



INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

Mémoire d'initiation à la recherche :

**L'UTILISATION DU JEU PAR L'ERGOTHERAPEUTE DANS LE
DEVELOPPEMENT DES HABILETES SOCIALES DE L'ENFANT
DEFICIENT VISUEL**

Nom et Prénom : HOREAU MARIE-BENEDICTE

N° d'étudiant : E18/07

Sous la direction de : CLEMENCE LERAT

Année Universitaire : 2018-2021

« Le jeu n'est pas un rêve, il est apprentissage du monde, de l'autre et de la relation (...).

C'est en jouant qu'il faut entrer dans la vie. »

(Caffari-Viallon, 1988)

GLOSSAIRE

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies (10^{ème} version)

SNOF : Syndicat National des Ophtalmologistes de France

INSERM : Institut Nationale de la Santé et de la Recherche Médicale

ONISEP : Office Nationale d'Information Sur les Enseignements et les Professions

SAFEP : Service d'Accompagnement Familiale à l'Education Précoce

SAAAIS : Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire

SESSAD : Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile

ULIS : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire

ACE : Association Canadienne des Ergothérapeutes

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux

IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé

AESH : Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap

Norme utilisée : APA 6^{ème} version

REMERCIEMENTS

La construction de ce travail n'aurait pas pu aboutir sans l'intervention et la collaboration de différents professionnels. A travers ce paragraphe, je tenais à remercier chaque personne ayant participé à ce travail.

En premier lieu, je remercie particulièrement Clémence Lerat, tutrice de mémoire, pour sa disponibilité, ses conseils et qui a sans cesse œuvré positivement dans l'élaboration de ce travail de recherche.

Je remercie également toutes les personnes qui m'ont donné de leur temps pour répondre aux entretiens et m'aider à avancer dans cette recherche.

Je voudrais également remercier les référents pédagogiques de l'IFE de Rouen pour le temps qu'ils ont accordé à notre suivi afin de devenir de futurs ergothérapeutes.

Enfin, je souhaite remercier à leur juste valeur ma famille, et particulièrement mes parents pour leur accompagnement dans mon parcours universitaire. Ainsi que leur aide et leur soutien tout au long de ce travail.

CHARTRE ANTI-PLAGIAT



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

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

Article 1 :

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

Article 2 :

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

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation² et du Code pénal³, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

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

Je soussigné-e *Nazic... Bénédick... H.A.A...*

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

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

Fait à *l'ara*

Le *15/07/22* signature

¹ Site Université de Genève <http://www.unige.ch/scs/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

² Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

³ Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	7
1. CADRE CONCEPTUEL	9
1.1. LES HABILETES SOCIALES DANS LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (3 – 6 ans).....	9
1.1.1. Généralités sur le développement de l'enfant	9
1.1.2. Spécifiquement sur le développement des habiletés sociales	11
1.1.3. L'importance de l'environnement dans le développement des habiletés sociales de l'enfant	14
1.2. LA DEFICIENCE VISUELLE CHEZ L'ENFANT	17
1.2.1. Généralités et définitions des termes sur la déficience visuelle	17
1.2.2. Impact de la déficience visuelle sur le développement des habiletés sociales de l'enfant	20
1.2.3. Inclusion scolaire des enfants déficients visuels	21
1.3. LA PRISE EN SOINS DE L'ENFANT PRESCOLAIRE DEFICIENT VISUEL ...	23
1.3.1. Un accompagnement précoce et pluridisciplinaire	23
1.3.2. L'accompagnement en ergothérapie	26
1.3.3. Le travail des habiletés sociales chez l'enfant par l'ergothérapeute	27
1.4. LE JEU, UNE ACTIVITE SIGNIFIANTE DANS LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT.....	28
1.4.1. Qu'est-ce que le jeu ?	28
1.4.2. Le jeu dans le développement de l'enfant (3-6 ans).....	29
1.4.3. Le jeu en classe de maternelle à l'école ordinaire.....	31
1.4.4. Le jeu dans le champ de l'ergothérapie, une activité ludique	32
2. PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	37
3. DISPOSITIF METHODOLOGIQUE.....	38
3.1. Choix de la méthode	38

3.2.	Choix de l'approche.....	39
3.3.	Ethique et Objectivité de la recherche	40
3.4.	La population enquêtée et le terrain de recherche	42
3.5.	Le choix des techniques de collectes de données	43
3.6.	Le choix des outils de collectes de données	44
4.	PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DE RECHERCHE	46
4.1.	La dimension de l'Etre	46
4.2.	La dimension de l'Agir	49
4.3.	La dimension du Devenir	53
4.4.	La dimension de l'Environnement	55
5.	DISCUSSION	57
5.1.	Retour sur les hypothèses	57
5.2.	Nouveaux apports théoriques	59
5.3.	Difficultés et perspectives de recherche	60
	CONCLUSION	63
	BIBLIOGRAPHIE	64
	ANNEXES	68

INTRODUCTION

Durant mes études d'ergothérapie, un stage au cours de ma deuxième année a particulièrement affiné mes centres d'intérêts et la volonté de travailler dans le domaine de la pédiatrie. Au fur et à mesure de mon parcours et des différents enseignements théoriques reçus j'ai également ciblé mes recherches dans le domaine du handicap sensoriel et particulièrement la vision afin d'affiner mes connaissances. C'est pourquoi j'ai souhaité mettre en lien ces deux domaines et concentrer ma recherche sur un thème regroupant plusieurs sujets qui me tiennent à cœur et qui m'intéressent particulièrement : la pédiatrie et la déficience visuelle.

« L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptations de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société. L'ergothérapie vous permet de résoudre les problèmes qui vous empêchent d'accomplir les choses qui vous tiennent à cœur. ». (M. Vrignaud, 2019)

La déficience visuelle « désigne les troubles liés à la fonction visuelle, qui persistent après traitements (thérapeutiques, médicaux, chirurgicaux, ...). Elle est définie à l'aide de deux critères qui sont l'état du champ visuel (étendue de l'espace qu'un œil peut saisir) et la mesure de l'acuité visuelle (aptitude d'un œil à apprécier les détails) ». (Heyraud, 2013 , p. 27)

Durant un stage j'ai eu la possibilité de réaliser une mini-formation auprès du personnel de santé pour sensibiliser à la basse vision ce qui m'a permis d'approfondir ce sujet. J'ai pu également construire des ateliers thérapeutiques auprès de personnes âgées avec déficience visuelle et constater à travers un échange avec elles la difficulté de s'intégrer dans une activité et de se sociabiliser auprès des autres résidents.

Afin de mettre en lien ces deux thématiques (la pédiatrie et la basse vision) qui me tiennent à cœur et cette situation de stage, une question de départ a vu le jour :

- **Comment l'ergothérapeute peut-il accompagner l'enfant déficient visuel pour faciliter sa sociabilisation en milieu scolaire ordinaire ?**

Ce questionnement réunit les concepts centraux en ergothérapie « Corps – Activité – Environnement » (Meyer S. , 2012) La notion de « corps » est représentée par l'enfant déficient

visuel, « l'activité » par l'implication de la sociabilisation et enfin le milieu scolaire ordinaire représente la notion d'« environnement ».

Ce mémoire s'articulera autour de plusieurs parties, dans un premier temps la construction d'un cadre théorique regroupant les thèmes : du développement de l'enfant, et particulièrement le développement des habiletés sociales, la notion de déficience visuelle chez l'enfant, la prise en soins de ces enfants et enfin le jeu comme activité signifiante dans le développement de l'enfant. Cette démarche a permis d'aboutir à la construction d'une problématique et d'hypothèses de recherche.

Dans un second temps, nous développerons la méthode d'enquête utilisée et les outils mobilisés. Enfin nous détaillerons les résultats obtenus afin de construire une analyse et répondre à la problématique et aux hypothèses de recherche. Cette analyse aboutira à une discussion des résultats et à une ouverture sur les perspectives de la profession d'ergothérapeute.

1. CADRE CONCEPTUEL

Le cadre conceptuel représente « l'ensemble des connaissances, théories, qui ont un rapport quelconque avec le sujet de la recherche » (Poitier-Coutansais, 1986 , p. 5). Il a pour aboutissement de mettre en avant et de définir les notions issues de la littérature existante. Ces notions mettent en perspective les limites théoriques de ce travail et permettent d'aboutir à la construction d'une problématique guidant l'étude.

1.1. LES HABILITES SOCIALES DANS LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (3 – 6 ans)

1.1.1. Généralités sur le développement de l'enfant

« Chaque être humain est censé avoir une personnalité unique, être ce qu'aucun autre ne peut-être exactement, et faire ce qu'aucun autre ne peut faire exactement » (Wiliam Ellery Channing). Il est important de prendre en compte dans ce mémoire et dans la pratique de l'ergothérapie que chaque enfant est unique et qu'il se développe à son rythme.

La partie qui suit met en évidence le développement de l'enfant de 3 à 6 ans. Solène Bourque, psychoéducatrice décrit dans son article : « Il est important de savoir que chaque enfant se développe à son rythme.» (Bourque, 2018). Cette citation nous montre que la présentation du développement de l'enfant n'est pas exhaustive et qu'elle regroupe uniquement plusieurs observations faites ces dernières années.

Aux alentours de 3 ans, nous pouvons observer dans le développement psychomoteur de l'enfant que celui-ci se développe davantage ; il sait monter les escaliers en mettant un pied sur chaque marche, il tient debout sur une seule jambe, il tape dans un ballon avec un seul pied, tourne les pages d'un livre, s'habille seul et mange seul, il commence à être propre... Sur le développement social ; c'est la fin de la période du « non », l'enfant commence à affirmer son identité, et souhaite faire les choses seul. En ergothérapie nous parlerons ici de la volonté d'autonomie. En ergothérapie l'autonomie correspond à la « Liberté de faire des choix en considérant des éléments internes et externes, et d'agir en fonction de ceux-ci » (Meyer S. , 2013, p. 119). L'âge de 3 ans correspond à l'âge du « Moi » selon Jean Piaget (« stade où la personnalité est la plus consciente, toujours en contact avec la réalité extérieure, il prend conscience de son existence individuelle », Jean Piaget) il veut être l'objet de toutes les

attentions. Il joue aux jeux de rôles, aux jeux symboliques. On parle de jeux de « faire semblant ». En ce qui concerne le développement intellectuel : il sait maintenant réaliser des énumérations d'éléments qui composent une image qu'il voit. On voit apparaître les premiers dessins de bonhomme au stade de « têtard ». Pour le développement du langage, c'est la période du « pourquoi », l'enfant commence à poser des questions, il veut savoir et comprendre. Il comprend environ 3000 mots et emploie entre 800 et 1000 mots. (S. Bourque, 2016)

En résumer, au stade des 3 ans, l'enfant se développe davantage, il grandit et prend conscience des personnes qui l'entourent. Au fur et à mesure il va entrer en contact avec les autres, jouer avec ses semblables et la réalisation du bonhomme en dessin va évoluer...

Vers l'âge de 4 ans, sur le plan psychomoteur ; l'enfant sait maintenant descendre les escaliers, il apprend à faire du vélo, il sait lancer un ballon. Sur le plan social, l'enfant commence à comprendre les différentes règles, les interdits et les limites lorsqu'on lui explique, il commence à savoir exprimer ses émotions de base. Sur le plan intellectuel, ses dessins ont de plus en plus de précision et de détails, il commence à se repérer temporellement dans la journée (matin, midi, soir...) et il sait reconnaître son prénom écrit en lettres capitales. Enfin, sur le plan du langage, il connaît environ 15 verbes d'action (manger, boire, dormir, courir...) et utilise les pronoms personnels (je, tu, il...), il sait dire son âge lorsqu'une personne lui demande, il relève les gros mots et il connaît des comptines... (S. Bourque, 2016)

Au stade de 4 ans l'enfant commence à quitter le stade de la petite enfance en faisant de nombreux progrès dans tous les domaines évoqués.

Pour finir, aux alentours de 5-6ans, sur le développement psychomoteur, il sait colorier sans dépasser, il sait découper sur des tracés cariés, il différencie sa droite et sa gauche, il sait sauter à cloche-pied... En ce qui concerne le développement social, l'enfant apprend à communiquer à travers des explications et des justifications par des phrases construites, il joue en groupe avec ses camarades de même genre, il s'ouvre vers l'extérieur et vers les autres, il prend conscience de sa propre personne et se construit en fonction du regard de sa famille. Pour le développement intellectuel, à l'âge de 5-6 ans, il peut décrire une image, il connaît les différents jours de la semaine et sait compter jusqu'à 10. Enfin, sur le plan du développement du langage, l'enfant maîtrise tous les sons de la langue, utilise près de 3000 mots et en comprends plus de 10 000. Il définit également les objets par l'usage que l'on peut en faire (Exemple : des feutres pour colorier).

Pour conclure, à l'âge de 5-6 ans, l'enfant découvre qu'il est un individu unique et à part entière, qu'il fait partie de sa famille mais aussi de la société. Il apprend à communiquer et à se faire respecter. (S. Bourque, 2016)

1.1.2. Spécifiquement sur le développement des habiletés sociales

Dans la partie précédente sur le développement de l'enfant nous avons pu constater que de 3 à 6 ans l'enfant commence à construire des interactions avec les autres, à communiquer et à comprendre les règles... L'acquisition de toutes ces composantes dépend du développement des habiletés sociales chez l'enfant.

Il n'y a pas d'âge spécifique au développement des habiletés sociales, celles-ci commencent à se développer dès la naissance de l'enfant. Il existe de nombreuses définitions concernant les habiletés sociales. Dans cette recherche nous nous appuyerons sur celle de Brisot-Dubois :

Les habiletés sociales sont les « comportements verbaux et non verbaux résultant de processus cognitifs et affectifs permettant de s'adapter à l'environnement. Il s'agit donc d'un ensemble de capacités qui nous permettent de percevoir et de comprendre les messages communiqués par les autres, de choisir une réponse à ces messages et de l'émettre par des moyens verbaux et non verbaux, de façon appropriée à une situation sociale » (Brisot-Dubois, 2011) afin d'interagir avec différentes personnes.

Pour compléter cette définition, Liberman ajoute que les habiletés sociales peuvent avoir deux fonctions différentes :

1. Une fonction instrumentale : l'habileté sociale aura pour but d'acquérir un bien-être matériel ou physique.
2. Une fonction socio-affective : l'habileté sociale va se mettre au service de la création mais aussi du maintien de la relation, ce qui va permettre à l'individu de développer un réseau social autour de lui. (Liberman, 2005)

Les habiletés sociales ont donc différentes fonctions, mais nous verrons qu'il existe également différents types d'habiletés sociales qui peuvent varier en fonction du contexte de l'interaction sociale et de ce qui est mobilisé.

Liberman a mis en avant dans son ouvrage réalisé en 2005 que les habiletés sociales étaient intégrées par les individus dès leur plus jeune âge et que celles-ci s'affinaient au fur et à mesure des expériences diverses. En revanche les individus sont rarement conscients d'avoir appris un répertoire de comportements qui consiste à associer différents éléments (exemple : le contact visuel ou le contact physique pour rentrer en relation avec quelqu'un) (Liberman, 2005). Le développement de ces habiletés sociales permet ensuite de créer des interactions sociales. C'est pourquoi Liberman développe également que l'interaction sociale est décomposée en trois grandes phases qui nécessitent chacune de mobiliser des habiletés sociales différentes :

1^{ère} phase : la capacité de perception :

Cette phase correspond à la capacité de mobiliser des habiletés pour saisir et percevoir différentes informations sociales dans une situation (Exemple : émotions ou sentiments observées sur le visage de son interlocuteur). Il s'agit d'une phase « d'évaluation » de la situation afin de produire une réponse adaptée socialement.

2^{ème} phase : la capacité d'élaboration :

Dans cette phase, la personne va choisir la pratique sociale la plus adaptée à la situation. Il va donc devoir sélectionner la meilleure solution parmi plusieurs options afin d'obtenir l'objectif souhaité. Il s'agit d'une phase de résolution de problème.

Exemple : dans certaines populations, il sera plus acceptable socialement d'adresser une formule de condoléance verbale à son employeur plutôt qu'un geste d'affection comme nous pourrions le faire avec un ami.

3^{ème} phase : la capacité d'émission :

Dans cette dernière phase, on va s'intéresser à ce que la personne dit et de quelle manière. L'information verbale transmise constitue un aspect essentiel de la communication, mais notre façon de communiquer de façon non verbale est toute aussi essentielle et importante. (Exemples : gestes, posture, contact visuel, intensité de la voix, rythme et débit...). (Liberman, 2005)

Les habiletés sociales ont été étudiées par de nombreux auteurs et plusieurs catégorisations ont été proposées. En revanche celles-ci peuvent être différentes en fonction du modèle ou de l'axe de recherche. Il n'y a pas d'accord entre les auteurs pour les définir. En revanche, on distingue les six habiletés les plus abordées dans la littérature sur le comportement social de l'être humain.

1. Les habiletés relationnelles :

Il s'agit de la capacité d'un individu à entrer en contact avec un pair, mais surtout son aptitude à choisir le comportement adapté et à l'ajuster face à son interlocuteur pour établir une communication efficace.

Exemple : Lorsque l'enfant adapte son comportement en fonction de son interlocuteur. (exemple : la maitresse ou un camarade)

2. Les habiletés émotionnelles :

Les habiletés émotionnelles correspondent à « la manière dont les individus identifient, expriment, comprennent, utilisent et régulent leurs émotions et celles d'autrui ». (Mikilajczak, 2014)

Exemple : au fur et à mesure l'enfant va commencer à comprendre que lorsqu'un autre enfant pleure, c'est qu'il manifeste sa tristesse, une douleur....

3. Les habiletés langagières :

Ces habiletés correspondent à notre capacité de communication verbale et non verbale afin de pouvoir communiquer de manière appropriée en utilisant les différentes dimensions possibles : verbale, non verbale, para-verbale et pragmatique.

Exemple : lorsque qu'un enfant fait face à de la frustration, il apprend à utiliser son langage et non de la violence physique.

4. Les habiletés comportementales :

Il s'agit ici de la manière d'être mais aussi d'agir d'un individu individuellement ou en groupe.

Exemple : L'enfant apprend à dire bonjour, à rester assis sur une chaise, à ne pas pousser ses camarades...

5. Les habiletés cognitives :

Il s'agit d'une habileté ou d'une compétence permettant la résolution de problèmes sociaux, plus particulièrement la résolution de situations pour lesquelles l'organisme a un but mais pas de moyen connu pour y parvenir. (Baghdadli & Brisot- Dubois, 2011).

Exemple : le sac de billes de l'enfant est en haut d'une étagère, il doit trouver une solution pour le récupérer (demander à un adulte, monter sur une chaise...)

6. La théorie de l'esprit :

Selon Premack & Woodruff (1978), Wimmer & Perner (1983), la théorie de l'esprit correspond à « la capacité d'attribuer des états mentaux à soi-même et à autrui ». Elle implique de comprendre les comportements d'autrui, à les interpréter, à comprendre les motivations à agir et d'analyser l'environnement pour faire le bon lien. (Dortier, 2005)

Exemple : suivre le regard de quelqu'un pour comprendre l'action qu'il s'apprête à réaliser. Comprendre les intentions d'autrui sans l'implication du langage.

De plus, les habiletés sociales sont principalement développées par apprentissage : via l'observation, le modelage, le mimétisme... (Michelson et al., 1986). Et celles-ci peuvent être développées mais aussi mobilisées de manières différentes en fonction de l'environnement.

