

Le Rôle du Psychologue dans une équipe pluridisciplinaire de rééducation d'adultes déficients visuels

Quel peut être le rôle d'un Psychologue travaillant au sein d'une Equipe pluridisciplinaire de rééducation fonctionnelle du handicap ?

- Il n'est généralement pas un rééducateur pouvant proposer une technique concernant les déplacements ou les différentes activités de la vie quotidienne. (Dans quelques cas cependant, le psychologue -ou le neuro-psychologue- peut se trouver en situation de rééducation fonctionnelle, lors de la prise en charge de troubles neuropsychologiques par exemple).
- Il n'est pas non plus un thérapeute travaillant avec le sujet des conflits psychiques inconscients. (En effet, le suivi psychothérapeutique nécessite une liberté d'expression de la part du patient et du temps, or l'un comme l'autre sont le plus souvent trop limités dans le cas de rééducation en internat de quelques semaines.)
- Son rôle, sa place, est en lien avec l'équipe, d'aider le sujet à verbaliser et intégrer les répercussions psychologiques du handicap et de la rééducation proposée.

Soit en fait, trois niveaux d'intervention :

- Le sujet, l'image qu'il se fait de lui-même et de ses possibilités,
- L'entourage familial,
- L'avenir personnel et-ou professionnel.

L'accompagnement de la personne handicapée au cours de sa rééducation.

Les acquisitions réalisées à travers les activités techniques de la rééducation sont essentielles et aisément perceptibles par le sujet et son entourage. Cependant, elles ne permettent pas à elles seules de retrouver indépendance et autonomie. La rééducation n'est jamais uniquement une addition de techniques, aussi pertinentes soient-elles. Elle est plutôt l'adéquation de ces techniques à une évolution personnelle du sujet handicapé. Evolution de l'image de soi où s'intègre, de la façon la plus objective possible, un savoir faire et la juste conscience de ses limites. Etre handicapé, le devenir, est bien souvent dans un premier temps se définir en négatif, par défaut : je suis celui qui ne peut pas faire un certain nombre de choses. Le rôle du psychologue est de s'appuyer sur les acquis progressifs de la rééducation pour permettre au sujet de restaurer son image et redonner une plus juste place à son handicap. Percevoir ce handicap, non pas comme une limite à l'être : un "moins être", mais comme un des éléments qui délimite les capacités de faire et de se réaliser : cheminement personnel long et difficile où l'accompagnement psychologique doit permettre à chacun de franchir les étapes clefs.

Accepter de se donner du temps : temps pour intégrer le handicap ([travail de deuil](#)), temps pour mettre en place les techniques permettant d'y pallier au mieux : pour cela, le psychologue doit suivre pas à pas les évolutions de la rééducation et bien souvent adopter une attitude de contrepois

- Quand le sujet progresse dans ses capacités d'autonomie, prendre en compte ses progrès sans pour autant oublier les limites qui subsistent ou subsisteront
- Quand le sujet est en échec, relativiser cet échec par rapport au degré d'autonomie initial et valoriser les acquis.

L'objectif n'étant pas que le sujet fasse l'économie de sa souffrance (découragement, sentiment d'incapacité, perception des progrès comme impossibles, vécu pénible des limites induites par le handicap ...) mais qu'il puisse verbaliser cette souffrance, c'est-à-dire considérer ses difficultés présentes en perspective, comme un moment difficile mais nécessaire d'une évolution, une étape dans son objectif d'autonomie. S'il ne s'agissait que de technique, de savoir, la rééducation serait simple, uniquement un effort de mémoire et de concentration. Mais, en fait, chaque progrès redéfinit la place du handicap : commencer à apprendre à se servir d'une canne (accepter d'être perçu comme non ou mal voyant), développer l'audition ou le toucher (modifier les automatismes acquis, chez l'aveugle ou le malvoyant récent) etc ...

