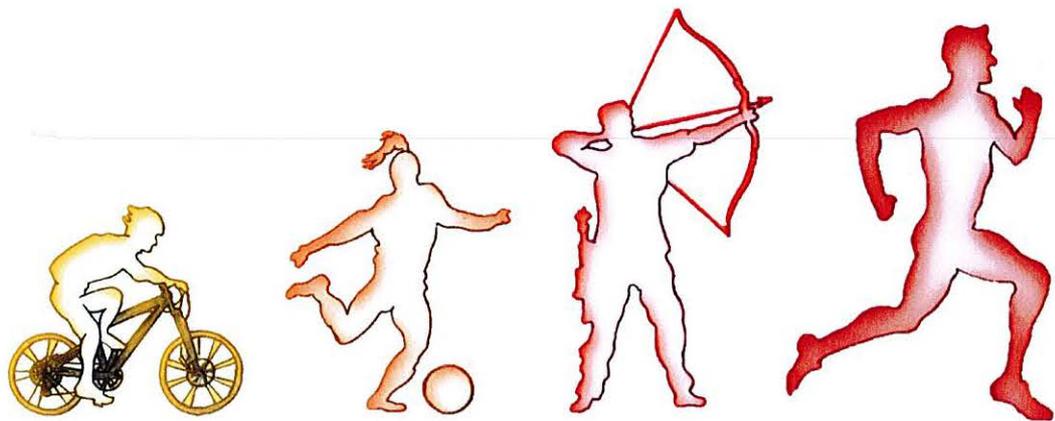


# CO-OP'ÉRER AVEC LES DEFICIENTS VISUEL ACQUIS VERS UN LOISIR SATISFAISANT

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'ergothérapie



*Soutenu par MARTIN Joanne*

*Maitre de mémoire : VIGNE BLANCHARD Marie*

Juin 2021

## Engagement sur l'honneur

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Évaluation de la pratique professionnelle et de recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiante réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 65 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiante de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- Un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie
- Un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiante est aidée dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiante en accord avec le directeur de l'institut.

Je soussignée, MARTIN Joanne, étudiante en 3<sup>ème</sup> année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informé des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ ou de plagiat avéré.

A Preixan, le 28 mai 2021

Signature :



*Note aux lecteurs : ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'institut de formation concerné.*

## Remerciements

L'écriture de ce mémoire met un terme aux trois années d'études riches en apprentissage, en expérience et en rencontre à l'institut de formation en ergothérapie de Créteil.

Je souhaite remercier tout d'abord, ma Maitre de Mémoire, Marie VIGNE BLANCHARD pour son accompagnement, sa disponibilité et ses relectures tout au long de cette année. Elle a su me conseiller et approfondir ma réflexion.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Créteil, mes référents méthodologies pour leur enseignement et leurs conseils, et particulièrement Simon GADEYNE pour m'avoir suivi tout au long de mon parcours scolaire.

Il me semble également important de remercier tous les ergothérapeutes et les personnes qui ont participé à ma recherche, pris du temps et partagé leurs expériences.

Et pour finir, je souhaiterais remercier ma famille et mes amis pour leur soutien sans faille, leur relecture et leur encouragement. Ils ont su me remonter le moral durant les moments de doutes.