1.1.3. L'importance de l'environnement dans le développement des habiletés sociales de l'enfant

L'environnement en ergothérapie :

En ergothérapie, l'environnement est un milieu extérieur à la personne et dans lequel elle peut agir. On le décrit en ergothérapie à travers différents aspects : physiques, sociaux, culturels et institutionnels (Sylvie Meyer, 2007)

L'environnement familial de l'enfant :

« Si le développement de la relation à autrui s'appuie sur des mécanismes neurophysiologiques et cognitifs, probablement en grande partie prédéterminés,

l'importance que jouent les signaux d'ordre émotionnel, souligne en même temps l'importance de la dimension relationnelle et affective comme co-déterminant de ce développement » (Bursztein, 2008)

A travers cette citation de Bursztein (2008) : nous pouvons constater l'importance de l'autre dans le développement social de l'enfant. Les premières heures de vie d'un enfant sont marquées par des interactions entre la mère et le bébé, celles-ci sont avant tout des affects, des sentiments et des émotions.

Une expérience connue sous le nom de « Still face » a été réalisée par Gusella en 1988. (Cité par Bursztein, 2008) et met en lumière cette théorie. Cette expérience met en jeu un parent avec son bébé en interactions réciproques. On demande à l'adulte d'arrêter toutes interactions avec son bébé et d'adopter une attitude la plus neutre possible, sans expression de visage ou verbale, afin d'observer la réaction du nourrisson. On observe durant l'expérience que les bébés soumis à cette expérience montrent des réactions émotionnelles. Selon l'âge du nourrisson, plusieurs manifestations sont observées comme des regards, des sourires, des vocalisations. Tout ceci correspond à des habiletés sociales qui permettent d'entrer en relation avec autrui. Or, face à l'absence de réaction du parent, les bébés arrêtent toutes tentatives d'entrée en relation et adoptent une attitude passive et de repli, certains des enfants se mettent également à pleurer. Cette expérience montre la sensibilité du nourrisson et le besoin de réciprocité dans les interactions et ses attentes en termes de qualité d'interaction principalement avec la figure maternante. L'environnement et l'entourage a donc une place primordiale dans le développement relationnel et social de l'enfant. De plus, nous observons dans cette expérience que l'enfant réagit par mimétisme : lorsque le parent coupe la relation, l'enfant lui cherche la relation, puis sans réponse il coupe également la relation et se referme.

A la même période, Klinnert propose en 1983 le principe de « référence sociale ». Ce concept montre l'habitude prise par le jeune enfant de se référer, par le regard, à l'attitude faciale émise par sa figure d'attachement afin d'évaluer la sécurité d'une situation inattendue, ambiguë ou angoissante dans laquelle il se retrouve. Son comportement sera alors influencé par l'attitude rassurante ou non de cette personne référence.

Ces deux auteurs ont œuvré pour démontrer le rôle indispensable de l'entourage, et plus particulièrement la figure d'attachement, dans la construction et le développement des compétences et des comportements sociaux du nourrisson.

La famille est considérée comme le « premier système social, par lequel le jeune enfant peut acquérir et développer des compétences cognitives et sociales ». (Feyfant, 2011). En effet dès les premières années de vie, le nouveau-né interagit avec ses parents puis avec ses frères et sœurs. Les donneurs de soins (parents ou professionnels) auront un rôle essentiel, celui de soutenir le développement physique, cognitif et moteur de l'enfant tout en créant un attachement sécurisé.

Différents systèmes comme la famille, le moyen de garde, l'école... interviennent dans la sociabilisation précoce et contribuent au développement de l'enfant.

Selon Urie Bronfenbrenner, dès le début de la vie de l'enfant, le développement repose avant tout sur l'implication concrète, durable et affective d'au moins une personne qui s'engage de manière active dans les soins et dans les activités régulières et partagées avec le jeune enfant.

Environnement scolaire de l'enfant :

Le développement social de l'enfant se poursuit ensuite dans son environnement scolaire. En effet, la classe de maternelle est propice au développement global des tout-petits afin de préparer leur entrée à l'école. L'enfant va apprendre à se sociabiliser et à développer ses habiletés sociales, ses capacités motrices, son estime de soi et va explorer le langage oral mais également écrit. La classe de maternelle va aussi avoir pour but de développer le plaisir d'apprendre et cette stimulation passe principalement par le jeu et des activités variées (comptines, atelier de lecture, jeu de logique...) (Desmarais, 2018)

C'est à l'école maternelle qu'une partie essentielle de la vie de l'enfant va commencer : sa vie sociale et son rapport à l'apprentissage scolaire. L'enfant va apprendre à devenir un membre à part entière d'une société à travers le développement du langage, agir de façon respectueuse vis-à-vis des autres et connaître et utiliser des repères sociaux nouveaux. L'école est donc un lieu qui nous permet d'apprendre avec et par les autres. (Desmarais, 2018).

En revanche, nous pouvons maintenant nous interroger sur l'impact que la déficience visuelle peut avoir dans le développement des habiletés sociales de l'enfant.

1.2.LA DEFICIENCE VISUELLE CHEZ L'ENFANT

1.2.1. Généralités et définitions des termes sur la déficience visuelle

L'OMS estime que 285 millions de personnes, dont 19 millions d'enfants vivent avec des déficiences visuelles dans le monde. En France, 1,2 millions de personnes sont concernées, dont 170 000 enfants. Dans les 1,2 millions de personnes 61 000 sont aveugles, dont environ 2 000 enfants.

La vision est un des 5 sens prépondérant chez l'Homme. En effet, dès sa naissance le bébé bouge ses yeux et explore son environnement pour interagir avec lui.

« La vision est un sens très développé chez l'être humain. Elle est centrale dans nos interactions avec le monde extérieur, nous permettant d'identifier, de reconnaître les objets et les personnes qui nous entourent mais aussi d'évoluer ou d'agir sur eux » (Lemoine-Lardennois & Alahyane, 2016).

Plus précisément, selon le SNOF (Syndicat National des Ophtalmologistes de France), le terme de déficience visuelle est à distinguer du terme de handicap visuel. En effet on parle de déficience visuelle lorsqu'il y a une insuffisance ou une absence d'image perçue par l'œil. Il s'agit d'une atteinte de l'œil ou des voies visuelles. Elles peuvent être innées ou acquises :

Atteintes visuelles innées : lorsqu'un caractère est déterminé dès la naissance de l'individu

- Génétique et héréditaire (exemples : rétinite pigmentaire, maladie de Stargardt, rétinoblastome...)
- Génétique et congénital (exemples : glaucome, syndrome d'Usher, cataracte congénitale...)

Atteintes visuelles acquises : lorsqu'il s'agit d'un résultat de facteurs liés à l'environnement

- Périnatal (exemples : rétinite des prématurés, troubles neurovisuels, trouble de la motricité oculaire...)
- Traumatique (exemples : syndrome du bébé secoué, chute, brûlure...)

Alors que l'on décrit le handicap visuel comme la conséquence de la déficience visuelle. Cela met en évidence la perturbation que cette déficience provoque dans toutes les activités de vie

quotidienne. La diminution ou la suppression de la vue diminue considérablement nos performances dans différents domaines : la vie personnelle, familiale, sociale...

Dans la plupart des définitions relatives à la déficience visuelle nous pouvons retrouver à la fois la perte de l'acuité visuelle (pourcentage de vision présent par rapport à la vision normale) mais aussi celle du champ visuel. En effet c'est la collaboration de ces deux fonctions qui permet la vision des détails et la perception du sens spatial qui sont essentiels pour nos déplacements (SNOF, 2019).

L'Organisation Mondiale de la Santé (2012) définit ensuite la cécité par :

« La cécité correspond à une acuité visuelle corrigée inférieure à 1/20 ou à un champ visuel inférieur à 10 degrés, la malvoyance à une acuité visuelle comprise entre 1/20 et 3/10 ou à un champ visuel d'au moins 20 degrés, avec deux catégories de malvoyance et trois au sein de la cécité (de quelques perceptions lumineuses à une perception nulle). »

En revanche, ces données chiffrées, ne suffisent pas pour comprendre le fonctionnement visuel d'une personne :

« Une personne peut avoir une bonne vision périphérique et donc se montrer à l'aise dans ses déplacements, en revanche être très gênée si elle doit écrire ou lire un texte. Par ailleurs, la vision des personnes malvoyantes fluctue souvent en fonction de l'intensité lumineuse, voire de leur fatigue. » (Lewi-Dumont, 2015).

Cette citation montre que la déficience visuelle ne s'arrête pas seulement à une baisse de l'acuité visuelle ou un à champ visuel restreint. En effet il y a d'autres conséquences qui restent très importantes : une personne déficiente visuelle peut parfois avoir une très bonne acuité visuelle et un champ visuel normal (exemple : le daltonisme). Lorsque que l'on observe un objet on le décompose pour l'analyser par la forme, sa couleur, sa profondeur, sa mobilité.... Ces autres caractéristiques sont également importantes à prendre en compte.

De plus, d'après l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), on distingue également quatre stades de la fonction visuelle de la vision normale à la cécité totale :

- La vision normale
- La déficience visuelle avec malvoyance moyenne
- La déficience visuelle avec malvoyance sévère
- Déficience visuelle avec cécité (profonde, légale ou totale)

Tableau n°I : Récapitulatif des différentes déficiences visuelles selon la CIM 10

Déficience visuelle	Gravité	Acuité visuelle corrigée	Champ visuel
Malvoyance	Moyenne	$3/10^{\text{ème}} > AV > 1/10^{\text{ème}}$	$CV > 20^{\circ}$
	Sévère	$1/10^{\text{ème}} > AV > 1/20^{\text{ème}}$	$20^{\circ} > CV > 10^{\circ}$
Cécité	Profonde	$1/20^{\text{ème}} > AV > 1/50^{\text{ème}}$	$10^{\circ} > CV > 5^{\circ}$
	Cécité légale (presque totale)	$AV < 1/50^{\text{ème}}$ Perception lumineuse possible	$CV < 5^{\circ}$
	Cécité totale	Absence de perception lumineuse	

AV = Acuité Visuelle et CV = Champ Visuel

Plus spécifiquement, selon l'expertise collective de l'INSERM (Institut Nationale de la Santé et de la Recherche Médicale) en juin 2002, portant sur les déficits visuels de l'enfant, différents groupes de pathologies de déficiences sont classées :

- Les atteintes de la voie optique (exemple : atteinte des nerfs optiques),
- Les atteintes rétiniennes (exemples : pathologies de la rétine, 21 % à 40% des étiologies),
- Les malformations congénitales (exemples : malformation congénitale de l'œil, prévalence de 6 pour mille),
- Les affections (exemples : l'albinisme, 12% des enfants suivis dans des centres pour déficients visuels),
- Les séquelles de prématurité et de souffrances néo natales,
- Également les déficiences de la fonction visuelle d'origine cérébrale (exemple : troubles neuro-visuels),
- Et enfin les affections congénitales (exemple : glaucome).

Dans ce mémoire d'initiation à la recherche nous ne fixerons pas notre étude sur une déficience visuelle en particulier.

Tous ces éléments décrits ont également des retentissements différents selon le milieu de vie de l'enfant, de ce que lui-même et ses parents ont pu mettre en place, des accompagnements reçus et les différences entre individus rendent souvent les généralisations difficiles. (Lewi-Dumont, 2015 , p. 151)

1.2.2. Impact de la déficience visuelle sur le développement des habiletés sociales de l'enfant

Dans les parties précédentes nous avons pu mettre en avant que le développement des habiletés sociales se construisait principalement grâce à l'apprentissage, et que la vision était un sens essentiel dans la construction de nos interactions et de nos actions. Or si la vision est en partie présente ou non présente, il sera difficile pour l'enfant d'établir des interactions sociales :

« Gepner postule qu'un tel trouble de la perception visuelle pourrait néanmoins constituer une entrave sévère au développement d'une dyade et de comportements communicatifs entre le bébé et l'entourage. Les troubles de la perception visuelle sont donc susceptibles d'avoir de graves conséquences développementales y compris sur les comportements communicatifs. Mais ils peuvent être à l'origine d'une cascade d'évènements qui va mener un bébé, et plus tard un jeune enfant, dans des interactions précoces mal établies parce que sa prise d'indices non verbaux est mauvaise. » (Tanet & Ouss, 2016).

D'après plusieurs témoignages recueillis dans l'étude de Lewi-Dumont ; les élèves scolarisés évoquent les conséquences des difficultés visuelles qui selon eux se manifestent principalement dans deux domaines, l'un touchant leur autonomie et leur vie sociale d'élève, l'autre l'accessibilité à certaines disciplines (Lewi-Dumont, 2015 , p. 153). De plus, selon un article rédigé par l'association pour adultes et jeunes handicapés de Guyane en 2018, les chercheurs ont montré que les habiletés sociales n'étaient pas toujours acquises par les personnes en situation de handicap. Et que selon leur type de déficiences, ces dernières peuvent limiter la capacité de communication verbale ou non verbale, la perception des émotions mais également l'estime de soi de la personne porteuse de handicap.

Cependant, il existe un facteur favorisant les interactions et l'intégration des enfants déficients visuels, c'est la maîtrise du langage. En effet, elle facilite grandement le développement social de l'enfant déficient visuel. Curieux, les enfants déficients visuels posent de nombreuses questions sur les personnes qui les entourent et cherchent également à entrer en contact en utilisant leurs autres sens : toucher, ouïe... Or en fonction des sociétés ces comportements peuvent être considérés comme inadaptés socialement. Les différentes expériences de l'enfant et l'attitude de l'entourage ont montré qu'ils avaient un rôle essentiel dans le développement de l'enfant porteur de déficience visuelle et principalement dans tous les aspects sociaux.

De plus, nous retrouvons régulièrement dans la littérature que la présence presque systématique d'un adulte lors des déplacements de l'enfant entraîne très régulièrement plus de facilité par la suite dans ses relations avec les adultes, plus qu'avec des enfants de son âge. Il est donc fréquent de rencontrer des enfants avec déficience visuelle plus à l'aise avec la personne adulte et ainsi limitant ses partages avec ses pairs. (Baillargeon, 1986)

D'autres facteurs sont essentiels à prendre en compte dans le développement social de l'enfant déficient visuel : son environnement, sa déficience, son entourage, l'accompagnement précoce ou non...

Par exemple, un enfant non accompagné dans la classe pour ce qui relève des déplacements ou du repérage dans un lieu, cela peut être difficile. Cette difficulté, peut conduire à une grande solitude pour l'élève, à différents niveaux scolaires. Dans un article rédigé par Lewi-Dumont, une maman témoigne à propos son fils en grande section de maternelle :

« Il passe [les récréations] la plupart de son temps isolé, ne pouvant pas participer aux jeux mouvementés de ses petits copains, le bruit le dérange. Cette situation est de plus en plus difficile pour lui, je le sens en souffrance. Il n'a même plus envie de sortir l'heure venue. » (Lewi-Dumont, 2015 , p. 153)

Un enfant déficient visuel peut rencontrer des difficultés dans ses interactions lors des jeux collectifs, lorsqu'un enfant lui demande d'aller chercher un jouet en lui indiquant « là-bas ». Son interaction pourra donc dépendre de son inclusion et de son acceptation dans le groupe. (Baillargeon, 1986)

1.2.3. Inclusion scolaire des enfants déficients visuels

Nous avons pu constater dans cette fin de partie que l'environnement scolaire pouvait être source d'interaction pour les enfants. L'école est un lieu propice aux apprentissages et au début de la vie en communauté.

Selon Paul Aymard dans son ouvrage de 2015, les enfants porteurs de déficience visuelle ont eux aussi des désirs d'enfants, malgré les difficultés qu'ils peuvent rencontrer ils souhaitent très

majoritairement être scolarisés dans des établissements ordinaires (Aymard, 2015). En effet la loi de 2005 sur « l'égalité des droits et des chances... des personnes handicapées » permet « le droit à la scolarisation en milieu ordinaire ». Cette loi prévoit différents accompagnements pour permettre la scolarité de ces enfants. La scolarité de l'enfant est maintenant obligatoire à partir de 3 ans. Toutes les structures scolaires et d'accueils sont un puissant vecteur d'interactions sociales autant qu'un lieu d'acquisition de connaissances. C'est pourquoi, l'accueil préscolaire de l'enfant porteur de déficience visuelle est préconisé. Il peut ainsi bénéficier d'un suivi dans une structure ordinaire avec un soutien éducatif et pédagogique.

La scolarisation est le lieu propice à la participation sociale des enfants et favorise leur sociabilisation (Aymard, 2015). « C'est aussi pour la famille la reconnaissance d'une place dans la société pour cet enfant. Cette première expérience de socialisation de l'enfant sera également bénéfique pour sa future scolarisation" (Rault, 2008). Les jeunes déficients visuels et leurs parents peuvent choisir entre une inclusion individuelle et une scolarisation en dispositif collectif. Le choix n'est pas en lien avec la gravité de l'atteinte visuelle, des jeunes aveugles complets peuvent avoir une scolarité totalement inclusive, avec un accompagnement pour chaque élève, des aides techniques... (Lewi-Dumont, 2015).

On différencie dans la littérature, le terme d'inclusion du terme d'intégration. L'inclusion prend en compte les composantes personnelles de chaque individu et offre les éléments nécessaires à leur réussite. Alors que l'intégration donne les mêmes composantes à tout le monde.

L'inclusion « c'est faire en sorte que la société se transforme elle-même pour s'adapter aux besoins des personnes en situation de handicap et leur donner ainsi accès à tous les droits et services offerts à l'ensemble des citoyens ». (Toupi, 2021)

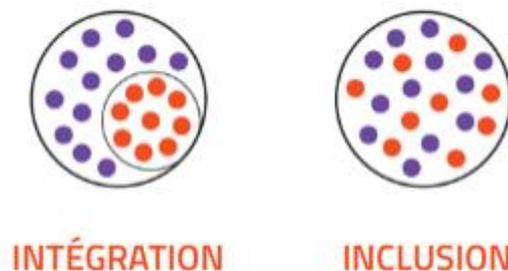


Figure 1 : schéma montrant la différence entre « intégration » et « inclusion »

<https://toupi.fr/nous-connaître-2/nos-missions-et-nos-projets1/>

Différents dispositifs d'aides à la scolarisation en milieu ordinaire existent pour les enfants de 3 à 6 ans et certains suivent l'enfant jusqu'à ses 20 ans :

Tableau n°II : Différents dispositifs médico-sociaux intervenant à l'école de l'enfant

STRUCTURES D'AIDES	PUBLIC CONCERNE	ROLE DE LA STRUCTURE	OBJECTIFS
SAFEP	Accompagnement précoce des enfants et de la famille à domicile. Pour les enfants de 0 à 3 ans	Accompagnement précoce des enfants et de la famille au domicile.	Optimiser la relation parent-enfant Favoriser le développement de l'enfant Faciliter l'insertion de l'enfant dans des structures sociales (crèche, garderie, maternelle...) Surveiller l'évolution du handicap et ses répercussions
SAAAIS (= SESSAD spécialisé dans la déficience visuelle)	Service d'accompagnement à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire Accompagne des enfants déficients visuels de 2 à 20 ans	Maintien des enfants et adolescents en milieu scolaire ordinaire	Proposer des actions spécifiques en fonction des besoins du jeune dans son environnement
ULIS	3 à 18 ans	Permettre l'accessibilité pédagogique aux jeunes déficients visuels	Mettre en œuvre le Projet Personnalisé de Scolarisation du jeune Prodiguer des apprentissages adaptés aux capacités du jeune et à son rythme en l'incluant dans un petit groupe sur des petits temps Donner l'accès à des formations professionnelles, des stages pour construire un projet professionnel Préparer à l'obtention d'un diplôme de l'enseignement général ou technologique

1.3.LA PRISE EN SOINS DE L'ENFANT PRESCOLAIRE DEFICIENT VISUEL

1.3.1. Un accompagnement précoce et pluridisciplinaire

Nous avons pu constater qu'il existe différentes structures qui accompagnent les enfants déficients visuels dans leur milieu scolaire.