Pour permettre cette évolution personnelle, l'intervention du psychologue se fait à deux niveaux :

- D'une part, au cours de réunions avec l'Equipe de rééducateurs, il fait le point régulièrement de l'évolution du sujet, les acquis, les blocages, les différentes stratégies adoptées par la personne handicapée face aux difficultés rencontrées (cette dernière en parle avec les rééducateurs, adopte une attitude de fuite, un comportement paradoxal d'échec, de défis ...).
- D'autre part, avec le sujet, au cours d'entretiens individuels, là aussi réguliers, il reprend au quotidien le vécu, les difficultés comme les acquis, l'aide à analyser ses propres réactions ainsi que l'évolution de l'image qu'il se fait de lui-même. Ces entretiens de soutien ont pour but de permettre à la personne handicapée de mieux organiser son effort au cours de la rééducation et d'assimiler, à son rythme, les évolutions. Mais ils apportent également des éléments d'information à chacun des rééducateurs afin d'adapter le travail au plus près des besoins et transformations du sujet.

Le rôle du Psychologue auprès des familles

La présence, ou la survenue, d'un handicap chez un sujet implique de façon immédiate, et parfois importante, des perturbations familiales (modification des relations, état de dépendance, anxiété ...). Aussi est-il nécessaire d'établir avec la famille un contact, ceci avec principalement deux objectifs :

- D'une part, en début de rééducation, faire le point avec l'entourage du type de relation établi avec le sujet depuis son handicap, l'aide apportée, les bénéfices secondaires induits, l'inquiétude et la perception de l'avenir notamment. Le but est de permettre à la famille de faire le point de son vécu souvent difficile, d'être écouté et de l'aider à analyser l'angoisse, l'agressivité ou la culpabilité ressentie, un peu comme on se décharge. Baliser avec elle les étapes et les passages obligés de la rééducation (découragement du sujet, sentiment d'impuissance ou euphorie), puis l'inviter ultérieurement une fois que l'autonomie a été bien mise en place par la personne handicapée, à venir prendre part à toute ou partie d'une journée de rééducation.

Journée, pendant laquelle elle assiste à l'ensemble des activités du sujet et peut ensuite faire avec lui, et le psychologue, le bilan de ses observations.

- Le deuxième objectif visé par ces rencontres avec la famille, en rééducation, est de permettre une adéquation entre les capacités et moyens nouveaux développés par le sujet, la conscience qu'il en a, et la confiance qu'on lui fait. C'est-à-dire faire que la famille puisse progressivement trouver avec le sujet handicapé une juste attitude, à la fois stimulante et rassurante. Ne pas tout faire à sa place niant les progrès réalisés en rééducation, ni, à l'inverse, s'en remettre à un "laisser-faire" niant la réalité du handicap.

Evolution complexe qui ne peut se réaliser d'un coup, l'intervention du psychologue étant ici de favoriser la communication de part et d'autre, des inquiétudes, tensions et attentes, permettre à chacun de dire, et se dire, ce qui perturbe la relation. Cela afin que la personne handicapée puisse atteindre une autonomie plus large, Non pas simplement bagage technique utilisable avec confort et sécurité, mais aussi la maîtrise de son utilisation : demander une aide ou non, définir laquelle, comment, jusqu'où. En un mot faire que le sujet puisse lui-même, en fonction de ses besoins et possibilités, choisir les moyens de ce qu'il souhaite réaliser.

Pour ce faire, il est possible que le psychologue, en cours et en fin de rééducation, revoie plusieurs fois la famille pour aider à mettre en place ce nouvel équilibre relationnel.

Le travail avec le sujet concernant la représentation de son avenir.

La rééducation s'inscrivant dans un processus dynamique, au fur et à mesure des évolutions, la représentation de l'avenir du sujet se modifie. Le psychologue s'appuyant sur cette évolution doit aider à mettre en place une réadaptation cohérente tenant compte du milieu social et-ou professionnel de chacun. Reprise d'activités personnelles, sociales ou professionnelles, nouvelle orientation, nouvelle formation parfois : les éventualités sont nombreuses selon la diversité des cas. Sans rentrer dans la méthode de cet accompagnement, quelques règles importantes sont à souligner.