**« Le loisir, voilà la plus grande joie et la plus  
belle conquête de l'homme. »**

**Remy de Gourmont  
(1858-1915, écrivain français)**

# Sommaire

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>Partie Conceptuelle .....</b>	<b>3</b>
<b>I. La déficience visuelle .....</b>	<b>3</b>
<b>1. La déficience visuelle suite à un traumatisme.....</b>	<b>3</b>
a. Définition .....	3
b. L'étiologie.....	4
c. Les différentes atteintes .....	5
<b>2. Impact de la déficience sur les occupations du quotidien / la qualité de vie .....</b>	<b>6</b>
<b>3. L'impact de la déficience visuelle sur les occupations loisirs .....</b>	<b>8</b>
a. Définition du loisir.....	8
b. L'impact au quotidien .....	9
<b>II. La Prise en charge en ergothérapie du client ayant une déficience visuelle .....</b>	<b>11</b>
<b>1. L'ergothérapeute, un professionnel de l'occupation.....</b>	<b>11</b>
a. Le rôle de l'ergothérapeute .....	11
b. Les évaluations.....	12
c. Une prise en charge centrée sur la personne : le Modèle Conceptuel Canadien (MCREO) .....	14
<b>2. L'intervention de l'ergothérapeute .....</b>	<b>17</b>
<b>III. Les apports de la mise en situation .....</b>	<b>20</b>
<b>1. Définition d'une mise en situation .....</b>	<b>20</b>
<b>2. L'approche CO-OP .....</b>	<b>21</b>
a. Définition .....	21
b. Les 7 caractéristiques clés de l'approche CO-OP .....	22
<b>3. La notion de satisfaction .....</b>	<b>25</b>
a. Définition .....	25
b. Les notions participant à la satisfaction.....	26

<b>Partie expérimentale .....</b>	<b>27</b>
<b>I. Méthodologie de l'enquête exploratoire.....</b>	<b>27</b>
1. Objectifs de l'enquête .....	28
2. Populations ciblées .....	28
3. Modes d'accès .....	29
4. Choix et construction de l'outil d'investigation.....	30
<b>II. Résultats bruts de l'enquête .....</b>	<b>30</b>
1. Présentation des ergothérapeutes et des clients interrogés. ....	31
a. Les clients.....	31
b. L'identité des ergothérapeutes.....	32
2. Des loisirs propres à chacun .....	32
3. L'accompagnement en ergothérapie .....	33
a. La phase d'évaluation .....	33
b. Le déroulement des séances.....	34
c. Description des mises en situations.....	35
4. Bénéfice de la mise en situation .....	37
a. L'impact de la mise en situation sur les habiletés.....	37
b. Les difficultés rencontrées .....	38
c. Le retour du sentiment de satisfaction.....	39
<b>III. Analyse des résultats .....</b>	<b>40</b>
<b>IV. Discussion .....</b>	<b>43</b>
<b>V. Limites et intérêts de l'étude.....</b>	<b>45</b>
<b>VI. Perspectives pour la suite du travail.....</b>	<b>46</b>
<b>VII. Conclusion .....</b>	<b>48</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>49</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>I</b>

## Introduction

« *L'occupation est un besoin humain fondamental, aussi essentiel que la nourriture, la boisson et l'air respiré* » (CAOT - ASE , 2008). La vie quotidienne est composée non seulement de gestes élémentaires pour s'alimenter, se déplacer, se divertir mais également d'activités professionnelles et de loisirs choisis par l'être humain qui procurent un bien être, un équilibre mental et une reconnaissance sociale. Imaginez que subitement vous soyez incapables de réaliser ces activités au quotidien pour une raison indépendante de votre volonté, que vous ne puissiez plus effectuer les activités de la même manière qu'avant. Quelle serait votre réaction, votre ressenti face à ce changement subi ?

Les occupations influent fortement le comportement de l'être humain et son quotidien. Réaliser des loisirs signifiants donne du sens et un but à la vie, entraînant ainsi une meilleure santé et une satisfaction. Toutefois, les loisirs évoluent sans cesse au cours d'une vie et peuvent être modifiés notamment lorsque des obstacles surviennent subitement ou progressivement et obligent la personne à réaliser les occupations de manière différente.

Ainsi, devenir déficient visuel, cesser de voir nettement de manière brutale provoquent des changements comportementaux, environnementaux et sociaux dans le quotidien de chacun. Les personnes doivent faire face à des nouvelles techniques pour communiquer, apprendre, se déplacer mais aussi pour réaliser leur occupation loisir. Selon l'OMS, 253 millions de personnes présentent une déficience visuelle dans le Monde (Organisation Mondiale de la Santé , 2021).