Il existe également des structures médico-sociales qui s'adressent aux enfants atteints de déficiences visuelles associées ou non à d'autres déficiences. Leurs objectifs sont précisés par la loi du 22 avril 1988 (définitions des conditions d'exercice des différents établissements) :

- Stimuler la vision fonctionnelle,
- Développer les moyens psychomoteurs et sensoriels de compensation,
- Mettre en place les aides optiques et non optiques,
- Enseigner les techniques palliatives (braille, informatique adaptée, locomotion, activités de vie journalière...). (P. Denormandie, N. Renaux, 2008, p17)

Car en effet, étant donné l'importance des interactions entre les acquisitions visuelles et le développement de l'enfant sur le plan affectif, psychomoteur, sociale que nous avons pu développer dans une précédente partie... Dans ces structures, la collaboration permet la coordination et la complémentarité des différents professionnels. (P. Denormandie, N. Renaux, 2008)

« Sur le plan développemental l'éducation spécialisée de cet enfant doit être précoce. Elle est pluridisciplinaire. » « La précocité de cette prise en charge permet de prévenir les troubles relationnels parents-enfant, surtout si l'enfant est atteint de cécité. Le rôle des parents n'est pas la sur-stimulation de l'enfant mais la mise en place d'une bonne qualité relationnelle avec leur enfant, grâce à l'aide des rééducateurs. » (P. Denormandie, N. Renaux, 2008, p16)

La prise en soins d'un enfant déficient visuel se construit à travers la collaboration d'une équipe pluridisciplinaire : Le tableau ci-dessous décrit les différents objectifs de prise en soins des enfants déficients visuels et le lien de chaque professionnel avec l'ergothérapeute.

Tableau n°III : professionnels intervenant auprès de l'enfant déficient visuel

PROFESSIONNELS DE LA SANTE	OBJECTIFS DE PRISE EN SOINS	LIEN AVEC L'ERGOTHEREPEUTE
Médecin Ophtalmologue	Etablir le premier contact médical avec la famille et l'enfant Indiquer la déficience visuelle et les possibilités visuelles Proposer les différentes prises en charge existantes au sein de l'institution	Utiliser les données fournies par le médecin pour orienter la prise en soins de l'enfant.
Orthoptiste	Proposer des moyens de compensation visuelle Proposer des séances de rééducation Les grands axes de rééducation sont : <ul style="list-style-type: none"> - Sollicitation du regard - Travail des mouvements oculaires et de leur endurance, - Travail de la coordination oculo-manuelle - Stimulation et éducation de la vision de près 	Mettre en lien et comprendre le retentissement de la déficience visuelle avec les activités de la vie quotidienne Participer à l'adaptation des supports

	- Début de la mise en place de l'utilisation d'aides optiques simples	
Orthophoniste	Réduquer l'accès au langage écrit et oral	Transférer les acquis dans des situations de la vie quotidienne
Psychomotricien	Son objectif principal est de stimuler la confiance en lui pour permettre à l'enfant d'acquies une réelle autonomie. Le travail porte sur : <ul style="list-style-type: none"> - Les conduites motrices de base et l'équilibre, - Le schéma corporel - L'accompagnement corporel qui va aider l'enfant à imiter ce qu'il perçoit - Les vicariences (c'est-à-dire les compensations) sensorielles - L'attention aux blindismes en aidant l'enfant à mieux contrôler ces mouvements 	Stimuler les capacités motrices et les praxies de l'enfant
Psychologue	Intégration familiale : soutenir l'enfant et sa famille pour favoriser l'image parentale et éviter les actes de surprotection ou de déni.	Transmettre les informations recueillies lors de l'évaluation et des discussions avec la famille, permet de comprendre le comportement des jeunes
Neuropsychologue	Evaluer et réduire les fonctions supérieures de l'enfant.	Stimuler les capacités cognitives de l'enfant
Educateur spécialisé	Favoriser l'autonomie et l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne Favoriser l'inclusion sociale Favoriser la communication	Transférer les acquis réalisés en séance dans les activités de la vie quotidienne Aider le jeune à trouver des repères et des moyens de compensation dans les activités de la vie quotidienne (repas, habillage)
Enseignant spécialisé	Assurer un enseignement adapté aux capacités du jeune Favoriser l'apprentissage du Braille si besoin Favoriser l'utilisation des préconisations faites par l'orthoptiste et l'ergothérapeute	Vérifier la bonne utilisation des supports adaptés Enseigner la dactylographie ou l'ordinateur
Assistante sociale	Assurer le suivi administratif et financier	Communiquer avec les différentes structures en lien avec l'enfant
Service de transcription	Adapter les supports	S'assurer de la bonne utilisation de la transcription par le jeune au quotidien et participe à l'adaptation des supports

(Blindismes : Comportements stéréotypés)

1.3.2. L'accompagnement en ergothérapie

L'ergothérapie « porte l'intérêt sur la réalisation autonome et satisfaite des activités de vie quotidienne de toutes personnes en situation de handicap ». L'ergothérapeute n'est pas un rééducateur de la vision mais cherche à mesurer l'impact fonctionnel des troubles de la vision dans le quotidien de l'enfant et à y remédier à travers l'entraînement de l'enfant à l'utilisation de stratégies de compensations et d'adaptations physiques de l'environnement (Lefevre-Renard & Vauville-Chagnard, 2016).

L'ergothérapeute a une place centrale dans le domaine social, en effet celui-ci accompagne le patient pour retrouver sa place et son rôle au sein de sa famille et dans sa vie sociale. Par son expertise dans l'analyse des tâches, il aide à favoriser la capacité d'agir et valorise le savoir-faire du patient. (Passard, 2011). Il peut proposer un travail des habiletés sociales auprès des personnes ayant un déficit ; cela permet en effet de développer les capacités d'adaptations mais aussi d'intégrations aux autres.

L'ergothérapeute met en place des évaluations « écologiques ». On parle de milieu écologique lorsque qu'on met en avant les interactions de l'enfant avec son environnement. Le rôle de l'ergothérapeute va être d'observer et d'analyser l'enfant dans ses activités et lieux de vie habituels (chez lui, chez ses grands-parents, à l'école, au centre de loisirs...) Il y aura donc un objectif qui sera double : celui de constater la qualité de l'utilisation du regard et de déterminer les difficultés qu'il peut rencontrer. Ce travail prépare en partie les objectifs de rééducation que va mettre en place l'ergothérapeute pour l'enfant. (Ally-Sevestre et ses collaborateurs, 2003) cité dans (Lefevre-Renard & Vauville-Chagnard, 2016).

Il va ensuite construire différentes mises en situations afin de rechercher « son point de blocage » ; ce qui l'empêche de réaliser cette activité de manière aisée. L'ergothérapeute va placer l'enfant en situation de dessiner, jouer, manger, se déplacer, dialoguer, et va observer sa manière de mobiliser son regard ; la vision est-elle un soutien à l'action ou plutôt un obstacle ? (Lefevre-Renard & Vauville-Chagnard, 2016).

L'ergothérapeute va être au carrefour de la collaboration avec les autres professionnels de santé qui vont accompagner l'enfant et ses parents. En effet, les parents de l'enfant que nous accompagnons sont des piliers essentiels de la prise en soins, ce sont ceux qui à la fois

connaissent le mieux leur enfant mais aussi ceux qui ont besoin de conseils techniques. L'ergothérapeute va apporter un regard pratico-pratique en prenant en compte cette double prise en soins : les troubles présentés par l'enfant et ses besoins pour grandir et se développer avec son handicap. Il s'agit ici d'une prise en soins à travers une approche holistique de l'enfant, elle ne sera pas seulement centrée sur le symptôme mais elle prendra également en compte le système dans lequel évolue l'enfant. (Lefevre-Renard & Vauville-Chagnard, 2016).

1.3.3. Le travail des habiletés sociales chez l'enfant par l'ergothérapeute

Nous avons pu constater que toutes les aptitudes en lien avec les relations sociales comme la communication ou les habiletés sociales peuvent elles aussi être impactées dans le développement de l'enfant déficient visuel.

Au départ, l'ergothérapeute va réaliser différentes évaluations avec l'enfant (analytiques et écologiques), les croisent avec celles des spécialistes et recueillir les témoignages de la famille. Les objectifs de la prise en charge ainsi sont adaptés aux attentes et réalisés en collaboration entre le thérapeute, l'enfant, sa famille et les autres professionnels avec qui il travaille. Les moyens seront mis en place en fonction des occupations et de ce que le jeune aime et souhaite afin que qu'ils soient le plus signifiants et significatifs.

A travers la réalisation d'un travail sur les habiletés sociales, l'ergothérapeute va favoriser l'inclusion de l'enfant dans ses différents environnements :

- Familial : soutenir l'enfant qui cherche à prendre son autonomie, à affirmer son identité ; on observe d'ailleurs généralement un phénomène de surprotection durant l'enfance à cause de la déficience visuelle.
- Scolaire : offrir un suivi éducatif adapté afin que l'enfant puisse être inclus au sein de sa classe et dans son groupe de pair.
- Sociale : orienter l'enfant qui ne perçoit pas forcément les formes de communication non verbale, ne comprend pas certaines normes sociales et qui a des réactions qui ne se sont pas forcément adaptées.

« La relation qui s'établit entre la personne et son environnement détermine l'organisation et le choix des occupations, le rendement occupationnel, ainsi que la satisfaction que la personne

éprouve face à ses occupations. » (ACE, 2002). Il est donc important d'accompagner l'enfant dans ses différents environnements afin de favoriser son inclusion en milieu ordinaire.

Le travail des habiletés sociales est essentiel chez la personne ayant une déficience visuelle car cela permet de développer ses capacités d'adaptations ainsi que son inclusion, améliorant la qualité de vie de la personne. Le travail des habiletés sociales peut se faire en participant à des activités sociales qui ont du sens pour l'enfant.

Le jeu a une place importante dans le développement de l'enfant et dans la construction de ses liens sociaux. C'est pourquoi nous verrons dans une quatrième partie comment le jeu peut être utilisé en ergothérapie pour favoriser les apprentissages.

1.4.LE JEU, UNE ACTIVITE SIGNIFIANTE DANS LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

En ergothérapie, « une activité est décrite comme signifiante lorsqu'elle a un sens pour la personne, elle est significative lorsqu'elle a un sens pour l'environnement social » (Rochex, 1995) cité par (MOREL-Bracq, 2006).

1.4.1. Qu'est-ce que le jeu ?

Le jeu est considéré comme universel, il est présent dans toutes les cultures, de manière plus ou moins importante et différente selon les âges. On reconnaît facilement une situation de jeu quand on observe : un enfant qui raconte une histoire dans laquelle il incarne un personnage fictif, des adolescents autour d'un jeu de société, des adultes jouant à la pétanque ou des personnes âgées faisant une belotte.

En revanche il reste difficile de trouver dans la littérature une seule et unique définition du jeu. Parmi de nombreux écrits la définition de Roger Caillois émerge régulièrement :

« Le jeu est une activité :

- Libre : à laquelle le joueur ne saurait être obligé sans que le jeu perde aussitôt sa nature de divertissement attirant et joyeux ;

- Séparée : circonscrite dans des limites d'espace et de temps précises et fixées à l'avance ;
- Incertaine : dont le déroulement ne saurait déterminer le résultat acquis préalablement, et la nécessité d'inventer étant obligatoirement laissée à l'initiative du joueur
- Improductive : ne créant ni biens, ni richesse, ni élément nouveau d'aucune sorte ;
- Réglée : soumise à des conventions qui suspendent les lois ordinaires et qui instaurent momentanément une législation nouvelle, qui seule compte ;
- Fictive : accompagnée d'une conscience spécifique de réalité ou de franche irréalité par rapport à la vie courante. » (Caillois, 1992).

A travers cette définition on constate que le jeu n'est pas uniquement quelque chose de matériel mais il résulte bien plus de l'attitude du joueur et de son investissement dans l'activité.

Plusieurs scientifiques ont montré que le jeu avait une importance capitale dans le développement de l'enfant. Le jeu représente chez l'enfant un besoin fondamental et un signe de santé (Vial, 1981 ; Winnicott, 1975) cité par (Ferland, 2003). En 1963, Hartley et Goldenson écrivaient déjà : « Quand un enfant ne peut pas jouer, nous devrions être aussi inquiets que lorsqu'il refuse de manger ou de dormir »

1.4.2. Le jeu dans le développement de l'enfant (3-6 ans)

Chez l'enfant, le jeu à une place prépondérante. Quand un enfant joue, il développe son langage, son imagination et sa créativité... Jusqu'à l'âge de 6 ans, le jeu est considéré comme l'activité la plus importante pour l'aider à se développer et à faire des apprentissages. (Josiane Caron Santha, 2018)

Le jeu possède un certain nombre d'effets positifs sur le développement de l'enfant :

- Le développement moteur et sensoriel (manipulation d'objets, observation, mise à la bouche, textures, couleurs, formes, sons, lancer, rattraper, courir...)
- Le développement intellectuel (développe la pensée, la résolution de problème, la créativité et l'imagination)
- Le développement social (apprendre à vivre avec les autres, à partager, à communiquer, à attendre son tour, à faire des compromis...)

- Le développement du langage (apprend à dire de nouveaux mots, à exprimer ses idées et à les faire comprendre) (Josiane Caron Santha, 2018)

Dans cette étude, nous analyserons le jeu uniquement chez les enfants de 3 à 6 ans. Le stade de 3-6 ans est principalement marqué par la phase du jeu coopératif. L'enfant commence à jouer avec les autres.

Entre 3 et 4 ans, l'enfant est capable de jouer avec les autres enfants pendant plusieurs minutes. Lorsqu'il souhaite obtenir un jeu il sait maintenant le demander et ne l'arrache plus des mains de celui qui s'en sert. Les disputes restent néanmoins encore fréquentes. A ce stade l'enfant préfère jouer avec un seul ami plutôt qu'avec plusieurs. Il commence à s'intéresser davantage à ses interactions avec les autres enfants qu'à l'activité en elle-même. Or la coopération reste encore discrète et peu présente.

Puis vers l'âge de 4 et 5 ans, l'enfant prend maintenant conscience que les autres ont également des droits. Il commence à apprendre à partager et à attendre son tour. Il préfère jouer avec plusieurs enfants que seul.

En revanche même s'il n'aime pas perdre, l'enfant peut néanmoins participer à des jeux de groupe qui ont des règles simples et apprécier ces jeux. Il comprend le principe d'entraide, il est plus porté à faire des compromis. Enfin lors d'un conflit, les gestes agressifs ont tendance à être remplacés par des paroles. (Josiane Caron Santha, 2018).

L'enfant développe donc des habiletés à jouer avec les autres enfants et ses capacités lui permettent d'alimenter l'activité de jeu ; les amis deviennent, très importants. Il joue avec les autres : on parlera de jeu associatif et, progressivement, il saura collaborer avec eux pour aboutir à un jeu commun : on parlera alors de jeu coopératif. (Ferland, 2003)

Enfin, il existe différentes classes de jeux ; les principaux jeux que l'on retrouve à l'âge de 3-6 ans sont principalement :

- Les jeux moteurs : l'enfant explore les capacités de son corps (saute, grimpe, court, fait de la trottinette). Il se lance également des défis physiques et il est fier de les atteindre, exemple : « Je vais grimper jusqu'à cette branche ».
- Les jeux de manipulations : l'utilisation de nombreux outils (crayons, gomme, ciseaux...), il prend plaisir à construire des structures...
- Les jeux imaginaires : il s'amuse à imiter la réalité qu'il connaît (non plus par mimétisme mais intègre l'action dans son activité), imiter les animaux, utilise des objets

de manière détournée pour faire semblant que celui-ci en représente un autre, joue à des jeux de rôle.

Et pour l'enfant déficient visuel ?

Les conditions médicales d'un enfant peuvent le placer en situation de handicap face à une situation et l'empêcher de développer ses habiletés, ses aptitudes de jeu et donc l'empêcher de découvrir le monde. Nous avons pu constater les différents impacts que la déficience visuelle pouvait avoir sur le développement de l'enfant. Ainsi l'enfant déficient visuel risque d'être gêné dans les activités d'explorations, de manipulations...Et donc dans son engagement dans cette activité essentielle de l'enfance. (Ferland, 2003, p. 10)

De plus, différents chercheurs (Ferland, Lambert et Bertrand, 1991 ; Jones, Jarret et Quay, 1984; Newson et Hipgrave, 1982; O'Halloran, 1985) montrent la présence de ces difficultés dans le processus de socialisation de l'enfant ayant une déficience. La diminution de la motricité impacte les occasions de jouer avec les autres. (Ferland, 2003, p. 43)

1.4.3. Le jeu en classe de maternelle à l'école ordinaire

Selon Piaget, le jeu peut « servir à de nombreuses fins, et puisque les enfants apprennent plus efficacement par l'activité plutôt que par l'enseignement direct, le jeu est un excellent véhicule d'apprentissage ». Il est essentiel au développement du cerveau de l'enfant et permet le développement de nombreuses compétences : cognitives, socio-émotionnelles, motrices et favorise les interactions sociales productives et appropriées. (Amy Rossano, 2018)

En milieu scolaire, les enfants en classe de maternelle ont à leur disposition un certain nombre de jeux ou d'activités qu'ils peuvent utiliser seul ou à plusieurs. En revanche nous pouvons nous questionner sur l'accessibilité de ces jeux pour les enfants déficients visuels. Comment le jeu peut-il permettre les apprentissages ? Quel est la place du jeu dans le développement de l'enfant déficient visuel ? Comment l'ergothérapeute peut-il utiliser le jeu pour permettre la participation sociale et les interactions sociales de l'enfant déficient visuel ?

Pour que le jeu puisse être accessible à l'enfant déficient visuel et favoriser ses apprentissages ainsi que ses relations sociales, celui-ci devra être adapté en s'appuyant sur les points forts de l'enfant déficient visuel. En effet, ces enfants développent une meilleure motricité et une

extrême sensibilité des autres sens. Pour que l'enfant déficient visuel puisse s'impliquer pleinement dans un jeu avec ses pairs il est nécessaire que l'activité soit inclusive. (Prunera Ramon, 2010)

Les objectifs du jeu en classe de maternelle

En classe de maternelle, le jeu est omniprésent, il s'agit d'un moyen d'apprentissage essentiel. Les premiers jeux de l'enfant à l'école maternelle visent à développer ses aptitudes à vivre en commun, à parler, communiquer pour établir sa propre identité en découvrant les autres. Voici les apprentissages premiers que l'on peut retrouver dans le référentiel des enseignants :

- Partager avec d'autres des activités et des lieux.
- Entretenir des relations avec les adultes de l'école et avant tout avec sa maîtresse.
- Se développer sur le plan sensoriel et moteur
- Affiner sa personnalité
- Bien s'entendre et bien agir avec les autres
- Communiquer avec les autres
- Comprendre le monde qui l'entoure
- Mener à terme des projets

En classe de maternelle, c'est à travers le jeu que l'enfant va expérimenter et apprendre à bien s'entendre avec les autres, à partager, à attendre son tour et à suivre des règles (Bourque, 2018). Et donc à développer certaines habiletés sociales mises en valeurs dans les paragraphes précédents.