- Partir du sujet, de ses possibilités réelles (en intégrant le handicap) et de son désir, soit, aider l'émergence de motivation en privilégiant d'abord l'individu, ses richesses, ses compétences et ses attentes, aussi larges soient-elles. Puis progressivement y intégrer les contraintes matérielles de lieu, de formation ou de profession existante. Donner le temps aux objectifs de se préciser peu à peu, en fonction de l'évolution fonctionnelle et personnelle du sujet. Le handicap devant être intégré à la personne et non considéré comme l'élément unique ou premier d'une orientation future (éviter donc les stéréotypes et les "métiers d'aveugles").
- Ne pas intervenir dans les choix du sujet : informer, aider, sans décider. Procéder autrement serait dangereux, le sujet, risquant de faiblir devant les difficultés s'il ne les a pas auparavant délibérément acceptées, comme obstacles normaux pour atteindre ses objectifs.
- Etre capable de parler vrais avec le sujet, c'est-à-dire de lui décrire en réalité les éléments objectifs qui se dégagent de la rééducation, notamment en ce qui concerne ses capacités d'adaptation, d'apprentissage et d'utilisation des moyens de compensation de la déficience visuelle. Si une orientation professionnelle ou une formation

complémentaire ne semble pas réaliste au vu des progrès et des limites constatés en rééducation, il est du devoir du psychologue de la dire à la personne. Il ne s'agit pas alors, d'imposer un point de vue ni de fermer à l'avance les portes que la personne souhaite ouvrir, mais de lui faire part d'un avis argumenté sur les choix qu'elle est en train de faire. On constate bien souvent qu'à trop vouloir ménager, on laisse s'écrire la chronique d'un échec annoncé et que cacher la réalité n'aide aucunement un déficient visuel. Au mieux, on le trompe, au pire il perçoit au travers de notre abdication le fait que l'on ne croit pas en sa capacité de supporter la réalité.

- Enfin, il est important d'aider l'entourage familial à intégrer cette nouvelle représentation qu'elle doit se faire de l'avenir de la personne handicapée. L'intégrer comme possible, mais aussi comme un choix personnel du sujet qui, s'il comporte des difficultés : voire des risques, repose sur une motivation réfléchie et une autonomie personnelle et matérielle développée au cours de la rééducation. Pour ce travail concernant l'avenir du sujet, le psychologue est en lien étroit avec l'assistante sociale de l'équipe et les différents milieux socioprofessionnels concernés.

De ce rapide survol du rôle du psychologue au sein d'une équipe rééducative pluridisciplinaire, deux conclusions semblent se dégager : l'extrême diversité des types d'accompagnement liée à l'unicité de chaque cas, mais aussi l'importance d'un travail en commun, la réunion des compétences particulières de chacun permettant la synergie et l'efficacité indispensables à la rééducation fonctionnelle.

Evolution du rôle des psychologues spécialisés pour handicapés de la vue en Europe francophone

Dans les pays francophones de la vieille Europe, la prise en charge éducative des jeunes déficients visuels a permis l'apparition, il y a une quarantaine d'années, puis le développement, d'une spécialité nouvelle dans la profession de psychologue : celle des psychologues spécialisés pour les personnes handicapées de la vue. Cette spécialité ne correspond pas à une formation universitaire mais à une spécialisation sur le terrain de la profession de psychologue. Je vais tenter en quelques mots de présenter cette spécialité, son histoire, son intérêt et son évolution récente. C'est une gageure de traiter ce sujet en quelques pages, cela va sans dire, tant les domaines de la prise en charge des personnes handicapées comme les champs d'application de la psychologie se sont transformés en cette fin de siècle. Cependant il me semble que cette évolution illustre bien l'évolution des idées et des pratiques en matière d'intégration des personnes handicapées.