Des centres spécialisés dans la basse vision sont présents dans toute la France mais les places sont limitées et la liste d'attente peut être longue. Seule une poignée de personnes souffrant de déficience visuelle peut bénéficier d'un accompagnement mené par une équipe spécialisée dont l'ergothérapeute. Le loisir étant considéré comme une occupation du quotidien, les ergothérapeutes vont intervenir pour aider la personne à retrouver un loisir perdu. Bien que l'ergothérapeute ne soit pas le rééducateur de la vision au sens strict, mais son approche lui permet de mesurer l'impact des troubles visuels dans le quotidien de la personne. C'est « *un spécialiste du rapport entre l'activité (ou l'occupation) et la santé* » (l'Agence Nationale Française de l'Ergothérapie, 2020). Son accompagnement paraît important.

Durant un stage en deuxième année, j'ai eu l'opportunité de suivre une personne qui a vu sa vision diminuée progressivement. Cette personne présentait une déficience visuelle évolutive et elle souhaitait reprendre la lecture. Mais, ses difficultés progressives ont diminué ses aptitudes, ses moments de détente, ses capacités à faire ce qui lui plaisait. La personne n'avait plus goût aux activités loisirs et éprouvait un sentiment d'impuissance. Lors d'une visite, nous lui avons présenté différentes possibilités

pour retrouver ce loisir tant estimé, notamment l'utilisation d'un télé-agrandisseur. Toutefois, ayant une pathologie évolutive, elle avait déjà mis en place quelques stratégies pour reprendre la lecture. Cette situation m'a fait réfléchir et je me suis interrogée sur la problématique d'une reprise de loisir.

En approfondissant mes recherches sur l'intervention de l'ergothérapeute, d'autres questions sont apparues et concernent la réalisation de la prise en charge et notamment la mise en situation. Afin de construire toutes mes idées, un échange avec des ergothérapeutes travaillant dans le domaine a été réalisé et a permis de comprendre le fondement de l'accompagnement. La question de recherche est la suivante :

**De quelle manière l'ergothérapeute peut accompagner une personne déficiente visuelle des suites d'un traumatisme à regagner de la satisfaction lors d'une occupation loisir ?**

Toutes les lectures des articles scientifiques m'ont permis de préciser mon questionnement en émettant l'hypothèse suivante :

**En utilisant l'approche CO-OP, mise en œuvre par l'ergothérapeute, la personne déficiente visuelle des suites d'un traumatisme prendra conscience de ses habiletés multi sensorielles et pourra regagner de la satisfaction lors de ses occupations loisirs.**

Dans un premier temps, nous découvrirons le cadre conceptuel composé de l'importance du loisir dans le quotidien de la personne déficiente visuelle, du processus d'accompagnement de l'ergothérapeute et plus particulièrement d'une approche qui met en situation la personne : l'approche CO-OP.

Ensuite, la démarche expérimentale mettra en évidence la manière dont les ergothérapeutes réalisent les mises en situation sur le terrain. Les résultats obtenus seront présentés et analysés. Afin de valider ou invalider l'hypothèse émise, la discussion mettra en lien les éléments obtenus suite aux recherches dans les articles scientifiques et les informations provenant des ergothérapeutes sur le terrain. Enfin, une conclusion et une ouverture seront énoncées.

## Partie Conceptuelle

### I. La déficience visuelle

#### 1. La déficience visuelle suite à un traumatisme

##### a. Définition

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « une personne avec une basse vision est quelqu'un avec une déficience visuelle fonctionnelle même après un traitement et/ou une correction optique standard, et qui a une acuité visuelle inférieure à 3/10 à la perception lumineuse, ou un champ visuel inférieur à 10° à partir du point de fixation, mais qui reste apte à utiliser cette vision pour effectuer des tâches ». Ainsi, afin de vérifier si la personne présente une déficience visuelle, des examens sur l'acuité visuelle et le champ visuel sont nécessaires.