1.4.4. Le jeu dans le champ de l'ergothérapie, une activité ludique

En ergothérapie, le jeu a depuis toujours été perçu comme un moyen privilégié d'intervention. Le courant de pensée en ergothérapie repose sur un concept essentiel, tel que la « nature occupationnelle » de l'être humain. Pour s'occuper et découvrir le monde qui l'entoure, l'enfant joue. Et l'activité significative donne un sens à l'agir (Ferland, 2003, p. 10). Le jeu est reconnu comme l'activité significative par excellence de l'enfant et comme une modalité thérapeutique de premier plan (Ferland, 2003, p. 11).

En ergothérapie, il existe différents courants de pensée spécifique au jeu. Par exemple, Reilly publie, en 1974, le premier ouvrage sur le jeu en ergothérapie : « Play as Exploratory Learning ». Ce livre va avoir une forte influence sur la place du jeu dans la profession. Ici, le jeu est présenté sur un processus menant au travail : « les habiletés et habitudes développées dans le jeu préparent l'enfant à assumer son futur rôle de travailleur compétent et productif » (Ferland, 2003).

Un deuxième courant de pensée montre que « le jeu est non seulement un moyen thérapeutique, mais aussi un but à atteindre en ergothérapie. » Il s'agit d'une activité essentielle dans l'enfance, le jeu est considéré comme un outil ayant du sens et en lien avec la qualité de vie de l'enfant (Parham et Primeau, 1997; Blanche, 1997) cité par (Ferland, 2003)

A travers ces deux courants de pensées on constate que certains pensent qu'en ergothérapie il faut utiliser le jeu à des fins thérapeutiques afin de conduire l'enfant à développer les habiletés requises pour sa vie de futur adulte. Alors que d'autres voient dans l'expérience de jeu un but en soi et un moyen d'aborder l'enfant dans sa globalité. (Ferland, 2003, p. 62)

Le modèle ludique de Francine Ferland

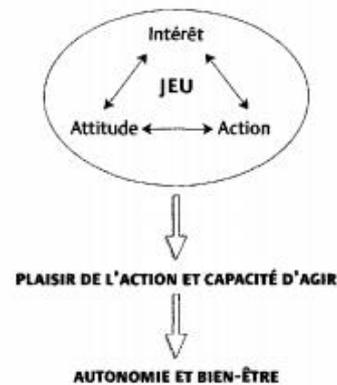
Le modèle ludique construit par Francine Ferland a pour objectif de mettre le jeu au service de l'autonomie et de la capacité d'agir de l'enfant qui peut présenter une déficience. Dans le modèle, on considère le jeu comme l'activité la plus significative pour l'enfant. Grâce à ce champ d'action, l'enfant développe ses capacités d'adaptations, d'interactions avec les autres ainsi que son autonomie. Il s'agit d'un outil qui aborde donc l'enfant de la façon la plus holistique possible. Le concept central du modèle ludique est la capacité d'agir :

- Accomplir l'activité de la façon habituelle (renvoie à la capacité d'adaptation de la personne ; cuisiner debout devant le plan de travail, jouer aux cartes assis...)
- Adapter l'activité à ses possibilités (l'activité peut être effectuée autrement, adaptation des outils...)
- Réagir devant l'impossibilité d'accomplir l'activité (MC. Morel-Bracq, 2017)

Dans le modèle ludique de Francine Ferland, le jeu est défini comme : « Une attitude subjective ou plaisir, curiosité, sens de l'humour et spontanéité se côtoient, qui se traduit par une conduite choisie librement et pour laquelle aucun rendement spécifique n'est attendu. ». Cette définition du jeu inclut les trois aspects du modèle ludique :

- Une attitude ludique : « Attitude caractérisée par le plaisir, la curiosité, le sens de l'humour et la spontanéité, le goût de prendre des initiatives et de relever des défis. »

Le modèle ludique et l'enfant : cadre conceptuel



- Une action du jeu : « Composantes instrumentales (sensorielles, motrices, perceptives, cognitives, sociales) rendant possible l'activité de jeu. »
- Un/ Des intérêts pour le jeu : « Attirance envers le jeu. L'intérêt pour le jeu est nécessaire pour faire naître le désir d'agir et maintenir le plaisir d'agir. » (Ferland, 2003, p. 10)

Et par ces trois aspects, l'enfant va développer le plaisir et la capacité d'agir, ce qui va le conduire à l'autonomie et au sentiment de bien-être. (Morel-Bracq, 2017, p152)

- Plaisir de l'action : « Sensation agréable naissant de l'intérêt pour telle ou telle activité, s'expérimentant dans l'action, entre autres dans le jeu, et susceptible de favoriser la répétition et la généralisation de l'action. Ce plaisir concerne tant les rapports avec les objets que les rapports avec les autres. »
- Capacité d'agir : « Capacité d'effectuer l'activité de la façon habituelle, d'adapter l'activité à ses possibilités et de réagir devant l'impossibilité d'accomplir l'activité. Ce concept concerne tant les rapports avec les objets que les rapports avec les autres » (Ferland, 2003, p. 110).

L'utilisation du jeu tel qu'il est défini par Francine Ferland, nous conduit à aller plus loin que les difficultés physiques afin de prendre en compte toutes les autres sphères du développement. L'objectif essentiel de l'utilisation de ce modèle est de développer chez l'enfant une attitude, des intérêts et des habiletés de jeu afin qu'il puisse par la suite compenser ses difficultés. (Morel-Bracq, 2017, p. 152).

Francine Ferland met en avant dans son livre sur le modèle ludique la vision de Wilcock. Pour Wilcock (1998), « l'ergothérapie représente une manière originale de comprendre les activités des êtres humains, les rapports entre ce qu'ils font et ce qu'ils sont ; elle repose sur l'idée que,

grâce à ses activités, l'être humain se remodèle constamment. » Francine Ferland croise également le modèle ludique avec le modèle de l'occupation humaine (MOH) de Gary Kielhofner (1949-2010). En effet, selon Francine Ferland, c'est en essayant d'atteindre un équilibre dynamique entre l'« agir», l'«être» et le «devenir » que l'ergothérapie favorise la santé et le bien-être de l'individu. (Ferland, 2003, p. 56).

Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), (Annexe I, p I) permet d'obtenir une mise en lumière de la participation occupationnelle d'une personne. Cette participation occupationnelle se définit comme « l'engagement dans le travail, les loisirs ou les activités de la vie quotidienne, au sein d'un contexte social » (Parkinson, 2017, p. 26).

Les grands termes du modèle sont définis comme :

L'ETRE : composantes individuelles d'une personne

- Volition : correspond à la « motivation d'une personne en prenant en compte les valeurs, les centres d'intérêts et les causalités personnelles » (Morel-Bracq, 2017).
- Habitude : « elle renvoie à l'organisation et à l'intériorisation de comportements semi-automatiques s'exécutant dans un environnement familier. Elle comprend les habitudes et les rôles » (Morel-Bracq, 2017).
- Capacité de rendement / performance : « correspond aux capacités physiques et mentales de la personne » (Muriel, 2015)

L'AGIR : lorsqu'une personne agit, nous observons trois grands niveaux d'actions :

- Participation : « correspond à l'engagement et à l'implication de la personne » (Morel-Bracq, 2017).
- Rendement / performance : il s'agit de la « réalisation qui soutient la participation » (Morel-Bracq, 2017).
- Habiletés : ce sont les « capacités opératoires, de communications et d'interactions » (Morel-Bracq, 2017).

LE DEVENIR : correspond aux conséquences de l'Agir

- Compétences : sont les « capacités d'une personne à mettre en place et à maintenir une routine d'occupations cohérente avec son identité occupationnelle » (Morel-Bracq, 2017).

- Adaptation : c'est ce qui « abouti à l'accumulation d'expériences vécues lors des différentes occupations » (Morel-Bracq, 2017).
- Identité : c'est « ce que la personne est et ce qu'elle souhaite devenir » (Morel-Bracq, 2017).

L'ENVIRONNEMENT : il « correspond aux milieux physiques et sociaux qui peuvent influencer sur la participation » (Morel-Bracq, 2017)

C'est quatre composantes décrites dans le Modèle de l'Occupation Humaine interagissent entre elles afin d'aboutir à un processus d'adaptation occupationnelle.

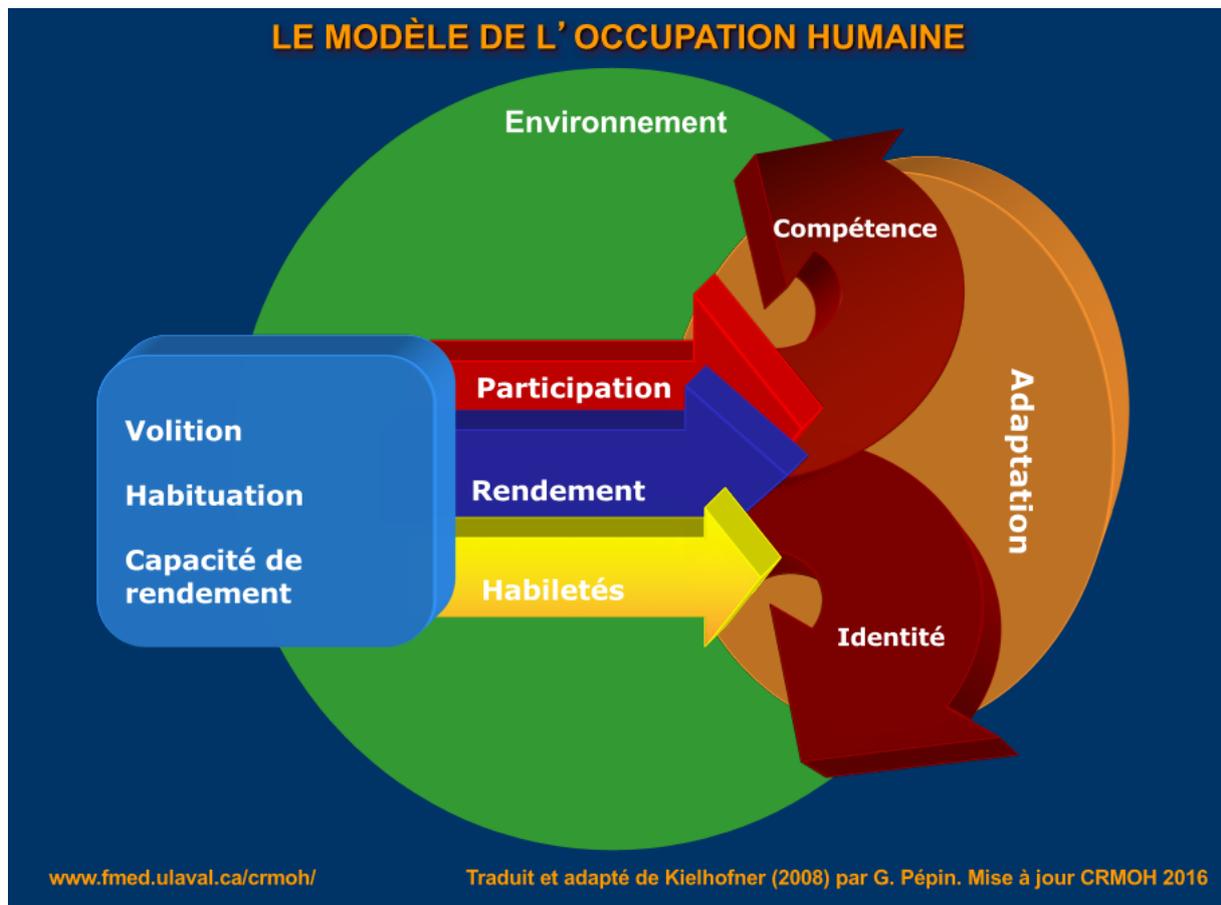


Schéma : Modèle de l'Occupation Humaine de Gary Kielhofner (1949-2010)

2. PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

A travers l'élaboration du cadre conceptuel et la définition des concepts nous avons pu voir que la déficience visuelle chez les enfants a un impact dans son développement social. Cette initiation à la recherche a pour objectif de s'intéresser à l'utilisation du jeu par l'ergothérapeute comme un moyen pour favoriser le développement des habiletés sociales chez l'enfant déficient visuel scolarisé en classe de maternelle.

Les habiletés sociales sont des composantes essentielles dans la construction d'interactions avec les autres ainsi qu'à l'inclusion d'un enfant dans un groupe. C'est à partir de sa naissance et particulièrement au stade de 3 à 6 ans que l'enfant commence à construire des interactions avec les autres, à communiquer et à comprendre les règles. L'acquisition de toutes ces composantes dépend du développement des habiletés sociales chez l'enfant. Or la déficience visuelle induit des difficultés dans le développement de ces habiletés chez l'enfant. On sait que le jeu est le moyen privilégié pour construire des apprentissages chez l'enfant. C'est également un outil indispensable à l'ergothérapeute dans la prise en soins des enfants.

Nous pouvons donc nous poser la question suivante :

- **Comment l'ergothérapeute utilise le jeu auprès de l'enfant déficient visuel pour favoriser le développement des habiletés sociales en milieu scolaire ordinaire ?**

La problématique étant définie, nous pouvons maintenant construire nos hypothèses. Celles-ci représentent les pistes de réflexions issues de la problématique. Les hypothèses sont alors :

- L'ergothérapeute utilise le jeu comme outil d'apprentissage pour permettre le développement des habiletés sociales de l'enfant déficient visuel.
- L'ergothérapeute met en place une collaboration avec les enseignants pour proposer des jeux adaptés et favoriser le développement des habiletés sociales de l'enfant déficient visuel et transférer les acquis de rééducation de l'enfant dans son environnement scolaire
- L'ergothérapeute utilise le jeu comme outil de sensibilisation auprès des autres enfants de la classe.

3. DISPOSITIF METHODOLOGIQUE

A la suite du cadre théorique cette enquête a pour objectif d'apporter également des données de terrain en confrontant les différents points de vue et expériences vécues par les différents professionnels gravitant autour de la population cible.

Cette partie va retracer les différents choix méthodologiques qui ont pu être faits afin de réaliser cette initiation à la recherche. Pour réaliser le recueil de données de terrain et aboutir à une réponse à la problématique et aux hypothèses de recherches, une méthodologie a été construite. D'après Ketele et Roegiers en 1996, une méthode se définit comme un « ensemble plus ou moins structuré et cohérent de principes censés orienter l'ensemble des démarches du processus dans lequel elle s'inscrit » (Ketele & Roegiers, 1996, p. 139).

Dans cette partie, certaines sous parties seront rédigées à la première personne du singulier car celles-ci reflètent des choix personnels dans l'élaboration de la méthodologie. Selon Jean-Pierre Olivier de Sardan, dans son ouvrage « La rigueur du qualificatif » de 2008, le « Je » peut être méthodologique et l'utiliser permet une subjectivité et ainsi d'offrir une explication aux choix faits concernant la méthode.

3.1.Choix de la méthode

Dans cette recherche, j'ai fait le choix de m'appuyer sur la recherche qualitative.

En effet, à travers cette méthode, il ne s'agit pas d'avoir recours au dénombrement et aux calculs mais de privilégier les aspects qualitatifs (la motivation, le jugement, l'avis personnel de la personne interrogée, le sens que la personne donne...). A travers cette méthode on s'intéresse donc à la définition que les individus ont de la réalité. Le thème du handicap est un sujet très personnel et subjectif pour tous les parents, mais aussi pour les professionnels de santé qui interviennent dans l'accompagnement des enfants déficients visuels.

La recherche qualitative est une méthode descriptive qui cherche à comprendre une situation ou un individu de manière la plus détaillée possible. La qualité de la recherche va dépendre de la richesse des différentes données collectées. La recherche qualitative s'intéresse aux sujets dans leur milieu naturel et celui-ci va améliorer le recueil de données puisque les sujets sont proches de leur vie quotidienne (Kohn & Christians, 2014).

Intérêts de cette méthode pour cette recherche :

Pour justifier l'intérêt de cette méthode je m'appuierai sur une étude qui a été réalisée en 1999 sur « L'importance de la recherche qualitative en ergothérapie » par plusieurs auteurs ergothérapeutes : Dubouloz ; Vallerand ; Maillet et Lefebvre. Ces auteurs, « ergothérapeutes partagent la vision que le paradigme de la recherche qualitative s'associe bien aux valeurs préconisées en ergothérapie et aux concepts fondamentaux de la profession. » et « que la recherche qualitative favorise l'étude des différentes dimensions de la personne ». Selon eux, il existe une harmonie particulière entre la vision de l'ergothérapie et les méthodes de recherches qualitatives. En effet, elles explorent la réalité des significations et mettent en valeur la richesse de la vie quotidienne. L'ergothérapie est une discipline fondée sur une vision holistique de la personne et préconise l'adaptation de l'environnement à travers l'engagement de l'individu dans des activités qui lui sont significatives (G. Kielhofner, 1982) (E. Townsend, 1996) cité par (Meyer S. , 2012)

La méthode qualitative dispose de nombreux bénéfices et particulièrement dans le domaine de la santé. Cette méthode permet de s'intéresser à différents éléments qui ne peuvent pas être mesurés comme la compréhension du vécu de la maladie, le sentiment de satisfaction, l'évaluation d'une intervention, un ressenti...

3.2.Choix de l'approche

La méthode qualitative se décompose en deux approches différentes : l'approche hypothético-déductive et l'approche inductive. Dans cette recherche, j'ai fait le choix d'utiliser l'approche hypothético-déductive qui se construit en plusieurs étapes : la construction d'un cadre conceptuel avec la mise en valeur de données théoriques afin d'apporter une scientificité à la recherche, la construction d'une problématique puis l'élaboration des hypothèses. Celles-ci pourront ensuite être validées ou réfutées grâce aux différentes données que l'on aura recueillies dans les entretiens.

Ensuite l'élaboration de la méthode de recherche (développée ici). Et enfin le travail de recherche se construit sous forme concrète lors de la dernière étape : la réalisation des entretiens après la validation de la méthode.

Intérêt de cette approche dans cette recherche :

L'approche hypothético-déductive structure mon sujet car elle permet de donner un cadre à la recherche en construisant un protocole d'enquête à travers l'utilisation de techniques de recueils de données qui vont permettre de regrouper les différentes informations empiriques relevées afin de tester les hypothèses de recherche.

3.3.Ethique et objectivité de la recherche

Dans une démarche d'initiation à la recherche, la posture éthique et objective du chercheur est essentielle pour construire son raisonnement cela apporte une objectivité et une scientificité à la recherche. Cette première étape nous permet de construire notre posture de « chercheur » et notre future pratique professionnelle d'ergothérapeute. En effet il nous sera demandé auprès des patients de maintenir une posture et une prise en soins éthiques et objectives.

L'éthique permet de rendre recevable la recherche. Il s'agit d'une succession de principes moraux qui s'inspirent de la bienfaisance, du respect des droits humains et de l'équité de la part du chercheur et des enquêtés. "L'éthique est de l'ordre de la recherche individuelle et collective : elle désigne le questionnement de l'action sous l'angle des valeurs et cherche à dépasser une logique d'action purement technique". (ANESM, 2010, p. 14). A travers l'éthique, les valeurs morales du sujet sont respectées. De plus « L'éthique est une réflexion qui vise à déterminer le bien agir en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées. » (IREPS, 2019). (Exemple : si il s'agit d'une recherche auprès d'une personne déficiente visuelle : se présenter, présenter le cadre de la recherche, lui lire les papiers de consentement libre et éclairer, se placer en fonction de la lumière)

Cette recherche sera construite à travers un cadre précis, avec « La nécessité d'imposer des règles [éthiques] (...) qui a vu le jour dans le but d'assurer la protection des sujets humains » (OMS, 2003, p.148). Différentes informations vont être échangées entre le chercheur et l'interrogé c'est pourquoi il est nécessaire que le chercheur soit transparent sur les moyens utilisés, les modalités mises en place...