Les premiers psychologues à avoir travaillé de façon régulière auprès de déficients visuels, ont été, dans les années 1960, les quelques-uns qui furent embauchés au sein d'institutions pour aveugles. Leur arrivée marqua alors le tournant pris vers une conception plus personnalisée de l'enseignement spécialisé pour les jeunes handicapés. Elle s'inscrivait dans un mouvement général de remise en cause des institutions soignantes et de l'éducation spécialisée. C'était l'époque en France du MDH (Mouvement de Défense des Handicapés) qui manifestait dans les rues de Paris aux cris de "Pas de ghetto, du boulot" comme celle de "l'anti-psychiatrie" et des tentatives d'intégration à tout prix des personnes marginalisées par

une déficience ou une désadaptation. Des excès furent commis par systématisme idéologique, (l'époque n'était pas aux consensus mous) mais fut posée avec acuité la question du droit à l'intégration et tout particulièrement celui de la nécessité de l'épanouissement personnel du sujet au sein des institutions spécialisées comme de la société. La place du psychologue s'affirmait et plus largement, la nécessité d'être attentif, dans les écoles et les institutions, à l'évolution psychologique de l'enfant et du jeune adulte. Le devenir ne pouvait se résumer ni à une réussite scolaire isolée, ni à l'adaptation copie conforme d'un modèle supposé idéal de devenir social du jeune handicapé. En 1968 quelques psychologues créèrent l'Association Nationale des Psychologues Travaillant dans des Etablissements pour Déficiants Visuels, ancêtre de l'organisme actuel qui nous regroupe : l'[ALFPHV](#) (Association de Langue Française des Psychologues spécialisés pour Handicapés de la Vue).

Les années 1970-80 furent celles du développement du rôle du psychologue dans les institutions mais aussi, à l'extérieur, pour favoriser des intégrations sociales et professionnelles des jeunes déficients visuels. Elles furent aussi celles d'une meilleure connaissance des déficiences visuelles et d'une attention plus grande apportée à la vision que le malvoyant avait conservée. Les progrès de la médecine et particulièrement de l'ophtalmologie ont en effet permis de réduire le nombre de cas de pathologie conduisant à la cécité. La part des cécités totales est devenue minoritaire parmi l'ensemble des déficiences visuelles. De ce fait des questions nouvelles se sont posées. Comment utiliser au mieux une basse vision, aménager les conditions de vision, les conditions de travail, faut-il toujours apprendre le Braille ? Les réponses univoques à ces questions n'étaient plus possibles car les enfants ou les jeunes malvoyants relevaient chacun de déficiences visuelles fort diverses et le terme générique de "basse vision" recouvrait des incapacités et des désavantages extrêmement variés. Comment s'y retrouver, faire la part des données médicales, scolaires, rééducatives ? Comment prendre en compte le risque d'une aggravation de la déficience visuelle, sans confiner l'enfant, par anticipation excessive, dans une situation d'aveugle tout en écoutant les demandes et inquiétudes légitimes des parents ? Là encore, les psychologues spécialisés auprès des déficients visuels ont joué un rôle important. Leur bonne connaissance du handicap visuel comme du tissu médico-social où se jouait l'intégration des jeunes déficients visuels, jointe à une reconnaissance professionnelle plus affirmée, leur ont donné une position de médiateur. Il ne s'agissait évidemment pas que ce soit le psychologue qui décide à la place de tel ou tel du devenir scolaire ou réadaptatif d'un enfant. Au contraire, il avait pour rôle d'amener chaque intervenant à mettre en mots son diagnostic et son pronostic d'évolution mais aussi de lui permettre d'écouter l'avis de tous les autres (médecins, enseignants, parents, éducateurs, rééducateurs, ...). Cela afin de parvenir à des prises de décision communes et adaptées au cas, et donc aux besoins et limites de chaque enfant ou jeune adulte.

Par la suite, s'est posé de manière de plus en plus vive le problème de l'accès à l'emploi, avec deux corollaires : Comment évaluer la capacité d'une personne déficiente visuelle à entreprendre une formation ou une reconversion professionnelle ? Mais aussi, comment déterminer la probabilité d'embauche d'un déficient visuel dans un marché de l'emploi de plus en plus fermé ? Les outils d'évaluation mais aussi la volonté, la capacité de " parler vrai " des psychologues les ont bien souvent mis en première ligne pour aider les aveugles ou les malvoyants à déterminer les moyens et les objectifs de leur intégration. Ils sont effectivement bien placés pour intervenir à ce moment où l'intégration d'une personne déficiente visuelle ne dépend plus directement de facteurs médicaux, rééducatifs ou scolaires, mais du choix de la personne handicapée elle-même face à son avenir avec tout ce que cela comporte de désir et de craintes, de possibilité de rebond comme de risque d'échecs.