Selon le guide de l'orthoptie, l'acuité visuelle fait partie de la fonction visuelle. Elle permet la « *discrimination des détails fins au contraste maximal entre le test et le fond* » (Burtin, Seyler, & Cyrot, 2013), la reconnaissance des caractères de tailles différentes et également la mesure minimale de l'écart entre deux points ou deux lignes noirs séparés sur un fond blanc. L'acuité visuelle est donc la capacité que dispose un œil pour identifier les détails de l'environnement.

Quant au champ visuel, il est « *l'enveloppe de vision dans lequel l'œil et/ou les deux yeux sont capables de percevoir l'espace avec ses couleurs, ses formes, ses contrastes, ses détails* » (Hervault, 2013). Le champ visuel est mesuré selon trois angles : en regardant devant soi, en bougeant les yeux et pour finir en déplaçant la tête et les yeux.

L'OMS a catégorisé les types d'atteintes visuelles en cinq catégories. Les trois premières concernent la basse vision aussi appelées malvoyance. Si l'acuité visuelle, corrigée, est comprise entre 3/10 et 1/50, ou si le champ visuel est compris entre 10 et 20 degrés, alors, la personne est considérée comme déficiente visuelle allant de moyenne à profonde. Les deux dernières catégories correspondent à la cécité, l'acuité visuelle va aller d'inférieur à 1/50 jusqu'à une absence de perception lumineuse.

La déficience visuelle, telle qu'on la connaît peut -être qualifiée de congénitale ou d'acquise. Si la déficience visuelle est congénitale, cela signifie que la personne est née avec cette déficience. A l'inverse, quand on parle de déficience acquise, la personne développe cette déficience au cours de sa vie. Comme l'a défini l'encyclopédie Larousse médical, « Les maladies acquises sont des maladies dont les causes ne sont pas génétiques. » (Collectif, 2012).

Ainsi, la déficience visuelle limite de manière significative les capacités d'une personne à voir et ne peut être compensée par une correction optique. En fonction des personnes, elle peut être complexe, et dépend de son étiologie.

## b. L'étiologie

Comme il est expliqué précédemment, la déficience visuelle acquise est une pathologie qui arrive au cours de la vie de l'individu. Mais, lorsque nous en parlons il est intéressant de connaître les deux possibilités de survenue : suite à un traumatisme ou sans traumatisme.

Au cours de la vie, lorsqu'il n'y a pas de traumatisme, cela peut correspondre à des causes intrinsèques c'est-à-dire, une intoxication médicamenteuse, une forte augmentation du diabète, etc.

Selon l'OMS, le traumatisme est défini comme « *un dommage physique subi par un corps humain lorsqu'il est brutalement soumis à des quantités d'énergie qui dépassent le seuil de tolérance physiologique ou privé d'un ou plusieurs éléments vitaux* » (Organisation mondiale de la santé, 2021). Nous avons donc le caractère inévitable de la situation c'est-dire que l'événement n'était pas prévu. Il est également défini comme un « *ensemble des troubles générés sur l'organisme de cause exogène, suite à un choc, une agression, dans un contexte imprévu, souvent violent* ».

Nous relevons deux formes : les traumatismes intentionnels, causés par des actions de violences envers autrui ou vers soi-même. Puis, nous avons les traumatismes non intentionnels, déclenchés par des actes non induits par la personne. Plusieurs catégories de traumatismes ont été créés afin de classer les différents événements. Nous retrouvons les traumatismes de la route en premier puis ; liés au sport ; dans le cadre du travail ; liées aux activités de loisirs, au domicile et à l'école.

Dans les cas précédents, la personne a subi un accident physique provoquant une atteinte de la vision. Mais il est également possible que la personne ait une atteinte visuelle suite à un traumatisme interne comme par exemple une accident vasculaire cérébrale ou un décollement de la rétine. Tous deux font partis des événements imprévus et incontrôlables.