De plus, « Le premier code d'éthique important fut le code de Nuremberg de 1947 : aucune recherche ne pouvait être poursuivie sur des sujets humains sans leur « consentement volontaire » et ceci est resté inchangé dans les codes suivants » (OMS, 2003, p.148). En effet

dans cette recherche pour établir une démarche éthique il sera essentiel d'établir des règles comme le consentement qui devra être libre, éclairé et informé. Les participants seront également libres de s'abstenir à leur participation à tout moment.

Dans cette dimension éthique, le chercheur sera en mesure d'accueillir l'histoire des personnes de manière neutre et sans jugement à travers une analyse objective. « Mais l'objectivité n'est pas la neutralité. L'effort de compréhension n'a de sens que s'il risque d'éclairer une prise de partie » (Camus, 1958). Dans la recherche une prise de partie est néanmoins inévitable en particulier lorsque que l'on utilise l'approche hypothético-déductive afin de valider ou non les hypothèses de recherche établies. C'est pourquoi nous utiliserons dans la partie méthodologique le « je » méthodologique d'Olivier de Sardans afin de justifier nos propres choix de recherches ainsi que les critères d'inclusion ou d'exclusion afin de nuancer le propos.

Une démarche de recherche demande également de l'objectivité à travers « un travail de rupture avec le sens commun » en se détachant des représentations sociales et sociétales de notre sujet. Il s'agit d'une démarche de rupture et de déconstruction de nos propres représentations, de nos valeurs, afin de tendre vers un idéal qui laisse de côté les contextes sociaux, les jugements, « les prénotions, les préjugés, les conditionnements socio-historiques ». Le but est de définir un concept à l'aide de différents faits. « L'objectivité serait une sorte de dégagement, d'indépendance par rapport au vécu, aux particularités culturelles, aux contingences historiques, aux conditionnements et aux contraintes de la situation sociale. ». (Busino, 1992).

Cependant l'objectivité possède des limites. Nos choix dans la construction d'outil de recherche par exemple, peuvent influencer les résultats obtenus à travers les recherches afin d'atteindre la finalité de celle-ci. Ce discours convenu peut être un frein à l'objectivation des données. De plus on s'intéresse à une population très ciblée avec des critères précis. On tend vers l'objectivité mais cela reste subjectif car il n'est pas possible de généraliser. L'analyse de nos résultats devra donc être nuancée.

« Il faut que le chercheur s'affranchisse de ces fausses évidences qui dominant l'esprit du vulgaire, qu'il secoue, une fois pour toutes, le joug de ces catégories empiriques qu'une longue accoutumance finit souvent par rendre tyrannique » (E. Durkheim, 1894). En effet plusieurs idées reçues ou représentations peuvent être observées dans le domaine de la déficience visuelle comme par exemple : "les personnes déficientes visuelles ont une meilleure audition ... un sixième sens plus développé" (Association Française des Chiens Guide d'Aveugles, 2019). En effet, la personne déficiente visuelle va travailler pour aboutir à une représentation mentale de

son environnement en utilisant ses autres sens (pour savoir s'il peut passer sur le passage piéton il écoutera les bruits de moteurs à l'arrêt ou non, les bruits de freins, les bruits des passants...). Une attention particulière sera portée sur l'audition, en revanche celle-ci ne sera pas pour autant meilleure, ils entendent à la même fréquence qu'une personne sans déficience. Nous pouvons reprendre le terme « tyrannique » utilisé dans sa citation par Durkheim, dans notre pratique en ergothérapie le risque de cette fausse idée reçue est que le professionnel en demande davantage au patient ou qu'il essaye de s'appuyer sur cette capacité qui lui semble plus développée.

D'autres idées reçues peuvent être déconstruites comme « Dans notre langage on ne peut pas utiliser les mots comme « voir », « regarder » et « lire » avec une personne déficiente visuelle », « Une personne déficiente visuelle ne voit rien », « Toutes les personnes déficientes visuelles lisent le braille » ... (Association Française des Chiens Guide d'Aveugles, 2019).

Il est essentiel que le chercheur « Déconstruise les notions du sens commun, dévoiler les ressorts de la vie en société, élaborer des concepts et les mettre à l'épreuve de l'évaluation empirique, en bref s'engager à la fois dans un processus d'objectivation et de questionnement critique » (Paugam, 2012).

3.4. La population enquêtée et le terrain de recherche

Dans cette recherche nous procéderons à un échantillonnage de la population qui nous intéresse. L'échantillon est décrit dans la littérature comme « une petite quantité de quelque chose pour éclairer certains aspects généraux du problème » (Pirès, cité par Savoie-Zajc, 1997, p. 122). L'échantillonnage est une étape obligatoire et essentielle car le chercheur ne peut pas interroger l'ensemble de sa population d'enquête. Il choisira donc uniquement une partie représentative. De plus l'échantillon doit respecter certains critères et disposer d'au moins quatre grandes catégories : « l'intention, la pertinence par rapport à l'objet et aux questions de recherche, l'approfondissement théorique et empirique et la réflexion éthique à l'égard des personnes enquêtées » (Kivits, Balard, Fournier, Winance, 2016, p. 92). C'est pourquoi je vais définir la nature de ma population, le nombre de participants et leurs différentes caractéristiques. L'élaboration de l'échantillon se précise à travers les éléments mis en évidence dans le cadre conceptuel. Cette partie du travail s'appelle « l'échantillonnage raisonné ». Enfin nous respecterons le principe d'anonymat des personnes enquêtées durant ce travail de recherche.

Dans cette initiation à la recherche, j'ai choisi de me concentrer sur deux populations différentes : des enfants déficients visuels âgés de 3 à 6 ans et scolarisés en école ordinaire et des ergothérapeutes. En effet la comparaison entre le point de vue entre les ergothérapeutes permettra de faire une enquête et une analyse au cœur de la prise en charge, de recueillir les visions de chacun en comparant les points de vue.

Enfants déficients visuels :

Dans cette étude je m'intéresse particulièrement aux enfants déficients visuels âgés de 3 à 6 ans et étant scolarisés en classe de maternelle en école ordinaire désirant s'intégrer avec ses camarades dans les activités de jeux proposés en classe. Ces enfants pourront présenter des troubles du développement des habiletés sociales.

Ergothérapeutes :

Afin de respecter la Loi Jardé, pour étudier cette population j'interrogerai des ergothérapeutes en activité ou non ayant travaillé auprès d'enfants déficients visuels dans leur milieu scolaire et ayant répondu à une difficulté d'inclusion scolaire. En les interrogeant je pourrai recueillir leurs expériences auprès de cette population.

Un tableau récapitulatif des ergothérapeutes interrogés a été réalisé et mis dans la partie « analyse des résultats ».

3.5. Le choix des techniques de collectes de données

Il existe plusieurs méthodes d'entretien en fonction de la recherche réalisée : entretien de type exploratoire, biographique, directif ou semi-directif. Dans cette recherche j'ai choisi d'utiliser la technique d'entretien semi-directif afin de recueillir des éléments de réponse auprès des ergothérapeutes. Cela me permettra d'orienter l'entretien sur ma thématique à travers des questions ouvertes, tout en laissant la possibilité à mon interlocuteur de s'exprimer sur les points abordés.

L'entretien se définit comme un « fait de parole » dans lequel « une personne A obtient une information d'une personne B, information qui était contenue dans la biographie de B » (Labov & Fanshel, 1977, cité par Blanchet & Gotman, 2010, p. 17). Il nous permet par la suite de « rendre compte du point de vue de l'auteur, de son expérience, de son vécu, ses savoirs, ses

savoir-faire, ses croyances, sans porter sur ces discours de jugement de valeur ni d'appréciation normative quant à leur qualité ou leur niveau » (Kivits et al., 2016, p. 87).

Intérêt de cette technique dans cette recherche :

La technique de l'entretien semi-directif permet de mettre en avant les représentations sociales de l'enquêté, de comprendre le sens qu'il donne à sa pratique. Il offre un certain degré de liberté dans les réponses de la personne enquêtée car les questions ne seront pas de types fermés, elles ne nécessiteront pas de réponses pas « oui » ou par « non ». Cette manière de réaliser les entretiens permet de laisser la place à l'échange et au partage d'expérience et permettre ainsi au chercheur de rebondir afin de poser de nouvelles questions en fonction de la direction que l'échange est en train de prendre.

3.6. Le choix des outils de collectes de données

Cette technique d'entretien est assimilée à un outil, dans cette recherche il s'agit du guide d'entretien. Le guide d'entretien est composé d'une liste de thèmes et de questions qui pourra être utilisée durant l'échange. Celui-ci permet au chercheur de ne pas perdre le fil conducteur de sa recherche et son objectif qui est de répondre à sa problématique. Il ne s'agira pas de la lire mot à mot mais de créer un échange et permettre une fluidité durant l'entretien. (Balard, Kivits, Schrecker, & Voléry, 2016, p. 94)

Un guide d'entretien à destination des ergothérapeutes a été réalisé, celui-ci a été construit grâce à des thèmes repris après la rédaction du cadre conceptuel. Chaque thème abouti à la construction de questions afin de répondre aux différents indicateurs. (Annexe II, p II)

Premier thème : Parcours professionnel – connaissances

Ce premier thème permet d'initier l'échange, de connaître son parcours professionnel, les différentes déficiences visuelles auxquelles il peut être confronté dans ses prises en soins et enfin le sens et la place qu'il accorde au jeu dans sa pratique professionnelle.

Nous pouvons retrouver les indicateurs suivants : critère d'inclusion – utilisation du jeu – sens du jeu

Deuxième thème : inclusion sociale en milieu scolaire ordinaire

Ce thème permet de mettre en lumière les difficultés que peuvent observer les ergothérapeutes dans le développement des habiletés sociales des enfants déficients visuels. Mais également l'interaction et la sociabilisation de ces enfants avec leurs camarades.

Les indicateurs retrouvés sont : habiletés sociales – interaction – sociabilisation

Troisième thème : autres professionnels

Ce troisième thème permet d'interroger les ergothérapeutes sur la collaboration qu'ils peuvent construire avec les autres professionnels et particulièrement les professeurs des écoles.

Nous pouvons retrouver les indicateurs suivants : accompagnement – collaboration

Quatrième thème : implication du jeu comme outil d'apprentissage des habiletés sociales

Enfin ce dernier thème permet de comprendre comment l'ergothérapeute construit son suivi, quels outils il mobilise, comment il travaille les habiletés sociales de l'enfant déficient visuel et quelle sensibilisation construit-il auprès des autres enfants pour permettre l'inclusion totale dans le milieu scolaire.

Les indicateurs retrouvés sont : projet – jeu – adaptation – inclusion – implication – sensibilisation

4. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DE RECHERCHE

Afin d'objectiver les données obtenues lors des entretiens, nous allons les étudier au regard de la littérature en utilisant le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) de Gary Kielhofner (1949-2010). « Le MOH, se veut avant tout applicable très concrètement à l'ergothérapeute. Il vient soutenir sa pratique en lui permettant de structurer son discours, ses observations... » (Morel-Bracq, 2017). Il nous permettra donc d'organiser l'analyse des résultats par thème de recherche en lien avec les grands items du modèle conceptuel. (Annexe IV, p VII)

Comme nous avons pu le théoriser dans le cadre conceptuel de cette initiation à la recherche, le jeu fait partie intégrante de l'enfant et de son développement. Il s'agit d'un élément qui nous permet de justifier l'utilisation de ce modèle. En effet, « pour Kielhofner, l'être humain est un être occupationnel : l'occupation est essentielle dans l'organisation de la personne. C'est en agissant que les personnes façonnent et construisent ce qu'elles sont. » (Morel-Bracq, 2017)

Le MOH intègre quatre grandes parties : l'Etre qui regroupe toutes les composantes de la personne, qui vont soutenir la manière d'Agir. Le Devenir, est la résultante de l'Etre et de l'Agir. Et enfin l'Environnement est en interaction avec ces trois composantes. (Morel-Bracq, 2017)

Nous retrouverons également un tableau récapitulatif de l'analyse horizontale (Analyse d'une question ou d'un thème au regard de toutes les personnes interrogées) et de l'analyse verticale (Analyse individuelle réalisée pour chaque entretien) réalisés à la suite des entretiens. (Annexe III, p V)

4.1.La dimension de l'Etre

Dans la dimension de l'Etre, nous présenterons la population étudiée, la population interrogée, (voir tableau), les déficiences rencontrées dans leurs suivis, leur volition (« motivation d'une personne en prenant en compte les valeurs, les centres d'intérêts et les causalités personnel » (Morel-Bracq, 2017)) le sens que les ergothérapeutes donnent au jeu dans leur pratique, les difficultés rencontrées dans le développement des habiletés sociales des enfants déficients visuels. Dans cette initiation à la démarche de recherche, quatre ergothérapeutes ont pu être interrogés :

ERGOTHERAPEUTES	DATE DE DIPLOME	STRUCTURES	FORMATIONS COMPLEMENTAIRES
E1	Diplôme d'Etat en Ergothérapie en 2008	Depuis 2008, SAAAIS avec enfants déficients visuels de 0 à 20 ans	DU Techniques de compensation en basse vision Diplôme d'AVjist
E2	Diplôme d'Etat en Ergothérapie en 2003	Depuis 2003, SESSAD pour déficients visuels de 3 à 20 ans	/
E3	Diplôme d'Etat en Ergothérapie en 2009	SESSAD avec enfants déficients visuels de 0 à 20 ans	En 2013, Formation de transcripateur adaptateur spécialisé braille et grands caractères et Dys
E4	Diplôme d'Etat en ergothérapie en 2020	SESSAD avec enfants déficients visuels de 0 à 20 ans	/

Déficiences visuelles rencontrées dans les prises en soins :

Chacun de ces ergothérapeutes travaille au quotidien avec des enfants déficients visuels avec différentes atteintes : E1 « On rencontre en générale tous types de déficiences visuelles : malvoyance de naissance, cataracte congénitale, albinisme, tumeurs, différents degrés de malvoyance et toutes sortes de pathologies. ». E4 « Le plus souvent des déficiences visuelles inférieure à 4/10^{ème} ».

Sens du jeu dans leur pratique :

Ici, le sens du jeu pour l'ergothérapeute correspond à la partie sur **la volition** dans le MOH. G. Kielhofner définit la volition « comme le processus aboutissant au choix des activités. La volition comprend les valeurs, les intérêts personnels... » (Muriel, 2015).

Durant les entretiens, nous avons pu évoquer l'importance que les ergothérapeutes accordent au jeu dans leur pratique ; E1 « Selon moi, c'est par le jeu que l'on rentre en relation sociale avec les autres, il est facilement utilisable et adaptable », E2 « Je pense que le jeu est un outil motivant et ludique, il apporte une note positive dans les apprentissages difficiles ». En effet, dans le cadre conceptuel de cette initiation à la recherche nous avons pu montrer que le jeu était un outil essentiel aux apprentissages de l'enfant. « Jusqu'à l'âge de 6 ans, le jeu est considéré comme l'activité la plus importante pour l'aider à se développer et à faire des apprentissages » (Josiane Caron Santha, 2018).

De plus, E3 « Il permet d'aborder toutes les règles sociales » afin que l'enfant puisse se construire en tant qu'adulte. « Les habiletés et habitudes développées dans le jeu préparent l'enfant à assumer son futur rôle de travailleur compétent et productif » (Francine Ferland, 2003). Enfin, E4 « Le jeu est essentiel en ergothérapie pour une approche ludique et porteuse de sens pour l'enfant ».

Difficultés dans le développement des habiletés sociales :

Dans le MOH, les difficultés de développement d'habiletés sociales retrouvées chez les enfants déficients visuels peuvent être mises en lien avec **la capacité de rendement / performance** (« correspond aux capacités physiques et mentales de la personne ») (Muriel, 2015).

E1 « J'observe un léger décalage dans le développement des habiletés sociales, celles-ci s'accroissent en fonction de la gravité de la déficience et varient selon la stimulation faite par l'environnement et l'entourage », E2 « Et en fonction de la manière dont est considérée et intégrée la déficience dans la famille ». En revanche on observe aussi que E2 « Certains enfants aveugles comprennent tout socialement, toutes les nuances de la voix, ils ont une analyse très fine dans leurs interactions car ils les ont apprises » alors que « certains enfants mal-voyants peuvent être complètement en dehors de toutes interactions sociales, ne savent pas comment faire, ne comprennent pas ce qu'il se passe, ont une posture très figée, qui n'est pas naturelle et ne savent pas comment utiliser leur corps ». De plus, E2 « certains ne savent pas qu'il faut lever la main en classe pour parler ou ne savent pas qu'ils ont des camarades dans la classe ». Dans le cadre théorique nous avons mis en évidence que ces troubles étaient constatés chez les enfants déficients visuels et qu'ils pouvaient avoir des conséquences importantes dans leur développement :

« Les troubles de la perception visuelle sont donc susceptibles d'avoir de graves conséquences développementales y compris sur les comportements communicatifs. Mais ils peuvent être à l'origine d'une cascade d'évènements qui va mener un bébé, et plus tard un jeune enfant, dans des interactions précoces mal établies parce que sa prise d'indices non verbaux est mauvaise. » (Antoine Tanet et Lisa Ouss, 2016).

Un autre ergothérapeute montre que les enfants déficients visuels retrouvent justement E3 : « des difficultés en lien avec la communication non verbale : expression du visage, des émotions... », « beaucoup ne se fient qu'au ton de la voix, or il n'est pas toujours en cohérence avec ce que l'on dit », « l'enfant passe aussi à côté de certaines émotions comme par exemple lorsque l'enseignant fait de l'humour, ça se voit car il a un sourire en coin mais l'enfant déficient

visuel ne le perçoit pas ». E4 « J'observe souvent que les enfants déficients visuels parlent très fort, crient, pour accrocher l'attention des autres et être sûrs d'être entendus, il s'agit du principal frein à leur inclusion sociale » « des mouvements de tête, blindismes qui créent une différence avec les autres ». Toutes ces difficultés observées correspondent aux habiletés comportementales, relationnelles et langagières développées et définies dans la partie théorique de ce travail.

E3 « L'inclusion sociale est aussi entravée par le fait qu'il y a souvent un adulte avec l'enfant, ce qui peut biaiser les relations et leurs comportements d'enfant ». En effet, nous avons retrouvé dans la littérature que la présence presque systématique d'un adulte lors des déplacements de l'enfant déficient visuel crée très régulièrement plus de facilités par la suite dans ses relations auprès des adultes que des enfants de son âge. Il est donc fréquent de rencontrer des enfants avec déficience visuelle plus à l'aise avec la personne adulte et limitant ses partages avec ses pairs. (Baillargeon, 1986).

4.2.La dimension de l'Agir

Dans cette seconde partie, nous nous appuyons sur la dimension de l'Agir (« Ce que l'être occupationnel fait » (Morel-Bracq, 2017)) du MOH afin de développer la prise en soins des enfants déficients visuels par les ergothérapeutes.

Utilisation du jeu dans la pratique :

Ce thème correspond à la notion de **rendement / performance occupationnel(le)** (« réalisation qui soutient la participation » (Morel-Bracq, 2017)) du modèle conceptuel.