Enfin, à partir des années 1980/85, la rééducation et réadaptation des personnes déficientes visuelles ont été profondément modifiées par le développement des neurosciences et la prise en compte, nouvelle à l'époque, des troubles neuropsychologiques chez l'enfant ou l'adulte cérébro-lésé. Cette évolution a montré les limites d'une prise en charge centrée autour de la seule compensation/stimulation d'un potentiel visuel réduit. Cela c'est avéré tout particulièrement évident pour tous ces cas, de plus en plus nombreux, où les sujets atteints de déficiences visuelles ne sont ni aveugles, ni malvoyants au sens réglementaire du terme (acuité et champ conservés totalement ou en grande partie) mais présentent des troubles neuro-visuels par exemple (comme les agnosies visuelles où la personne voit tout mais ne reconnaît rien). C'est aussi le cas de nombre de multihandicaps ou de pathologies générales associées à la déficience visuelle (sida, diabète, intoxications...), qui modifient fondamentalement aussi bien la nature des troubles visuels que les possibilités de rééducation. Les institutions spécialisées durent adapter leur fonctionnement pour répondre à des situations nouvelles. Nombre de personnes aveugles ou malvoyantes qui jusqu'alors étaient jugées comme non rééducables du fait de déficiences associées à la déficience visuelle, se sont vues offrir une prise en charge spécifiquement adaptée. Le rôle des psychologues dans l'élargissement du champ de la rééducation/réadaptation des déficients visuels s'est imposé naturellement, comme celui d'un membre clef du fonctionnement des équipes pluridisciplinaires de soins ou de réadaptation.

Tous nouvel arrivé dans la profession de psychologue spécialisé pour handicapés de la vue, n'est, en fait, spécialisé en rien. Le monde du handicap comme celui de la déficience visuelle est généralement peu connu. La formation universitaire ne permet que d'éviter de donner foi aux poncifs bêtifiants ou volontaristes couramment véhiculés à propos de l'intégration des aveugles ou des malvoyants. C'est une bonne chose, incontestablement, mais un peu mince pour une pratique quotidienne de psychologue dans un établissement hospitalier de rééducation pour déficients visuels.

Deux évidences cependant s'imposent très rapidement :

- Les attentes des patients comme de l'équipe pluridisciplinaire sont nombreuses et parfois pressantes.
- Il y a un besoin d'apprendre rapidement les particularités de l'évolution psychologique d'une personne déficiente visuelle et pour cela de parcourir ces disciplines à l'interface de la psychologie et de l'ophtalmologie, de la neuropsychologie ou de la rééducation fonctionnelle.

C'est, entre autres choses, la vocation de l'[ALFPHV](#) (Association de Langue Française des Psychologues spécialisés pour Handicapés de la Vue) qui produit et met à disposition un grand nombre de [travaux de recherche et de publications](#) sur les sujets qu'il est indispensable de connaître rapidement. Ses différents membres possèdent des compétences extrêmement variées. Les uns sont psychanalystes, ou psychothérapeutes, d'autres chercheurs, enseignants universitaires, psychotechniciens (spécialiste de la passation de tests), etc.

Cette spécialisation d'une partie des psychologues envers les personnes déficientes visuelles me semble être un bon exemple de l'évolution récente de la prise en charge des personnes handicapées. Ainsi l'esprit de chapelle ou de suspicion qui peut exister entre différents acteurs médico-sociaux est inconnue. Nous sommes tous des cliniciens, c'est-à-dire des soignants qui

interviennent auprès du patient, de la souffrance de son quotidien. L'enjeu n'est pas théorique mais pratique : il s'agit de faire que la souffrance et la dépendance de la personne aveugle ou du malvoyant régressent et qu'elle reprenne goût à la vie.

Pour en savoir plus

L'organisation professionnelle des psychologues spécialisés pour Personnes aveugles ou malvoyantes, l'[ALFPHV](#) (l'Association de Langue Française des Psychologues spécialisés pour Handicapés de la Vue), est au service des psychologues, mais aussi de tous les professionnels et associations concernés par le handicap de la vue. Il va sans dire qu'elle est ouverte aux francophones des deux côtés de l'Atlantique.