### c. Les différentes atteintes

Les traumatismes de l'œil sont des pathologies très courantes. L'atteinte peut être plus ou moins importante. Réaliser un examen attentif est le seul moyen de connaître précisément l'état de l'œil. Les accidents de la route sont très fréquents en France et provoquent souvent des plaies graves perforants les yeux. Nous avons donc une atteinte physique. Elle peut être au niveau anatomique de l'œil mais également au niveau neuro-visuel.

Ainsi, le traumatisme peut amener de lourdes conséquences. Suite au choc, la personne peut perdre sa vision au niveau du champ-visuel périphérique, central ou mixte c'est-à-dire un peu dans les deux champs. Lors des examens de l'œil, nous pouvons observer une vision morcelée avec présence ou non de scotomes<sup>1</sup> : pression intraoculaire, atteinte du cristallin, décollement de rétine, atteinte du nerf optique, etc. Chaque partie de l'œil peut être touchée et provoquer des conséquences au niveau de la vision car elles ont toutes une fonction bien précise et nécessaire à une vision fonctionnelle. Afin de mieux comprendre toutes les parties de l'œil, il est possible de consulter l'Annexe n°1.

En plus d'une atteinte anatomique, la personne peut avoir une atteinte au niveau de l'aire visuelle ou sur le parcours de l'image pour atteindre la partie du cerveau adéquate.

Pour apercevoir une image, la rétine reçoit un message lumineux qu'elle transforme en message électrique, transmis au nerf optique. Puis, le nerf optique transmet le message électrique au cerveau en passant par le chiasma, les bandelettes optiques, le corps genouillé latéral pour arriver au cortex visuel (cf. Annexe n°2). Ainsi, la rétine, par le biais du nerf optique doit transmettre un message nerveux au cerveau. Si une personne est blessée au niveau du lobe occipital, cérébral, une baisse de la vision, plus ou moins importante est constatée. C'est donc cette zone qui est impliquée dans la perception visuelle, elle est également appelée le cortex visuel.

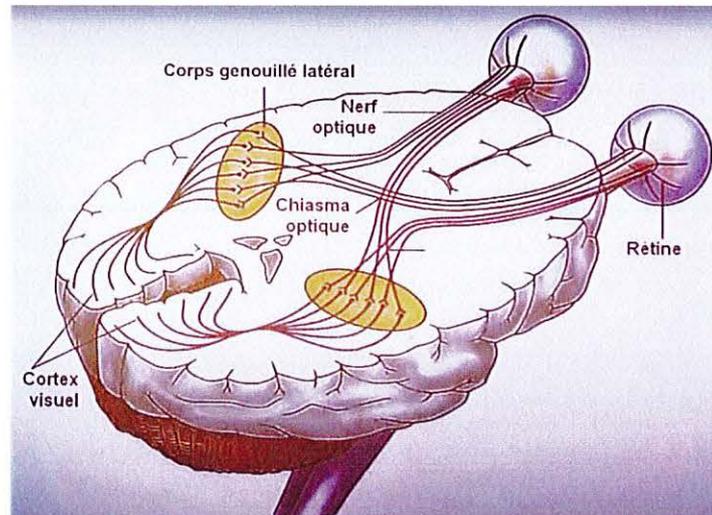
Afin de comprendre le trajet des voies visuelles, reprenons au nerf optique. Le nerf optique qui part de chaque œil se croise au niveau du chiasma optique et les fibres optiques de chacun des deux yeux rejoignent une partie du cerveau, hémisphère gauche et hémisphère droit.

Le champ visuel gauche est perçu par la partie droite de la rétine de chaque œil. Les nerfs optiques rejoignent le corps genouillé latéral droit puis les fibres optiques regagnent ensuite l'hémisphère droit. Cela montre donc que le champ visuel gauche est traité par l'hémisphère droit du cerveau. Inversement, les objets situés à droite sont captés par la partie gauche de la rétine de chaque œil. Puis, pour chaque

---

<sup>1</sup> Scotomes = d'après le Larousse médical, c'est une lacune dans le champ visuel due à l'existence de points insensibles sur la rétine

œil les nerfs optiques se rejoignent au niveau du corps genouillé latéral gauche pour rejoindre l'hémisphère gauche du cerveau.