Tous les ergothérapeutes interrogés utilisent le jeu dans leur pratique. E1 « J'utilise les jeux du commerce, spécifiques à la déficience visuelle, ou fabriqués et tous types de jeux confondus pour acquérir toutes les compétences » « Le jeu doit être attractif ». E2 « J'utilise le jeu avec discrimination tactile, auditive, olfactive, pour qu'ils comprennent leur environnement, j'utilise essentiellement la marque de jeu ABA (agréable à manipuler, matière bois, solide), et des jeux simples pour ne pas mettre les enfants davantage en difficulté »

Nous avons pu théoriser dans le cadre conceptuel que selon Piaget, le jeu peut « servir à de nombreuses fins, et puisque les enfants apprennent plus efficacement par l'activité plutôt que par l'enseignement direct, le jeu est un excellent véhicule d'apprentissage ». En effet, cette

notion est également abordée par les ergothérapeutes interrogés : E2 « Le jeu est le meilleur moyen d'apprendre, il est motivant et ludique » E3 « Le jeu permet de travailler la notion de groupe, c'est une base de travail très intéressante, il permet un retour d'acquis » E4 « Le jeu est pour moi un outil d'apprentissage pour la vie quotidienne ».

Travail des habiletés sociales :

Cette sous partie peut être mise en lien avec la notion de **participation occupationnelle** (« correspond à l'engagement et à l'implication de la personne » (Morel-Bracq, 2017)) retrouvée dans le MOH.

Tous les ergothérapeutes interrogés utilisent le jeu dans leur prise en soins pour permettre le développement des habiletés sociales de l'enfant déficient visuel. E4 « J'utilise le jeu comme un outil pour développer les habiletés sociales par exemple le jeu symbolique, en revanche pour les travailler il faut inclure d'autres enfants ». Dans notre cadre théorique nous avons en effet mis en avant la place essentielle de l'ergothérapeute dans le domaine social. En effet celui-ci accompagne le patient pour retrouver sa place et son rôle au sein de sa famille et dans sa vie sociale. Par son expertise dans l'analyse des tâches, il aide à favoriser la capacité d'agir et valorise le savoir-faire du patient. (Cédric Passard, 2011). Il peut proposer un travail des habiletés sociales auprès des personnes ayant un déficit cela permet en effet de développer les capacités d'adaptation mais aussi l'inclusion.

E2 « Les habiletés sociales sont un apprentissage, je les travaille à travers l'inclusion de l'enfant dans un groupe d'enfants, je fais beaucoup de médiations, de jeux de groupe, des activités ludiques pour lui permettre d'acquérir de l'expérience ». Cette notion d'apprentissage a été mise en évidence dans le cadre conceptuel. En effet, les habiletés sociales sont principalement développées par apprentissage : via l'observation, le modelage, le mimétisme... (Michelson et al., 1986).

Un ergothérapeute utilise aussi le jeu mais par un autre moyen : L'équithérapie. E2 « le but n'est évidemment pas l'équitation mais surtout que l'enfant joue avec le poney, dans le jeu il y a forcément un échange, commencer par un échange et un partage avec un animal est intéressant pour le développement des habiletés sociales ». En effet, E2 « il n'y aura pas d'incompréhension par l'animal face à un comportement inadapté socialement ».

Enfin, E3 « j'aborde les difficultés d'habiletés sociales pendant les moments de jeu en ergothérapie car il n'y a pas d'attente immédiate ce qui n'est pas le cas en classe, je travaille la

communication et la communication non verbale » « j'utilise le théâtre pour apprendre à exprimer ses émotions, passer un message, différencier le fond de la forme du message reçu » aussi « les jeux de mimes : travail les expressions du corps ce qui permet un retour direct de ce que l'autre comprend. ». E3 « A travers le jeu, le but est de provoquer l'échange entre les jeunes, la réaction à froid et d'ajuster les échanges si besoins ». On peut également utiliser les E3 « jeux de mimes, jeux de collaboration ou le jeu Trapenome (boite avec trou pour les mains le but est de retrouver le même objet que l'enfant devant nous) cela permet un travail d'équipe ou la déficience visuelle n'existe plus car tous les enfants sont « aveugles » ».

E4 « A travers le jeu, je travaille les habiletés sociales : attendre son tour, la patience, compter les points, échanger avec son adversaire... ». En effet, nous avons pu évoquer dans le cadre théorique que c'est en classe de maternelle, et à travers le jeu que l'enfant va expérimenter et apprendre à bien s'entendre avec les autres, à partager, à attendre son tour et à suivre des règles. Et donc à développer certaines habiletés sociales.

Collaboration avec les autres professionnels :

Ce thème de recherche est mis en lien avec la notion **d'habileté** retrouvée dans le MOH. Celles-ci peuvent être opératoires, de communications et d'interactions.

Tous les ergothérapeutes ont pu aborder cette notion de collaboration avec les professeurs des écoles en particulier. E1 « Je construis une collaboration pour l'organisation de la classe, pour que chaque chose soit rangée au bon endroit et au même endroit, je sensibilise les enseignants » En revanche celle-ci n'est pas toujours réalisable : E2 « La collaboration c'est génial quand on tombe sur une personne qui est sur la même philosophie d'action vis-à-vis des enfants. Lorsque ça ne marche pas c'est souvent un problème humain. La collaboration demande souvent une préparation du travail en amont pour l'enseignant et ce n'est pas toujours accepté car ils ne souhaitent pas changer leur organisation ».

Certains construisent également une collaboration pluridisciplinaire E3 « Je réalise des réunions d'équipe en début d'année avec l'enseignant, le directeur, l'AESH pour transmettre un maximum d'informations et donner une fiche technique sur l'enfant avec des préconisations : conseils sur la communication non verbale qui est difficile, qu'il faut verbaliser ses émotions, parler, nommer l'enfant quand on lui parle... ». En effet, dans le cadre conceptuel nous avons pu observer qu'il était essentiel de construire un suivi pluridisciplinaire et en collaboration avec tous les acteurs qui gravitent autour de l'enfant déficient visuel. La collaboration permet la coordination et la complémentarité des différents professionnels. (Denormandie, Renaux, 2008)

Un ergothérapeute a apporté une nuance dans l'utilisation du terme employé : E4 « je parle de coopération : on travaille sur les mêmes tâches avec des objectifs différents, l'enseignant voit l'enfant tous les jours donc la coopération est riche d'apprentissages pour l'enfant, l'enseignant et l'ergothérapeute ». « En revanche celle-ci n'est pas toujours possible, certains enseignants ne souhaitent pas de conseils dans la manière de construire les apprentissages, ou la famille n'est pas prête à recevoir de l'aide ». Néanmoins, nous avons constaté que l'accompagnement de la famille était essentiel. L'ergothérapeute va être au carrefour de la collaboration avec les autres professionnels de santé qui vont accompagner l'enfant et ses parents. (Lefevre-Renard & Vauville-Chagnard, 2016).

Sensibilisation des autres enfants :

Ce thème de recherche regroupe les notions de **rendement / performance occupationnel(le)** (« réalisation qui soutient la participation » (Morel-Bracq, 2017)) mais aussi **d'habiletés** retrouvés dans le MOH.

Tous les ergothérapeutes interrogés ont évoqué cette notion de sensibilisation des enseignants mais surtout des autres enfants présents dans la classe de l'enfant déficient visuel. E1 « il est important de sensibiliser les autres enfants pour qu'ils comprennent que leur camarade a des besoins spécifiques et que certains jeux pourront lui être réservés » « Je construis cette sensibilisation avec le jeu LegoBraille®, les Legos® sont connus de tous et les enfants les manipulent facilement. Grâce à ce jeu il n'y a plus de barrière entre voyant ou non, cela créer une dynamique de groupe ». On peut « expliquer ce qui est facile, ce qui est plus difficile de façon simple et adaptée, cette sensibilisation permet de débloquer certaines situations et favorise l'inclusion ».

Dans la partie théorique de ce travail d'initiation à la recherche nous avons montré que c'était à l'école maternelle qu'une partie essentielle de la vie de l'enfant va commencer : sa vie sociale et son rapport à l'apprentissage scolaire. L'enfant va apprendre à devenir un membre à part entière d'une société à travers le développement du langage, agir de façon respectueuse vis-à-vis des autres et connaître et utiliser des repères sociaux nouveaux. L'école est donc un lieu qui nous permet d'apprendre avec et par les autres. (Desmarais, 2018). C'est donc essentiel de sensibiliser pour permettre les apprentissages avec les autres.

E3 « J'utilise le jeu comme un outil de sensibilisation auprès de la classe : échanges de ballon, mises en situation avec des lunettes pour déconstruire les fausses idées » E4 « La sensibilisation

à travers les jeux permet aux enfants de mieux comprendre les interrogations. Comprendre comme l'autre fonctionne permet l'inclusion ».

4.3. La dimension du Devenir

Dans cette troisième partie sur la présentation et l'analyse des résultats nous appuierons notre propos à l'aide d'une dimension du MOH : Le Devenir. Cette dimension correspond ici aux adaptations que les ergothérapeutes ont pu mettre en place, quelles évolutions ils ont pu observer et quels retours ils ont pu faire sur leur pratique.

Adaptations :

Ce terme **d'adaptation** se retrouve également dans le Modèle de l'Occupation Humaine. Les ergothérapeutes interrogés ont également évoqué cette notion d'adaptation des jeux en particulier pour favoriser l'inclusion. E1 « Après ce travail des habiletés sociales, on propose aussi des adaptations de jeu pour une inclusion totale, comme par exemple des adaptations tactiles » « Attention tout n'est pas toujours adaptable il est parfois important de simplifier le jeu en lien avec les compétences que l'enseignant souhaite travailler ». E2 « On propose aussi la transcription de document ». E3 « On part des envies de l'enfant et on adapte le jeu pour qu'il puisse s'intégrer dans le groupe ». E4 « L'adaptation du jeu permet l'inclusion de l'enfant dans la classe ». Nous avons mis en avant dans le cadre théorique que pour que le jeu puisse être accessible à l'enfant déficient visuel et favoriser ses apprentissages ainsi que ses relations sociales, celui-ci devra être adapté en s'appuyant sur les points forts de l'enfant déficient visuel. En effet, ces enfants développent une meilleure motricité et une extrême sensibilité des autres sens. Pour que l'enfant déficient visuel puisse s'impliquer pleinement dans un jeu avec ses pairs il est nécessaire que l'activité soit inclusive. (Prunera Ramon, 2010)

Evolution dans le milieu scolaire ordinaire :

Ce thème de recherche regroupe la notion de **compétence occupationnelle** (« les adaptations futures » (Morel-Bracq, 2017))

Les ergothérapeutes interrogés ont pu avoir un recul sur leurs expériences professionnelles et principalement sur la poursuite des études des enfants déficients visuels en milieu scolaire ordinaire. E2 « Les enfants arrivent à rester dans le milieu scolaire ordinaire, j'ai par exemple un jeune avec albinisme qui est aujourd'hui en étude de médecine », « ou un enfant avec chien

guide et une famille soutenante ce qui a permis à l'enfant de s'intégrer très facilement à travers le chien. En effet, grâce au chien le handicap non visible devient visible et donc mieux compris, aujourd'hui ce jeune est en haute école de paralympique ». « Et des jeunes pour qui cette scolarisation ordinaire n'est pas possible mais celle-ci n'est pas en lien avec les habiletés sociales, mais surtout à cause du rythme ou des lésions cognitives ».

E3 « Pour certains ce qui les empêchent de rester à l'école ordinaire c'est l'apprentissage du braille ». « Les enfants demandent la plupart du temps de rester à l'école ordinaire, socialement la structure adaptée n'offre pas les mêmes objectifs ». Le cadre théorique de cette initiation à la recherche a montré que les enfants porteurs de déficience visuelle ont eux aussi des désirs d'enfants, malgré les difficultés qu'ils peuvent rencontrer ils souhaitent très majoritairement être scolarisés dans des établissements ordinaires (Aymard, 2015).

E4 « L'objectif c'est que l'enfant reste en milieu scolaire ordinaire mais pour ça l'environnement scolaire doit être adapté et les professionnels formés ».

Retour sur leur prise en soins :

Enfin ce dernier thème en lien avec la dimension du Devenir est mis en corrélation avec la notion **d'identité professionnelle** (« accumulation des expériences vécues » (Morel-Bracq, 2017).

Chacun des ergothérapeutes a évoqué spécifiquement un élément qu'il a pu retenir durant leur prise en soins ou une interrogation qu'il a pu observer. E2 « J'ai pu observer au cours de mes prises en soins que la sensibilisation de la famille était aussi essentielle dans le développement de l'enfant et dans son inclusion ». En effet, dans le cadre théorique nous avons étudié deux auteurs (Gusella et Klinnert) qui ont œuvré pour démontrer le rôle indispensable de l'entourage, et plus particulièrement la figure d'attachement, dans la construction et le développement des compétences et des comportements sociaux du nourrisson. La famille est considérée comme le « premier système social, par lequel le jeune enfant peut acquérir et développer des compétences cognitives et sociales (Feyfant, 2011).

De plus, E3 « globalement on accompagne à chaque fois le jeune dans une activité significative et cohérente avec ses camarades » Nous avons théorisé dans les parties du cadre conceptuel que le jeu est reconnu comme l'activité significative par excellence de l'enfant et comme une modalité thérapeutique de premier plan (Ferland, 2003, p. 11).

Enfin un ergothérapeute a évoqué l'impact de la situation sanitaire actuelle chez les enfants déficients visuels. E4 « J'observe que la situation sanitaire a un impact important dans le développement des habiletés sociales des enfants en général avec ou sans handicap ». « Le port du masque par l'adulte représente un frein pour l'enfant », « l'enfant déficient visuel voit avec une certaine limite si une partie du visage est cachée il ne pourra pas savoir qui lui parle ». « Les masques transparents pour malentendant ont été mis en place mais pas toujours pour déficients visuels ». « En classe de maternelle, les enfants sont en plein développement, quels impacts cela peut avoir sur ses habiletés sociales, son identité, sa personnalité... ? »

4.4.La dimension de l'Environnement

L'environnement de la prise en soins :

Enfin nous croiserons le dernier thème avec la quatrième dimension du MOH : l'Environnement (« il correspond aux milieux physique et social qui peuvent influencer sur la participation » (Morel-Bracq, 2017)).

Les ergothérapeutes interrogés interviennent tous dans les différents environnements de l'enfant et principalement dans son environnement scolaire. E1 « J'interviens à l'école en classe, au domicile ou dans les groupes « la nature dans tous les sens ». « Le but est d'expérimenter, de manipuler en utilisant les jeux et en favorisant le transfert des acquis à l'extérieur ». E4 « J'interviens essentiellement à l'école, au domicile, à la cantine, en groupe de maternelle et avec la famille ou même dans la cour de récréation »

En effet, nous avons pu montrer que la scolarisation est le lieu propice à la participation sociale des enfants et favorise leur sociabilisation (Aymard, 2015). C'est pour ça qu'il est important que l'ergothérapeute intervienne dans ce milieu pour agir sur les difficultés rencontrées dans le développement des habiletés sociales. « C'est aussi pour la famille la reconnaissance d'une place dans la société pour cet enfant. Cette première expérience de socialisation de l'enfant sera également bénéfique pour sa future scolarisation » (Rault, 2008).

De plus, E2 « Je construis des apprentissages en milieu écologique [...] à différents moments de la classe car c'est un lieu propice aux interactions ». En effet, nous avons constaté dans le cadre conceptuel que l'ergothérapeute met en place des évaluations « écologiques ». On parle

de milieu écologique lorsque qu'on met en avant les interactions de l'enfant avec son environnement. (Ally-Sevestre et ses collaborateurs, 2003).

Pour conclure cette partie, E3 « La prise en soins peut se faire en individuelle et en groupe : en groupe cela crée une dynamique et en individuelle elle permet à l'enfant de se confier sur les difficultés d'intégration ».

5. DISCUSSION

Ce travail de recherche s'attache à répondre à la problématique suivante :

- **Comment l'ergothérapeute utilise le jeu auprès de l'enfant déficient visuel pour favoriser le développement des habiletés sociales en milieu scolaire ordinaire ?**

Pour répondre à cette problématique, nous avons émis trois hypothèses :

- L'ergothérapeute utilise le jeu comme outil d'apprentissage pour permettre le développement des habiletés sociales de l'enfant déficient visuel.
- L'ergothérapeute met en place une collaboration avec les enseignants pour proposer des jeux adaptés et favoriser le développement des habiletés sociales de l'enfant déficient visuel et transférer les acquis de rééducation de l'enfant dans son environnement scolaire
- L'ergothérapeute utilise le jeu comme outil de sensibilisation auprès des autres enfants de la classe.

5.1.Retour sur les hypothèses

Différents éléments découlant les uns des autres nous permettent d'avancer des arguments pour répondre à ces hypothèses :

Hypothèse 1 : L'ergothérapeute utilise le jeu comme outil d'apprentissage pour permettre le développement des habiletés sociales de l'enfant déficient visuel.

A travers l'analyse des données de terrain nous avons pu objectiver que le jeu a une place centrale dans la pratique de l'ergothérapie auprès des enfants déficients visuels. Tout d'abord les ergothérapeutes ont mis en avant qu'ils utilisaient tous types de jeux dans leur pratique et qu'il s'agissait d'un « outil motivant et ludique » pour les enfants mais pas seulement. Il permet d'apporter « une note positive aux apprentissages ». En effet, selon eux il s'agit du « meilleur moyen d'apprendre » en revanche il leur semble important d'utiliser des « jeux simples pour ne pas mettre les enfants davantage en difficulté ». Plus spécifiquement en lien avec les habiletés sociales, les ergothérapeutes ont démontré que le jeu permettait de travailler la notion de groupe. Il s'agit d'un réel « outil d'apprentissage pour la vie quotidienne » mais aussi « un outil pour développer les habiletés sociales ». Le jeu leur permet de travailler plusieurs habiletés sociales

chez l'enfant déficient visuel comme : attendre son tour, communiquer avec ses adversaires, faire équipe avec d'autres joueurs, travailler sa patience...

Tous ces éléments nous permettent de valider cette première hypothèse d'initiation à la recherche.

Hypothèse 2 : L'ergothérapeute met en place une collaboration avec les enseignants pour proposer des jeux adaptés et favoriser le développement des habiletés sociales de l'enfant déficient visuel et transférer les acquis de rééducation de l'enfant dans son environnement scolaire.

Pour cette seconde hypothèse, nous avons pu objectiver à travers l'analyse des entretiens que la collaboration entre les différents professionnels gravitant autour de l'enfant n'était pas toujours réalisable. En effet, certains ergothérapeutes créent « une collaboration afin de sensibiliser les enseignants sur l'organisation de la classe ». Mais cette collaboration n'a pas pour objectif l'adaptation des jeux pour le développement des habiletés sociales. De plus la plupart des ergothérapeutes interrogé dans l'échantillon de recherche évoquent que très régulièrement cette collaboration est très difficile à construire. Il s'agit en général d'un « problème humain » car cette collaboration leur demande un travail supplémentaire, mais aussi un travail en amont afin de fournir certains supports à l'ergothérapeute. Un ergothérapeute apporte également une nuance dans l'utilisation des termes. Il évoque la notion de « coopération » : il s'agit d'un travail sur les mêmes tâches mais avec des objectifs d'accompagnement souvent différents.

De plus, les ergothérapeutes évoquent aussi l'implication de l'adaptation des jeux. Selon eux, cette adaptation aboutit à une « inclusion totale » de l'enfant. En revanche, ces adaptations ne sont pas toujours réalisables et certains enseignants doivent revoir les objectifs travaillés. Cette adaptation des jeux ne se fait néanmoins pas en collaboration avec les enseignants comme indiqué dans l'hypothèse. Il s'agit d'un travail réalisé par l'ergothérapeute uniquement pour permettre aux enfants déficients visuels d'accéder aux jeux et donc à certains apprentissages.