- AMADO, G., GUITTET, A. La dynamique des communications dans les groupes. Armand Colin 1997
- ANAUT, M. Handicap et insertion dans le placement des enfants : étude des caractéristiques de 80 familles d'enfants placés. Communication au colloque "Perception Cognition Handicap, recherche en défectologie" Lyon 1996
- AUGAGNEUR, M.F. Vivre le deuil. De la désorganisation à une réorganisation. Edition de la chronique sociale 1992
- BACQUÉ, M.F. Le deuil à vivre. Odile Jacob 1992
- BALMELLE, G. Handicap et travail de deuil. In: Expériences en Ergothérapie. Masson 1989 2, 116-121
- BERGER, M. Le travail thérapeutique avec la famille. Dunod 1995
- BLANC, A. Les handicapés au travail : analyse sociologique d'un dispositif d'insertion professionnelle. Dunod 1995
- BLEANDONU, G. Les groupes thérapeutiques familiaux et institutionnels. P.U.F. 1991
- BOUCHER, N., MEDAN, M., TOROSSIAN, V. Vie réelle, vie imaginaire. Les répercussions de la maladie neuromusculaire sur l'enfant et sa famille. CTNERHI 1994
- BOULARD, P., DEFASNE-GUERQUIN, M.O., HOLZSCHUCH, C. Maintien au poste de travail des personnes devenues handicapées visuelles. Journal d'ergothérapie 1998, 20, 3, 104-107
- BOURGEOIS, M., VERDOUX, H. Deuil : clinique et pathologie. EMC Psychiatrie 1994, 37395, A 20
- BRASSEUR, C. La guidance parentale précoce. Le Journal des Psychologues 1991 84, 34-37
- BREITENBACH, N. L'évolution du rôle de la famille auprès de la personne handicapée devenue adulte ? Communication au salon Handica 98 "Les familles françaises et le handicap" Lyon 1998
- CASTRO, D., MELJAC, C., JOUBERT, B. Pratiques et outils des psychologues cliniciens français. Pratiques Psychologiques, 1996, 4, 73-80
- CHARAZAC, P. Psychothérapie du patient âgé et de sa famille. Dunod 1988
- CHEVALERAUD, J., FOELS, A., CORBE, C., BOISSIN, J.P. Des inaptitudes professionnelles au handicap visuel. Bulletin des Sociétés d'Ophthalmologie de France. 1993, 93, 363-444

