quelques résultats autour du modelage de maîtrise.....	43
CHAPITRE 3 : CADRE CONCEPTUEL.....		47
3.1.	Sentiment d'efficacité personnelle	47
3.1.1.	Bref aperçu de la Théorie Social Cognitive (Afonso & al., 2012 ; Ruph, 1997 ; Carré, 2004)	47
3.1.2.	Définition du sentiment d'efficacité personnelle	48
3.1.2.1.	Sentiment d'efficacité personnelle ou auto-efficacité ?.....	48

3.1.2.2.	Sentiment d'efficacité personnel : entre jugements et croyances	49
3.1.3.	Sentiment d'efficacité personnelle et son système de croyances	50
3.1.4.	Sentiment d'efficacité personnelle et régulation des conduites humaines	51
3.1.5.	Sentiment d'efficacité personnelle et ses effets	53
3.2.	Auto-détermination ou motivation autodéterminé	53
3.2.1.	Définition de la motivation	53
3.2.2.	Théorie de l'auto-détermination	55
3.2.2.1.	Définition de l'autodétermination	55
3.2.2.2.	Fondement théorique de l'auto-détermination	55
3.2.2.3.	L'auto-détermination et ses types motivationnels	56
3.2.2.3.1.	Fonctionnement générale	56
3.2.2.3.2.	Les types et sous-types motivationnels	58
3.3.	Vicariance	61
3.3.1.	Fondements théoriques	61
3.3.2.	Types de vicariance	62
3.4.	Plasticité cérébrale	63
3.4.1.	Définition	63
3.4.2.	Neuroplasticité fonctionnelle compensatoire	64
3.5.	Nyctophobie	66
DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE.....		68
CHAPITRE 4 : APPROCHES METHODOLOGIQUES		69
4.1.	Terrain d'enquête : Service Spécialisé d'Ophthalmologie de l'Hôpital d'Instruction, d'Application et de Référence des Armées de Yaoundé (SSO/HIARAY)	69
4.2.	Type d'étude	72
4.3.	Population de l'étude et population cible	72
4.3.1.	Population de l'étude	72
4.3.2.	Population cible	74
4.3.3.	Critères d'inclusion	74
4.3.4.	Critères d'exclusion	75
4.4.	Méthode d'échantillonnage	76
4.4.1.	Echantillonnage	76
4.4.2.	Echantillon par choix raisonné	76
4.4.3.	Description de l'échantillon	76
4.4.3.1.	Sexe	76
4.4.3.2.	Âge	77
4.4.3.3.	Niveau d'étude	77
4.4.3.4.	Profession	78
4.4.3.5.	Pathologie(s) associée(s)	80

4.4.3.6.	Antécédent familiale	80
4.5.	Technique et outils/instrument de collecte de données	81
4.5.1.	Technique de collecte des données	81
4.5.2.	Outils/instrument de collecte de données	82
4.6.	Variables de l'étude	83
4.6.1.	Variable indépendante (VI)	83
4.6.2.	Variable dépendante (VD)	84
4.7.	Considération déontologiques/éthiques	86
4.8.	Méthode d'analyse des données	86
CHAPITRE 5 : PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS DE L'ETUDE.....		88
5.1.	Résultats des prélèvements qualitatifs issus des entretiens	89
5.1.1.	Motifs de consultation	89
5.1.2.	Niveau de connaissance des patients sur le glaucome	90
5.2.	Résultats issus des prélèvements quantitatifs	91
5.2.1.	Analyses descriptives des dimensions de la VI et de la VD	91
5.2.1.1.	Analyse descriptive des Expériences de Maîtrise (EM).....	91
5.2.1.2.	Analyse descriptive des Expériences Vicariantes (EV).....	92
5.2.1.3.	Analyse descriptive de la Persuasion Verbale (PV).....	93
5.2.1.4.	Analyse descriptive de la Motivation Intrinsèque (MI)	94
5.2.1.5.	Analyse descriptive de la Motivation Extrinsèque (ME).....	95
5.2.1.6.	Analyse descriptive de l'Amotivation (AM)	96
5.2.2.	Analyses corrélationnelles.....	97
5.2.3.	Analyses de régression entre les dimensions de la VI et de la VD	99
5.2.3.1.	Résultats issus de l'analyse de régression entre les expériences de maîtrise et la motivation intrinsèque.	99
5.2.3.2.	Résultats issus de l'analyse de régression entre les expériences vicariantes et la motivation intrinsèque	100
5.2.3.3.	Résultats issus de l'analyse de régression entre la persuasion verbale et la motivation intrinsèque.....	101
5.2.3.4.	Résultats issus de l'analyse de régression entre les expériences de maîtrise et la motivation extrinsèque	101
5.2.3.5.	Résultats issus de l'analyse de régression entre les expériences vicariantes et la motivation extrinsèque	102
5.2.3.6.	Résultats issus de l'analyse de régression entre la persuasion verbale et la motivation extrinsèque	103
5.2.3.7.	Résultats issus de l'analyse de régression entre les expériences de maîtrise et l'amotivation	103
5.2.3.8.	Résultats issus de l'analyse de régression entre les expériences vicariantes et l'amotivation	104

5.2.3.9. Résultats issus de l'analyse de régression entre la persuasion verbale et l'amotivation	105
CHAPITRE 6 : DISCUSSION DES RESULTATS	106
6.1. Discussion des résultats	106
6.1.1. Données des prélèvements qualitatifs issus des entretiens.....	106
6.1.1.1. Motif de consultation	106
6.1.1.2. Niveau de connaissance	107
6.1.2. Analyses de régression	109
6.1.2.1. Les expériences de maîtrise facilitent la motivation intrinsèque à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez la personne atteinte de glaucome.....	109
6.1.2.3. La persuasion verbale consolide la motivation intrinsèque à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez la personne atteinte de glaucome.....	113
6.1.2.4. Le sentiment d'efficacité personnelle constitue un facteur de motivation à l'élaboration de la vicariance sensorielle chez la personne glaucomateuse (hypothèse générale) 114	
6.2. Limites de l'étude et recommandations	117
6.2.1. Limites de l'étude.....	117
6.2.2. Perspectives à envisager.....	118
CONCLUSION	120
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	123
ANNEXES	XI
TABLE DES MATIERES	XLIII