Aucun des ergothérapeutes n'a évoqué la notion de transfert d'acquis dans l'environnement scolaire. Car ils travaillent directement avec l'enfant dans son milieu scolaire afin d'être le plus « écologique » possible.

Nous pouvons donc conclure cette partie en réfutant la deuxième hypothèse.

Hypothèse 3 : L'ergothérapeute utilise le jeu comme outil de sensibilisation auprès des autres enfants de la classe.

L'échantillon d'ergothérapeutes interrogé dans cette initiation à la recherche a évoqué l'utilisation du jeu dans sa pratique comme un outil de sensibilisation essentiel auprès des enfants de la classe.

En effet, selon eux, il est « important de sensibiliser les autres enfants pour qu'ils puissent comprendre que leur camarade a des besoins spécifiques et que certains jeux pourront lui être réservés ». Cette sensibilisation se fait à travers l'inclusion de l'enfant dans le groupe classe en utilisant le jeu : échange de ballon, LegoBraille®, mises en situation avec des lunettes pour faire des parcours. Tous ces jeux permettent aux enfants de poser des questions, de déconstruire les fausses idées et permettent surtout aux enfants de mieux comprendre comment leurs camarades de classe fonctionnent afin de permettre l'intégration mais surtout l'inclusion de l'enfant dans le groupe classe.

A travers tous ces éléments nous pouvons donc valider cette troisième hypothèse d'initiation à la recherche.

5.2. Nouveaux apports théoriques

Médiation animale pour le développement des habiletés sociales :

Un ergothérapeute a évoqué une nouvelle donnée qui permet d'apporter une plus-value scientifique à la recherche. En effet nous n'avons pas abordé, dans le cadre conceptuel, l'inclusion et l'utilisation de la médiation animale dans le développement des habiletés sociales des enfants déficients visuels. A la suite de cet entretien des recherches complémentaires ont été réalisées et nous pouvons retrouver dans la littérature que « La présence de l'animal auprès d'êtres humains en difficulté pourrait jouer un rôle dans le développement, la récupération ou la compensation de compétences non révélées par leur environnement social humain » (Galinon-Méléneq, 2015). Nous observons de nombreuses recherches dans le domaine de la médiation animale et du spectre de l'autisme mais peu sur la déficience visuelle.

Situation sanitaire :

Un ergothérapeute interrogé a évoqué au cours des entretiens la situation sanitaire actuelle. En effet, selon lui, la situation sanitaire actuelle peut être un frein au développement des habiletés

sociales chez l'enfant. La difficulté principale pour les enfants semble être le port du masque par l'enseignant ou les autres adultes qui gravitent autour d'eux. Nous avons pu constater dans la littérature que les émotions passaient essentiellement par le visage et que c'était en classe de maternelle que les enfants développaient le plus leurs habiletés sociales. Or l'enfant déficient visuel ne voit pas toujours ce qu'il se passe autour de lui et si on leur enlève la perception d'une partie du visage l'enfant ne pourra pas savoir qui s'adresse à lui. L'ergothérapeute a utilisé un exemple pour illustrer son propos :

« J'accompagnais un enfant déficient visuel à la cantine pour des mises en place d'adaptations. Un adulte passe et dit à l'enfant : « mange tu es servi ». A la suite de cette intervention l'enfant ne commence pas à manger. J'ai donc capté son attention en l'appelant par son prénom, fait le geste devant lui de porter ma main à ma bouche en lui montrant son assiette et l'enfant s'est mis à manger. »

La classe de maternelle est le lieu propice au développement de l'enfant, de son identité, de sa personnalité, de ses habiletés sociales. Nous pouvons donc nous interroger sur l'impact que cette situation sanitaire peut avoir chez les enfants déficients visuels et particulièrement sur leur développement social.

En recherchant dans la littérature nous pouvons relever à travers des articles de presse que des masques transparents ont pu être mis en place pour les personnes malentendantes ou sourdes. Il pourrait être intéressant de savoir si ce dispositif a été mis en place ou s'il peut être mis en place pour les enfants déficients visuels. Et s'il y a eu des études réalisées à ce sujet afin d'apporter une plus-value scientifique à cette observation de terrain faite par un ergothérapeute.

5.3. Difficultés et perspectives de recherche

Difficultés et Limites :

Durant l'analyse des entretiens, nous pouvons constater une difficulté principale en lien avec la deuxième hypothèse. En effet, cette hypothèse a été rédigée en utilisant beaucoup de termes et en croisant plusieurs idées ce qui n'a pas facilité son étude et n'a pas permis de la valider au regard des entretiens avec les ergothérapeutes.

Nous pouvons également constater que l'échantillon d'ergothérapeutes interrogé était au nombre de quatre ce qui ne permet pas la généralisation des résultats de cette étude. Il aurait

également pu être pertinent d'élargir la population enquêtée en interrogeant d'autres professionnels gravitant autour de l'enfant comme des enseignants ou des AESH afin de croiser les points de vue et leurs expériences professionnelles. Ceci aurait pu apporter une plus-value à la recherche.

Biais méthodologiques :

Durant cette étude, nous avons pu utiliser un outil de recherche : le guide d'entretien à travers des entretiens semi-directifs. Nous avons pu constater qu'il n'était pas toujours évident de rédiger des questions sans orienter l'enquêté ou d'être suffisamment clair afin que l'interlocuteur comprenne correctement la question. Néanmoins, l'utilisation des entretiens, permet de préciser ou de reformuler des questions au fur et à mesure des entretiens pour plus de précisions par exemple. Il s'agit néanmoins d'un outil de recherche qui permet la collecte de nombreuses données et apporte un regard « pratique » à la recherche théorique.

Perceptives sur la profession :

Enfin cette recherche permet d'aboutir à une réflexion spécifique à l'ergothérapie. Cette recherche est intéressante à son échelle car elle permet une mise en lumière de la pratique professionnelle et le partage d'expérience. Elle amène à s'interroger sur l'utilisation du jeu notamment dans l'accompagnement des enfants déficients visuels.

Nous pouvons réfléchir à des perceptives sur la profession d'ergothérapeute : comme par exemple l'ajout d'un ergothérapeute dans une équipe de développement d'un jeu pour combler le manque d'adaptations pour des handicaps sensoriels comme ont pu le mettre en avant les ergothérapeutes interrogés. En effet, avec ses compétences médicales, nous pouvons envisager qu'un ergothérapeute collabore avec ces équipes pour imaginer et inclure des adaptations qui seraient à destination d'un public déficient visuel. L'adaptation du matériel est une compétence spécifique à l'ergothérapeute. Car en effet, l'adaptation est un moyen technique qui permet l'inclusion des personnes en situation de handicap dans toutes activités de la vie quotidienne.

Nous pouvons également imaginer une collaboration plus théorique avec l'académie nationale afin de sensibiliser sur le handicap et l'inclusion des enfants dans toutes les activités relatives à la vie scolaire. Nous pouvons imaginer que l'ergothérapeute pourrait intervenir à travers des sensibilisations dans les formations de professeurs des écoles.

Enfin nous pouvons conclure sur la richesse de ce travail de recherche qui est à la fois personnel et à son échelle, il permet d'apporter de nouveaux questionnements ainsi que des pistes de réflexion sur l'évolution de notre profession.

« A ce stade, il faut s'interroger sur la capacité des ergothérapeutes à mieux se faire connaître dans leur spécificité professionnelle par rapport aux autres professions paramédicales et médicales et donc à terme à mieux se faire reconnaître. », invitation réflexive proposée par Wagner en 2005.

CONCLUSION

Le jeu a une place centrale dans l'accompagnement des apprentissages en ergothérapie. Il s'agit d'une activité porteuse de sens pour l'enfant. Toutes les actions menées par l'ergothérapeute auprès des enfants se font dans un but d'inclusion sociale.

A travers la passation de différents entretiens durant cette recherche, des éléments importants sont apparus et permettent de répondre à la problématique. Dans un premier temps les entretiens semi-directifs ont montré que le jeu était considéré comme un réel outil d'apprentissage auprès des enfants déficients visuels et particulièrement dans l'apprentissage des habiletés sociales. Dans un second temps, il s'agit également d'un outil de sensibilisation auprès des autres enfants de la classe afin d'aboutir à une compréhension du handicap et donc à l'inclusion totale de l'enfant dans son milieu scolaire. Enfin, nous avons pu constater que la collaboration entre les différents professionnels et particulièrement les ergothérapeutes et les enseignants était primordiale dans l'inclusion de l'enfant porteur de handicap. En revanche celle-ci reste difficile à construire.

Réaliser une recherche sur le thème de la déficience visuelle m'a conduit à aborder une question de manière scientifique et à me questionner davantage sur le champ de l'ergothérapeute. On constate qu'il existe un certain nombre de moyens (littérature, autres professionnels, témoignages...) qui nous permettront ensuite de nous accompagner dans notre future pratique professionnelle et dans nos futures interrogations.

Cette recherche émane également de nouveaux questionnements sur la déficience visuelle et particulièrement en lien avec la situation sanitaire et le développement des habiletés sociales. Mais aussi sur l'implication de la médiation animale auprès des enfants déficients visuels qui pourrait favoriser l'inclusion sociale et/ou le développement des habiletés sociales.

BIBLIOGRAPHIE

- ANESM. (2010). *Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico sociaux*. ANSEM. Consulté sur : reco_ethique_anesm_.pdf (erebfc.fr)
- Apolline, A.-B. (2020, Juin). *Groupe Habileté & Motricité. Animer un groupe*. Université de Bordeaux. HAL, consulté sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02884933/document> / Groupe Habileté & Motricité. Animer un groupe d'entraînement aux habiletés sociales : place du psychomotricien - DUMAS - Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance (cnrs.fr)
- Aymard, P. (2015). *L'accompagnement des élèves déficients visuels* . Institut Les Hauts Thébaudières . consulté sur : deficiences-visuelles-p-aymard-2015 (3).pdf
- Baillargeon, M. (1986). *Les déficiences visuelles : Effets sur le développement*. Association québécoise des parents d'enfants handicapés visuels. consulté sur : https://www.aqpehv.qc.ca/textes-interessants-complet?id_texte=2
- Balard, Kivits, Schrecker, & Voléry. (2016). *L'analyse qualitative en santé* . Paris, Armand Colin. consulté sur : Chapitre 9. L'analyse qualitative en santé | Cairn.info
- Bourque, S. (2018). *Quand doit-on s'inquiéter ?* . Naitre et Grandir. Consulté sur : https://naitreetgrandir.com/fr/etape/1_3_ans/comportement/fiche.aspx?doc=bg-naitre-grandir-comportement-quand-inquieter
- Brisot-Dubois. (2011). *Entraînement aux habiletés sociales appliqué à l'autisme*. Masson.
- Busino, G. (1992). *L'Objectivité dans les sciences humaines* . Librairie Droz. Consulté sur : XIV. L'objectivité dans les sciences humaines | Cairn.info
- Caillois, R. (1992). *Les jeux et les Hommes* . Folio.
- Desmarais, S. (2018). *La maternelle, 4 ans*. Naitre et Grandir. Consulté sur : <https://naitreetgrandir.com/fr/etape/3-5-ans/garderie/fiche.aspx?doc=maternelle-quatre-ans>
- Dortier, J. (2005, Octobre). *Quand l'enfant acquiert "la théorie de l'esprit"* . Science Humaine. Consulté sur : Quand l'enfant acquiert « la théorie de l'esprit » (scienceshumaines.com)
- Ferland, F. (2003). *Le Modèle Ludique* . Montréal : Presses de l'Université de Montréal .

- Feyfant, A. (2011). *Les effets de l'éducation familiale sur la réussite scolaire*. HAL Archives Ouvertes. Consulté sur : <https://hal-ens-lyon.archives-ouvertes.fr/ensl-00945269/document>
- Galinon-Méléneq. (2015). *Les apports de l'animal dans le développement des enfants aux troubles du spectre autistique*. Sens-Dessous. Consulté sur : Les apports de l'animal dans le développement des enfants aux troubles du spectre autistique | Cairn.info
- Heyraud, J. (2013). *L'accompagnement au quotidien des personnes déficientes visuelles* . Eres. Consulté sur : L'accompagnement au quotidien des personnes déficientes visuelles - Josiane Heyraud | Cairn.info .
- INSERM. (2012). *La science pour la santé* . INSERM. Consulté sur : <https://www.inserm.fr/>
- IREPS. (2019). *Ethique en santé publique et en promotion de la santé* . IREPS. Consulté sur : 2019-uete-biblio-ethiq.pdf (ireps-bfc.org)
- Ketele, & Roegiers. (1996). *Méthodologie du recueil d'informations* . DeBoeck.
- Kohn, & Christians. (2014). *Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances* . DeBoeck .
- Lefevre-Renard, & Vauville-Chagnard. (2016). *Ergothérapie et vision : un regard sur la vie quotidienne*. Contraste. Consulté sur : Ergothérapie et vision : un regard sur la vie quotidienne | Cairn.info
- Lemoine-Lardennois, D.-M., & Alahyane. (2016). *La mise en place des fonctions visuelles et oculomotrices chez le jeune enfant*. Contraste. Consulté sur : La mise en place des fonctions visuelles et oculomotrices chez le jeune enfant | Cairn.info
- Lewi-Dumont. (2015). *Des besoins particuliers des élèves aux besoins de formation des professionnels : l'exemple de la déficience visuelle* . La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation .
- Liberman, D. R. (2005). *Entraînement aux habiletés sociales pour les patients psychiatriques* . Retz.
- M. Vrignaud, A. (2019). *Qu'est-ce-que l'ergothérapie ?* .ErgoLib'. Consulté sur : <http://maba-ergotherapeute-lyon.fr/ergotherapie-definition/>
- Meyer, S. (2012). *Démarches et raisonnements en ergothérapie* . Lausanne : Antipodes .
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation* . De Boeck .

Mikilajczak, M. (2014). *Les compétences émotionnelles* . Dunod.

Morel-Bracq. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie* . DeBoeck .

MOREL-Bracq, M.-C. (2006). *Memoire : analyse d'activité et problematisation en ergothérapie*. Consulté sur : <https://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/mc-morel-bracq.pdf>

Muriel, L. (2015). *Les modèles conceptuels* .ErgoPsy. Consulté sur : <http://www.ergopsy.com/index.html>

OMS. (2021). *Organisme Mondiale de la Santé* . Organisme Mondiale de la Santé. Consulté sur : https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus2019?gclid=Cj0KCQjwkZiFBhD9ARIsAGxFX8DfkQHP6UecJEDanehec7qvHYpMZ3vdxYtjou6gDH_EFQFFLL_YvHUaAh0IEALw_wcB

Paugam, S. (2012). *S'affranchir des prénotions* . Universitaires de France.

Poitier-Coutansais, G. (1986). *Initiation à la recherche en soins infirmiers* . Lamarre.

Rault, Y. (2008). *Guide : Handicap visuel de l'enfant et de l'adolescent* . Assistance Public des Hopitaux de Paris . Consulté sur : [aphp_-_guide-handicap-visuel-enfant-adolescent \(4\).pdf](#)

SNOF. (2019). *Malvoyance et Handicap visuel*. Syndicat Nationale des Ophtalmologistes de France. Consulté sur : <https://www.snof.org/public/conseiller/malvoyance-et-handicaps-visuels>

Tanet, A., & Ouss, L. (2016). *Mal voir et ne pas le savoir : comment grandit-on avec un trouble neurovisuel ?* Contraste. Consulté sur : [Mal voir et ne pas le savoir : comment grandit-on avec un trouble neurovisuel ? | Cairn.info](#)

Toupi, A. (2021). *Tous pour l'inclusion, nos missions*. Association Toupi. Consulté sur : <https://toupi.fr/nous-connaître-2/nos-missions-et-nos-projets1/>

Francine Ferland, (2003) *Le modèle ludique : le jeu, l'enfant ayant une déficience physique et l'ergothérapie*, Collection Paramètres Les Presses de l'Université de Montréal, 3^{ème} Edition

Ad. Avril, S. Bouche, G. Jaouen, V. Roussel, S. Pruvost. (2007) *L'accès au jeu chez l'enfant présentant un handicap moteur sévère*, dans *ergOTherapie*, n°28, p39 collection Solal

C.-J. Dubouloz, J. Vallerand, R. Maillet, G. Lefebvre (1999) *Etude de l'importance de la recherche qualitative en ergothérapie*, Dans *Journal d'ergothérapie*, 21, 3, p 108-115 collection Masson, Paris

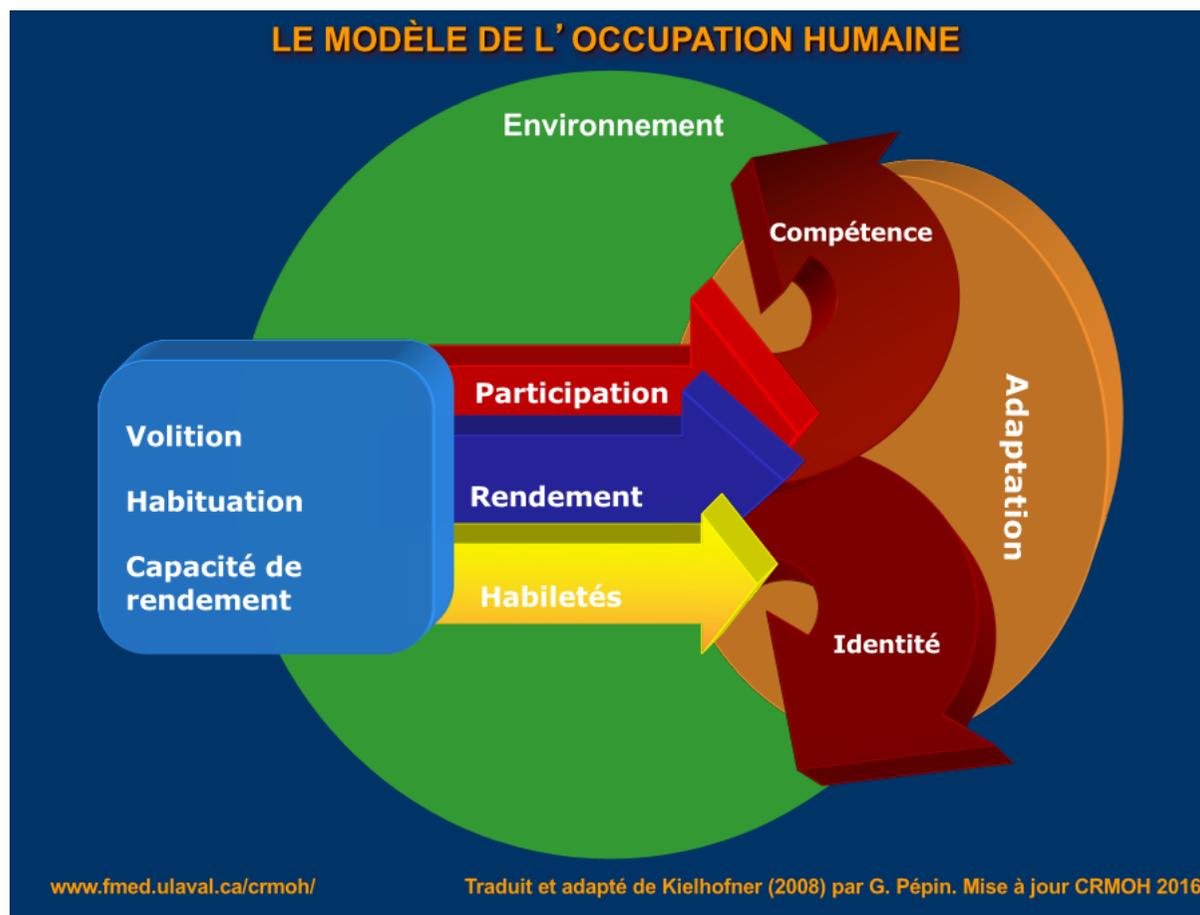
M. Meyer, *Centre de rééducation pour personnes malvoyantes, Paris Service d'intégration pour déficients visuels et aveugles, Savigny-sur-Orge* Article : « Prise en charge de l'enfant déficient visuel » : consulté le 04/10/20