*Schéma du trajet de l'influx nerveux jusqu'au cortex visuel (Vigna-Clermont, 2013)*

Le lobe occipital est donc l'endroit où est traitée une partie des informations visuelles. Ensuite, le chemin des informations visuelles continue pour aller au niveau des aires associatives, situées au niveau des lobes temporaux et pariétaux. Ces lobes permettent « *la reconnaissance de l'image d'intérêt en fonction de sa forme, son usage, sa connaissance (voie « quoi » occipito temporale) et sa localisation (voie « où » occipito pariétale)* » (Vigna-Clermont, 2013).

En fonction de l'importance du choc, l'impact sur le quotidien ne sera pas le même. Il peut être plus ou moins important mais dépend également des activités, du quotidien et de la personne.

## 2. Impact de la déficience sur les occupations du quotidien / la qualité de vie

Environ 70% des informations extérieures sont perçues de manière visuelle. La personne est impactée quelle que soit l'atteinte visuelle. La déficience visuelle entraîne donc des incapacités qui limitent la réalisation des occupations. Selon l'association suisse des ergothérapeutes (ASE, 2021), l'occupation est définie comme « *un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation de la société. Les occupations peuvent être classées en soins personnels, productivité ou loisirs.* » La personne doit réapprendre à

vivre au quotidien avec cette déficience et donc prendre les informations extérieures d'une autre manière qu'à l'aide de ses yeux.

Cependant, le caractère progressif de la survenue de la maladie favorise l'adaptation de la personne contrairement au caractère brutal de la survenue de la déficience visuelle qui ne permet pas à la personne de s'adapter à cette nouvelle contrainte. De plus, la réalisation de chaque activité va demander beaucoup de concentration à la personne. Celle-ci sera très fatiguée. Ce changement n'est pas évident pour tout le monde. Selon le livre *Quand la malvoyance s'installe*, « *Perdre une partie de ses capacités visuelles est un choc qui vous laisse, vous et vos proches désemparés.* ». (Holzschuch, Allaire, & Méheust, 2012)

De nombreuses occupations quotidiennes deviennent compliquées à réaliser. Ne connaissant pas de méthode, il est courant que la personne se mette en danger avec des occupations qui étaient considérées comme classiques auparavant, telles que se préparer le repas, avec les couteaux, les plaques de cuisson par exemple. Elle peut également se retrouver en danger dans ses déplacements que ce soit dans un lieu inconnu mais également dans un lieu connu. Chaque activité réalisée dans le quotidien d'une personne à partir du lever jusqu'au coucher peut devenir difficile pour elle suite à l'apparition de la déficience visuelle.

De plus les difficultés rencontrées au quotidien peuvent fortement impacter la qualité de vie de la personne. Afin d'avoir une bonne qualité de vie, la personne réalise des activités qui la satisfont, dont elle a besoin, qui sont nécessaires dans son quotidien selon elle. Lorsque la déficience visuelle impacte la qualité de vie de la personne, cela signifie qu'elle n'est pas satisfaite de ce qu'elle fait et il peut y avoir beaucoup de conséquences par la suite. Elle peut arrêter toutes les occupations qui lui posent soucis dans son quotidien c'est-à-dire ne plus les réaliser, se mettre en danger comme il a été remarqué en amont ou même devenir dépendant de quelqu'un, contre son grès afin de continuer la réalisation de l'occupation.