- CHRISTIE, P. Le patient et son entourage après la sortie des cliniques de réhabilitation. La place du psychiatre. L'Information Psychiatrique 73 9 novembre 1997 931-935
- CORNILLOT, P., HANUS, M. Parlons de la mort et du deuil. Frison Roche 1997
- CREAHI Aquitaine Les psychologues en institution. Mascaret n° 43 1996 (CREAHI Aquitaine : 2 rue Jean Artus BP 106 - 33030 Bordeaux Cedex)
- CUDICIO, C et P. Mieux communiquer pour mieux soigner. Lamarre, 1992.
- DANANCIER, J. Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif. Dunod 1999
- DE BROCA, A. Deuils et endeuillés. Se comprendre pour mieux s'écouter et s'accompagner Masson , 1997
- DURNING, P., FABLET, D. Les réunions de synthèses. Cahiers du CTNERHI N° 20 1982
- FONTAINE, A.M., POURTOIS, J.P. Regards sur l'éducation familiale. De Boeck 1999
- FREUD, S. Deuil et mélancolie. Gallimard 1952
- FUSTIER, P. Le travail d'équipe en institution. Dunod 1999
- GARDOU, C. Frères et sœurs de personnes handicapées. Erès 1997
- GAUTHIRE, Y., LEOVICI, S., MAZET, P., VISIER, J.P. Tragédies à l'aube de la vie, répercussions sur les familles. Bayard/C.T.E.R.H.I./INSERM 1994
- GENDRON, B. Handicap et emploi: un pari pour l'entreprise. C.T.N.E.R.H.I. 1994
- GOMEZ, G. Le handicap est-il un handicap à l'emploi? La loi de 1987. Réadaptation 1992 391, 20-22
- GRIFFON, P. L'information à la portée de tous ? Intégration des personnes handicapées et Internet. INFORUM Zürich 1997 4/97, 12-15
- GRIFFON, P. L'ordinateur au service de la lecture des malvoyants. Communication aux journées de l'AFRP Ile de France, Paris 1997
- GRIFFON, P. Les limites du temps. Evolution de la rééducation des déplacements des déficients visuels. Communication au congrès de l'AILDV. Paris 1997
- GRIFFON, P. Devenir malvoyant à l'âge adulte. Inforum N° 3/96, 32-35 Zurich 1996
- GRIFFON, P. Le temps compté : Sida et déficiences visuelles. Communication aux Journées de l'ALFPHV Bruxelles 1996
- GRIFFON, P. Les nouvelles technologies et leurs applications dans la rééducation et l'insertion des déficients visuels. Communication au colloque "Handicap et nouvelles technologies" Athènes 1991
- GRIFFON, P. Déficiences visuelles : pour une meilleure intégration. C.T.N.E.R.H.I. 1995
- GRIFFON, P. Rééducation fonctionnelle : vers une plus grande autonomie. Journal des psychologues 1991 84, 24-25
- GRIFFON, P. Prise en compte des aspects psychologiques dans la rééducation des adultes déficients visuels. In: SAFRAN, A.B., ASSIMACOPOULOS, A. Le déficit visuel. Des fondements neurophysiologiques à la pratique de la réadaptation. Masson 1995
- GRIFFON, P. Le rôle du psychologue dans une équipe pluridisciplinaire. APAM Marly-le-Roi 1989
- GRIFFON, P. Le développement de la vision fonctionnelle; aspects psychologiques. Convergence 1989 42, 32-34
- GRIFFON, P. Le développement de la vision fonctionnelle : la dimension psychologique. Intervention au Colloque International sur les Basses Visions Paris U.N.E.S.C.O. 1990

- GRIFFON, P. La rééducation fonctionnelle des adultes atteint de rétinopathie pigmentaire. Communication au colloque de l'A.F.R.P. Paris 1994
- GRIFFON, P. La rééducation des malvoyants. Privat 1993
- GRIFFON, P. La prise en charge des adultes déficients visuels psychotiques dans un centre de rééducation fonctionnelle moyen séjour. Communication aux journées de l'A.L.F.P.H.V. Nancy 1994
- GRIFFON, P. Etude de 82 malvoyants pris en charge au centre de rééducation de Marly-le-Roi. L'accès à la lecture. CRFAM Marly-le-Roi 1991
- GRIFFON, P. Basses visions : prise en charge, nouvelles orientations. Actes des XXIèmes journées de l'A.L.F.P.H.V. Paris 1990
- GRIFFON, P., BURLOT, C., DUTIER, N., GUILLAUME, C., PERROT, F., REYNETTE, F. Découverte tactile des Demoiselles d'Avignon de Picasso dans un centre de rééducation fonctionnelle pour déficients visuels. Journal d'ergothérapie 1994 16, 4, 181-186
- GRIFFON, P., DUTIER, N., PERROT, F., GUILLAUME, C., BURLOT, C. La rééducation des personnes déficientes visuelles. Evolution des pratiques en ergothérapie. Journal d'ergothérapie 1992 14, 2, 50-54
- GRIFFON, P., RENOUX, P.F. Epidémiologie des déficiences visuelles en France. Réalité Ophtalmologiques. 1998 N° 51, 28-34
- GRIFFON, P., RENOUX, P.F., LESAGE, D. La réinsertion socio-professionnelle des adultes déficients visuels après rééducation. In CODINE, P., BRUN, V. La réinsertion sociale et professionnelle des personnes handicapées. Masson 1994
- GRIFFON, P.; RENOUX, P.F., LESAGE, D., JACQUET, P. L'apprentissage du Braille chez les personnes déficientes visuelles cérébro-lésées : résultats et réflexions méthodologiques. In : , Actualités en rééducation fonctionnelle et réadaptation, 18 ème série. SIMON, L., PELISSIER, J., HERISSON, C. Masson 1993
- GRONDARD, E., MARTIN, C., FERROIR, J.P., de JOUVENCEL, M. Evaluation et suivi de la vie familiale du traumatisé crânien grave adulte. Journal de réadaptation médicale 1993 13 N°2, 60-63
- HANUS, M. La pathologie du deuil. Rapport de psychiatrie du Congrès de psychiatrie et Neurologie de langue française. Masson 1996
- HANUS, M. Les deuils dans la vie. Maloine 1995
- HOUZEL, D. Les enjeux de la parentalité. Erès 1999
- HUNT, A. Nouvelles technologie et emploi des personnes handicapées. B.I.T. 1994 154, rue de Lausanne 1211 Genève 22 Suisse
- JEANNE, P., LAURENT, J.P. Enfants et adolescents handicapés. ESF 1998
- La Fondation de France Aide aux personnes endeuillées : répertoire des organismes à consulter. Desclée de Brouwer 1997
- LAGACHE, D. Le travail du deuil. Revue française de psychanalyse 1938 X4, a-b
- LAMORY, N. De la volonté à la réalité d'emploi. La lettre de Garches 1992 11
- LATERRASSE, C., ALBERTI, C., DE LEONARDIS, M. L'incidence des déterminations familiales sur les études secondaires et universitaires, Apprentissage et développement. Revue de l'institut Piaget , Lisbonne, septembre 1996, vol.IV, n°15 / 16, pp.195-209.
- LE GALL, D., MARTIN, C. Familles et politiques sociales - Dix questions sur le lien familial contemporain. L'Harmattan 1996
- LESAGE, D., RENOUX, P.F., GRIFFON, P. Les centre de rééducation pour Aveugles ou Malvoyants de Marly-le-Roi et la prise en charge des Cérébro-lésés. Résurgence 1995, 11, 17-19