H. Ricaud-Droisy, N. Oubrayrie-Roussel, C. Safont-Mottay *Psychologie du développement : enfance et adolescence : Le développement des conduites symboliques : l'exemple du jeu et du dessin* 2^{ème} édition : 2014 consulté le 19/10/20

ANNEXES

Annexe I : Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)	I
Annexe II : Guide d'entretien.....	II
Annexe III : Tableau de l'analyse des résultats Verticale et Horizontale	V
Annexes IV : Schéma d'Analyse des Résultats avec le MOH	VII

Annexe I : Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)



Annexe II : Guide d'entretien

HYPOTHESES DE RECHERCHE :

- L'ergothérapeute utilise le jeu comme outil d'apprentissage pour faciliter le développement des habiletés sociales de l'enfant déficient visuel. (Questions en lien avec cette hypothèse)
- L'ergothérapeute met en place une collaboration avec les enseignants pour proposer des jeux adaptés et favoriser le développement des habiletés sociales de l'enfant déficient visuel et transférer les acquis de rééducation de l'enfant dans son environnement scolaire (Questions en lien avec cette hypothèse)
- L'ergothérapeute utilise le jeu comme outil de sensibilisation auprès des autres enfants de la classe. (Questions en lien avec cette hypothèse)

THEMES ABORDES	INDICATEURS	QUESTIONS	PRECISIONS
Parcours professionnel – Connaissance	Critères d'inclusion	Quel est votre parcours professionnel ?	Quelle étude avez-vous fait ? Dans quelles structures travaillez-vous ? Et avec quelle population ? Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce milieu ? Avez-vous une formation spécifique à la déficience visuelle ?
	L'utilisation du jeu dans la pratique	Quelle importance accordez-vous au jeu dans votre pratique professionnelle auprès d'enfants déficients visuels ? Utilisez-vous le jeu dans vos prises en soins ?	Quels sont ces avantages ? Comment utilisez-vous le jeu ? Quel type de jeu utilisez-vous ? Pouvez-vous me parler d'une prise en soins en particulier ?
		Etes-vous sensibilisé aux modèles conceptuels ? Combien avez-vous d'enfants scolarisés en classe spécialisée et en classe ordinaire parmi vos prises en soins ? et en structure ?	Si oui lequel ? Que vous apporte-t-il ? Les enfants sont-ils plus souvent scolarisés en milieu ? pourquoi selon vous ?

Prise en soins de l'enfant Déficiant visuel 3 – 6 ans	Habiletés sociales Interaction Sociabilisation Sensibilisation	Quelles pathologies rencontrez-vous ? Ou Quels types de déficience visuelle ? (Cécité totale ?) Dans quel cadre rencontrez-vous les enfants déficients visuels ? Rencontrez-vous des enfants déficients visuels ayant des difficultés dans le développement des habiletés sociale ? Si oui lesquelles ? (Difficultés d'interaction ? de sociabilisation ?) Travaillez-vous les habiletés sociales ? Si oui comment ? Quels sont les objectifs travaillés avec cette population ? Quelles sont vos priorités de prise en soins ?	Dans sa classe ? Avec d'autre professionnels ? Si non <ul style="list-style-type: none"> - Est-ce que vous trouvez que l'enfant DV a des difficultés pour s'intégrer ? Si oui, pourquoi ? Qu'est-ce que l'ergo peut-il faire ? - Pensez-vous qu'il peut être nécessaire d'accompagner l'enfant DV dans le développement de ses habiletés sociales ? Et comment ?
Autres professionnels	Accompagnement Collaboration	Existe-t-il une collaboration avec les autres acteurs gravitant autour de l'enfant (parents ? professeurs ? AVS ?) Comment se met en place la collaboration ? Avez-vous des contacts de professeurs des écoles ayant, ou ayant eu, des enfants déficients visuels en classe ?	Si oui qu'apporte t'elle Si non pourquoi ? Qu'est-ce qu'il en ressort pour l'enfant ? En quoi est-ce bénéfique pour l'enfant ?
	Jeu libre Sens pour l'enfant	Observez-vous des limites à l'accès au jeu libre en classe de maternelle pour les enfants déficients visuels ?	Si oui, lesquelles ?
	Projet	Avez-vous déjà construit un projet ou un accompagnement croisant jeu et habiletés sociales ? Pouvez-vous me décrire le projet auquel vous avez participé ? Avez-vous déjà adapté des jeux ? Si oui, comment ? Et pourquoi ?	Quel était la durée du projet ? Quel était vos objectifs ? Dans quel cadre c'est construit le projet ? Quel support avez-vous utilisez ? Avez-vous travaillé avec d'autres professionnels ? Vos projets de soins sont-ils réalisés en individuel ou en groupe ?

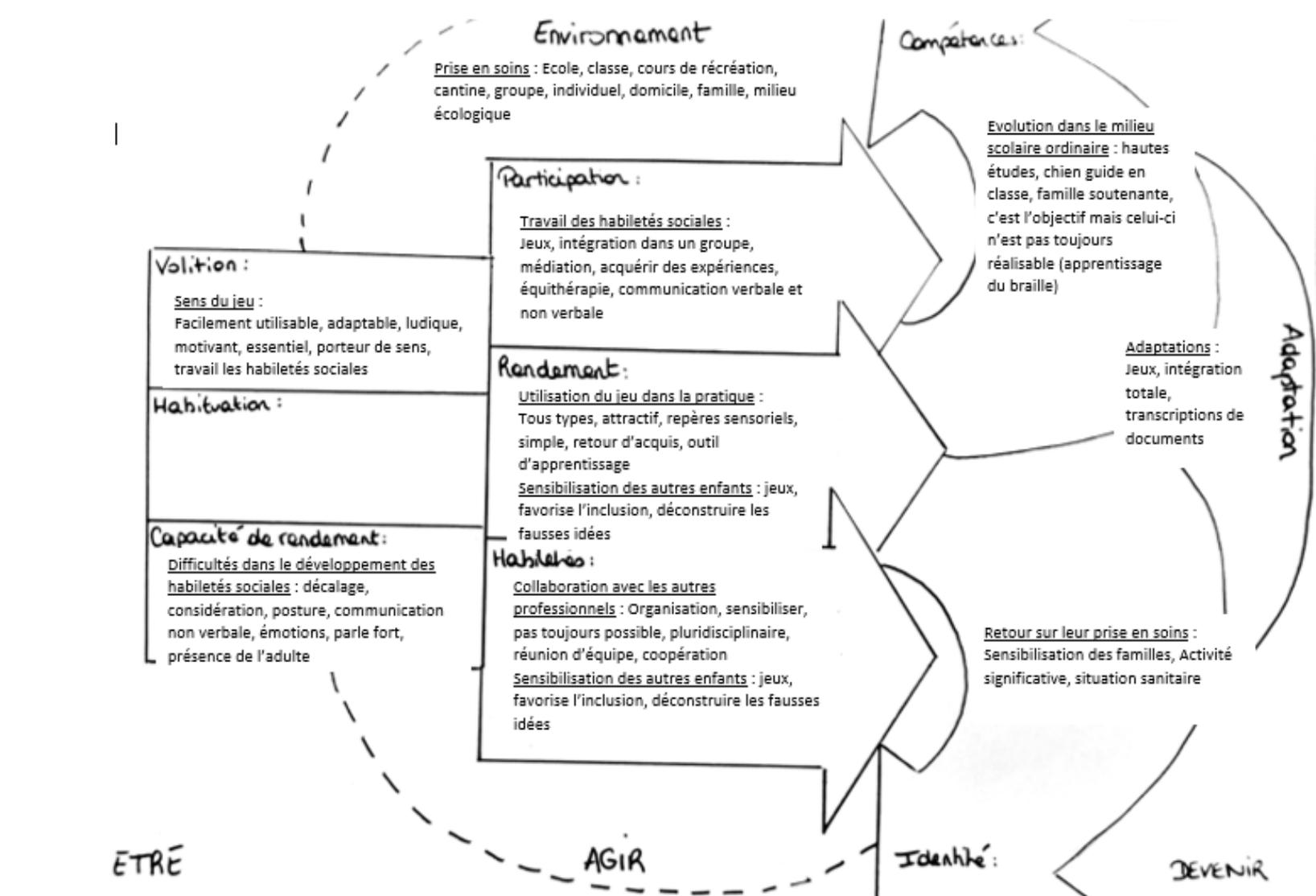
Implication du jeu comme outil d'apprentissage	Adaptation	<p>Quelles compétences spécifiques à l'ergothérapie vous a servie ? Ces compétences sont-elles suffisantes ?</p> <p>A quoi a pu aboutir ce projet ?</p>	<p>Quelles peuvent être les améliorations ? Quel résultat avez-vous obtenu ?</p> <p>Quelles étaient les réactions des autres enfants ?</p>
	<p>Inclusion scolaire</p> <p>Implication</p>	<p>Le jeu peut-il être source d'inclusion scolaire ? Peut-il selon vous être source de développement des habiletés sociales ?</p> <p>Quel est l'impact du jeu dans l'inclusion ? Quel est l'intérêt ? Travaillez-vous l'inclusion en individuel ou en groupe ?</p> <p>Travaillez-vous au cabinet ou directement à l'école ?</p> <p>Observez-vous un transfert des acquis ?</p> <p>Observez-vous une amélioration de la sociabilisation après la prise en soins ?</p>	<p>Si oui, comment ? Est-ce que l'ergo favorise le transfert des acquis ? Si oui, comment ?</p>

Annexe III : Tableau de l'analyse des résultats Verticale et Horizontale

Thèmes	Indicateurs	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4	Analyse Horizontale
Parcours Professionnel - Connaissances	Critères d'inclusion Utilisation du jeu dans la pratique - Sens	SAAAIS pour jeune DV de 0 à 20 ans scolarisé dans leur école ordinaire de secteur DU technique de compensation en basse vision + Diplôme d'AVjist Pathologies : malvoyance de naissance, cataracte congénitale, albinisme, tumeur... Le jeu : Primordiale, permet le développement de l'enfant, facilement adaptable, répond à de nombreux objectifs, facilement utilisable, il doit être attractif Intervention : En classe, domicile et groupe "la nature dans tous les sens"	SESSAD pour DV pendant 17ans avec enfants de 3 à 20 ans Service de soins à domicile (école, domicile, lieu de vie ou d'activité extra-scolaire : lieu de danse, équitation...) Jeu : Importance ++, meilleur moyen d'apprendre, motivant, ludique, en milieu écologique, note positive, aime tous jouer par nature	SESSAD enfant DV 0 à 20 ans (Domicile, école, centre de loisirs, crèche...) 2013 : Formation transcripateur adaptateur spécialisé braille et grand caractères et Dys Jeu : Base de travail, aborde toutes les règles sociales, travail la notion de groupe, support intéressant, permet retour d'acquis	SESSAD enfant 0 à 20 ans mais uniquement 5-18 ans le suivis, Pathologies : moins de 4/10 de DV, pas forcément au courant de la DV Jeu : Importance +++ , approche ludique, apprentissages passe par le jeu, outil d'apprentissage	Travaillent tous en SESSAD, rencontre tous types de déficiences visuelles, accordent une place primordiale et essentielle aux jeux dans leur pratique, celui-ci est source d'apprentissages
Inclusion sociale en milieu scolaire ordinaire	Habiletés sociales Interaction Sociabilisation	Difficultés développement des HS : Léger décalage, s'accroît en fonction gravité, en fonction stimulation, environnement et entourage	Difficultés développement HS : Dépend de la considération et de l'intégration de la DV dans la famille. Enfant est en dehors de toute intégration, ne savent pas faire, posture figée, pas naturelle, c'est un apprentissage !	Difficultés développement des HS : difficultés dans la communication non verbale, observe décalage, l'enfant passe à côté certaines émotions. Problèmes abordés en ergo pendant moment de jeux car pas d'attente de réponse immédiate. Interaction souvent entravée par la présence de l'adulte	Difficultés développement des HS : oui ! Parle très fort, principal frein à l'intégration sociale, mouvement de tête, blindness	Rencontrent tous des difficultés chez les enfants dans le développement des HS, provoque des difficultés dans l'interaction
Autres Professionnels	Accompagnement Collaboration	Collaboration : Importante, sensibilisation des enseignants sur l'organisation de la classe	Collaboration : Oui très bien quand on à la bonne personne avec la même philosophie d'action, Malheureusement souvent problème humain. Certaines se font très bien et sont très enrichissantes	Collaboration : oui en début d'année avec réunion interpro, pour passer un maximum d'informations et donner une fiche techniques de l'enfant	Parle de Coopération : même tâche avec objectifs différents, riche d'apprentissages, pas toujours possible, manque de sensibilisation chez les enseignants	La collaboration reste quelque chose de difficile à mettre en place pour tous les ergo interrogés, celle-ci reste cependant importante et intéressante

<p>Implication du jeu comme outil d'apprentissage des HS</p>	<p>Projet - Adaptation Inclusion - Implication</p>	<p>Travail des HS : en collaboration avec autres pro, dépend de l'activité dans laquelle elles apparaissent. Ergo si dans activités manuelles. C'est l'enseignant qui va s'orienter vers le pro de santé. C'est par le jeu que l'on rentre en relation avec les autres. Toujours sous forme de jeu pour sens pour l'enfant Sensibilisation : Expliquer aux autres enfants, important que les enfants comprennent pour bonne inclusion Ex : legobraille</p>	<p>Travail des HS : Apprentissage en milieu écologique, en classe, intégrer enfant DV dans un groupe : médiation, jeu de groupe, activité ludique, jeu avec tour de rôle pour acquérir de l'expérience Ex : Equithérapie : jouer avec le cheval</p>	<p>Travail des HS : Met en place impro et théâtre, jeu de mimes. Le but est de provoquer l'échange, la réaction à froid et d'ajuster si besoin. Il faut que le jeu ai du sens pour l'enfant. Ex : jeu de mimes, de collaboration. Ex Jeu Trapenome. On part des envies des enfants et on adapte le jeu pour qu'il puisse s'intégrer dans un groupe Sensibilisation : Echange de ballon, déplacement avec lunettes de simulation pour déconstruire les fausses idées</p>	<p>Travail des HS : Apprentissage par le jeu, jeu symbolique, faire semblant, en groupe avec d'autres enfants Sensibilisation : jeux, mises en situations, permet intégration</p>	<p>Travaillent tous les habiletés sociales à travers le jeu, tout sorte de jeu confondu , le plus souvent travaillent en groupe. Les ergo construisent tous une sensibilisation des autres enfants pour permettre l'inclusion totale, la compréhension, l'intégration</p>
<p>Les éléments en plus</p>			<p>Le chien guide permet socialisation : Handicap non visible devient visible et plus compréhensible par les autres Importance sensibilisation milieu familiale</p>		<p>Difficulté dans le développement des habiletés sociales en liens avec la situation sanitaire</p>	
<p>Analyse Verticale</p>		<p>Grande expérience dans la déficience visuelle avec des formations spécifiques, rencontre des difficultés chez les enfants DV dans le développement de leur HS, travaille en collaboration avec les autres professionnels pour agir sur ce versant la. Créer une réelle sensibilisation auprès des autres enfants en incluant l'enfant DV dans un groupe</p>	<p>Grande expérience dans la déficience visuelle, met le jeu au cœur de sa prise en soins. Selon elle le développement des HS dépend en premier lieu de l'acceptation et de l'intégration de la déficience dans la famille. La collaboration avec les enseignants est difficile à construire même si elle reste essentielle et constructive pour tous. Prise en soins portée autour du jeu et de l'animal. Evoque la chien guide d'aveugle comme une réelle source d'intégration</p>	<p>Grande expérience dans la déficience visuelle, évoque le jeu comme un outil qui permet le retour d'acquis, rencontre des difficultés dans les HS avec les enfants DV surtout dans la communication non verbale. Créer une collaboration sous forme de réunion avec la transmission d'information essentielle sur l'enfant. Met en place un réel accompagnement dans le développement des HS à travers le jeu. Construit une sensibilisation à travers le jeu de groupe et la mise en situation</p>	<p>Utilise le jeu comme un réel outil d'apprentissage ludique. Retrouve des difficultés des HS et surtout dans la communication avec les autres (Parle fort). Parle de coopération difficile à mettre en place. Travail les HS au quotidien à travers le jeu. Sensibilisation +++ . Evoque la situation sanitaire et les répercussions dans le dev des HS chez l'enfant</p>	

Annexes IV : Schéma d'Analyse des Résultats avec le MOH



L'UTILISATION DU JEU PAR L'ERGOTHEPEUTE DANS LE DEVELOPPEMENT DES HABLETES SOCIALES DE L'ENFANT DEFICIENT VISUEL

Résumé : Les habiletés sociales sont des composantes essentielles dans la construction d'interaction avec les autres ainsi qu'à l'inclusion d'un enfant dans un groupe. Or la déficience visuelle induit des difficultés dans le développement de ces habiletés chez l'enfant. On sait que le jeu est le moyen privilégié pour construire des apprentissages chez l'enfant. C'est également un outil indispensable à l'ergothérapeute dans la prise en soins des enfants.

Cette initiation à la démarche de recherche constitue un travail scientifique questionnant la pratique des ergothérapeutes dans leurs prises en soins à travers l'utilisation du jeu chez les enfants déficients visuels ayant des difficultés dans le développement de leurs habiletés sociales. Dans cette démarche, quatre entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès d'ergothérapeutes intervenant dans le milieu scolaire ordinaire des enfants déficients visuels et plus particulièrement en classe de maternelle. Ces entretiens ont pu montrer le rôle essentiel de l'ergothérapeute dans le développement social des enfants déficients visuels ; ainsi que l'utilisation du jeu durant les prises en soins comme un outil d'apprentissage mais aussi de sensibilisation.

Mots clés : Ergothérapie – Habiletés sociales – Déficience visuelle – Jeu – Apprentissage – Sensibilisation

THE USE OF GAME BY OCCUPATIONAL THERAPISTS IN THE DEVELOPMENT OF THE SOCIAL ABILITIES OF VISUAL DEFICIENT CHILDREN

Abstract : Social abilities are essential components in building interaction with others as well as in integrating a child into a group. However, visual impairment induces difficulties in the development of these skills in children. We know that play is the preferred way to reinforce learning in children. It is also an essential tool for occupational therapists in the care of children. This initiation into the research process constitutes a scientific work questioning the practice of occupational therapists in their care through the use of play with visually impaired children having difficulties in the development of their social skills. In this approach, four semi-structured interviews were carried out with occupational therapists working in the ordinary school environment of visually impaired children and more particularly in kindergarten. These interviews demonstrate the essential role of occupational therapists in the social development of children with visual impairments. As well as the use of play during treatment as a learning tool but also to raise awareness.

Keywords : Occupational therapy - Social abilities - Visual impairment - play - learning - awareness