Une autre conséquence de l'impact de la déficience visuelle sur la qualité de vie de la personne est au niveau psychologique. La qualité de vie est un élément important dans l'équilibre de la personne. C'est-à-dire que si la personne n'a pas une bonne qualité de vie, elle ne se sentira pas bien au quotidien et peut donc souffrir d'un état dépressif réactionnel. Le fait de ne pas réussir à réaliser les activités qui auparavant étaient considérées comme courantes peut amener un sentiment de dévalorisation, une perte de satisfaction ainsi qu'une perte de confiance en soi. Tous ces éléments peuvent pousser la personne à abandonner les activités qui lui posent problème et ainsi s'isoler de la société.

Cependant, il faut éviter de généraliser ; une difficulté du quotidien chez une personne peut ne pas l'être auprès d'une autre personne bien qu'elles aient la même déficience visuelle. Les difficultés dépendent vraiment de la personne et de son ressenti mais également de ses habitudes de vie et de ses préférences. Il est donc important de prendre en compte la personne dans son ensemble afin de comprendre au mieux quelles sont les difficultés que la personne rencontre et qui lui tiennent à cœur.

### 3. L'impact de la déficience visuelle sur les occupations loisirs

#### a. Définition du loisir

De manière générale, « *Le loisir se définit comme un ensemble d'occupations auxquelles l'individu peut s'adonner de son plein gré pour se reposer, se divertir, développer son information, sa participation sociale volontaire après s'être dégagé des obligations professionnelles, familiales, et sociale* ». Pour l'auteur, le loisir a trois fonctions, « *les trois "D" : - Délassement, temps de récupération de la force de travail, temps pour combattre la fatigue. - Divertissement, pour se délivrer de l'ennui du travail répétitif. - Développement, participation active et libre à la culture.* » (Dumazedier, 1972)

Les loisirs seraient donc des activités réalisées par goût et envie. Ce sont des moments indispensables dans le quotidien de beaucoup de personnes, réservés pour soi afin de ressentir un bien être psychologique mais également physique. Cependant, il est important de savoir que la définition d'une occupation loisir dépend également de chacun. Toutes les personnes ne considèrent pas les mêmes occupations comme du loisir. Les occupations loisirs ont donc de nombreux bienfaits sur l'état de la personne.

Les loisirs sont des occupations qui demandent beaucoup de concentration et d'effort. Malgré toutes les exigences, ils amènent de la sérénité dans la vie de la personne. Leurs pratiques apportent des bienfaits au niveau de la santé (selon l'OMS) mais permettent également de développer et d'améliorer des fonctions cognitives ou physiques. Autres qu'au travail ou lors des sorties, les loisirs permettent de créer des relations sociales. La personne garde alors une place dans la société ou un rôle dans un groupe.

L'occupation peut être individuelle ou collective. Un loisir est divisé en catégories ; il peut être culturel, sportif, manuel, etc. L'important est que la personne ait inclus dans son emploi du temps journalier un loisir qui a du sens pour elle. Cela montre que l'occupation est importante et signifiante pour la personne.

Ainsi, la vue est l'élément primaire dans la réalisation de celle-ci. La personne prend la majorité des informations nécessaires à la réalisation de l'occupation par la vue. Celle-ci lui permet également de se concentrer, de mettre en place des stratégies dans l'occupation loisir.

## b. L'impact au quotidien

Il est courant de s'intéresser à l'impact d'une déficience sur les occupations de la vie quotidienne mais rarement de se concentrer sur les occupations loisir de la personne. Comme il a été évoqué précédemment, chaque personne a sa propre définition du loisir. Il est donc important de connaître la définition du loisir pour chacun afin de comprendre l'impact que peut avoir la déficience visuelle sur celle-ci. Prenons l'exemple de la cuisine ; nous pouvons rencontrer des personnes qui passent la plupart de leur temps dans une cuisine, à réaliser des pâtisseries ou des repas élaborés. Pour ces personnes, la déficience visuelle les empêchera de réaliser des actions avec minutie. Ils ne seront plus aptes à utiliser leur vue comme fonction principale dans la confection de leur réalisation culinaire. Et nous pouvons également rencontrer des personnes qui n'aiment pas faire cette activité et qui considèrent la cuisine comme une action à réaliser pour se nourrir. Pour ces personnes, la déficience visuelle n'aura pas le même impact dans leur quotidien concernant cette occupation.