- LOUBAT, J.R. Résoudre les conflits dans les établissements sanitaires et sociaux. Dunod 1999 304 p
- MACQUERON, G., LE BOT, M.P., GALLIEN, P., EUDIER, F. Deuil et dépression en rééducation fonctionnelle. Journal de réadaptation médicale 1998, 18, n° 2, 51-56
- MARTIN, P., PAPIER, C., MEYER, J. Le handicap en question; des familles face à la découverte du handicap et à l'accompagnement du jeune enfant à domicile. C.T.N.E.R.H.I. 1993
- MENU, J.P. Vision et aptitude au travail. Editions techniques. Encycl. Méd. Chir. Toxicologie-Pathologie professionnelle, 16, 781-A-35, 1992
- MENU, J.P., de la PORTE des VAUX, C., CORBE, C., GRIFFON, P. Le Malvoyant. Doin, Collection Conduites 1996.
- METTY, R., SERVILLE, F. Mon enfant est différent. Frison-Roche 1996
- NATHAN, T. et coll. Rituels de deuil, travail de deuil. Pensée sauvage, 1995, 295 p.
- PEETERS, J. Les adolescents difficiles et leurs parents. De Boeck Université 1998
- PICAN, N. Poste de travail informatique et handicap visuel. Actes des 8 èmes entretiens de Garches. Blackwell 1995 pp217-218
- POLETTI, R., DOBBS, B. Vivre son deuil et croître. édition Jouvence, Genève, 1993.
- POUSSIN, G. L'enfant et le psychologue. Dunod 1999
- RUSZNIEWSKI, M. Face à la maladie grave. Patients, familles, soignants. Dunod 1995
- SAUSSE, S. Le miroir brisé. L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste. Calmann-Lévy 1996
- SCHELLES, R. Fratrie et handicap. L'Harmattan 1998
- SEYWERT, F. L'évaluation systémique de la famille. P.U.F. 1990
- Société de Thanatologie. Deuil et accompagnement. Thanatologie 1996, n° 107-108
- TOMAN, W. Constellations fraternelles et structures familiales. Leurs effets sur la personnalité et le comportement. E.S.F. 1987
- ZUCMAN, E. Famille et handicap dans le monde. C.T.N.E.R.H.I. 1982