De plus, il est fréquent que les personnes ayant une baisse de la vue de manière brutale ou progressive décide d'arrêter de faire leurs occupations loisirs. Lorsque les personnes constatent une déficience visuelle, ils ont tendance à remettre en question tout leur mode de vie. Leurs projets, leurs loisirs peuvent changer par manque de confiance en eux par exemple. Les personnes pensent que sans leur vue, ils ne sont pas capables de réaliser les mêmes choses.

Plusieurs solutions s'offrent à eux : continuer le loisir tout en changeant leur manière d'exécuter, changer de loisir ou bien arrêter complètement l'occupation. Généralement les personnes décident de cesser les activités loisirs qui leur posent soucis car il est plus facile pour eux d'abandonner l'activité que d'accepter le changement. Il est important de connaître la raison de cet abandon. Est-il voulu ou est-ce par dépit, par perte de goût, d'envie, de confiance ou même par manque de satisfaction, que la personne pouvait ressentir avant, lors de l'activité ?

Selon le livre aménagement de foyers pour personnes âgées malvoyantes, « *l'abandon d'une activité loisir par la personne déficiente visuelle se fait généralement en voyant la déficience arriver mais peut également se faire à cause des capacités qui s'atténuent voire disparaissent* » (Kuhne & Ducret, 2000), c'est-à-dire que la personne ne sait plus comment faire dans certaines situations. Par exemple, pour le tir à l'arc, la personne perd toute notion de repère dans l'espace, elle n'est donc plus

en capacité de savoir où elle doit tirer la flèche, elle se perd dans un espace, qui avant, était connu ce qui peut la décourager, la démoraliser. L'environnement n'est plus un élément favorable à la réalisation de l'occupation loisir mais devient un élément obstacle.

De plus, la baisse de la vision amène un sentiment d'insécurité dans les actions et les déplacements car la personne ne distingue plus précisément les formes et donc, ne distingue pas lorsqu'il y a un obstacle devant elle ou pas. Ceci peut se retrouver dans de nombreux loisirs, le handball, le foot, le tennis, le ping-pong, l'équitation, etc. Dans le cas où la personne pratique l'équitation, elle peut se sentir en insécurité sur le cheval, le tirer en arrière et provoquer l'incompréhension de celui-ci. Le cheval peut se cabrer par peur et faire tomber le cavalier en arrière. La personne ne se sentirait pas en sécurité et pourrait se mettre en danger. C'est d'ailleurs une des autres raisons pour laquelle les personnes ayant une déficience visuelle abandonnent leurs occupations loisirs : la mise en danger.

Ne plus pouvoir réaliser l'occupation de la même façon qu'auparavant, impacte fortement son envie de la réaliser. Mais la perte de l'envie peut être la conséquence d'une perte de satisfaction ainsi que de la motivation. La satisfaction est le sentiment que chaque personne cherche lorsqu'elle réalise le loisir. Sans ce sentiment, la personne peut ne plus avoir envie de réaliser l'activité et perdre également sa motivation. Selon le Larousse, la motivation est « *ce qui motive, explique, justifie une action quelconque ; cause* ». Il dit également que la motivation est « *la raison, l'intérêt, l'élément qui poussent quelqu'un dans son action ; fait pour quelqu'un d'être motivé à agir* ». C'est donc grâce à la motivation qu'on réalise une action avec plus d'entrain, d'envie. Or cette envie pousse la personne à entreprendre l'occupation loisir. Les loisirs contribuent à la santé mentale de la personne. La dévalorisation, la perte d'envie de motivation et la dépression peuvent limiter le bien-être psychologique en l'absence de loisir.

Les loisirs sont donc importants dans le quotidien de chacun. Ils permettent l'équilibre occupationnel de la personne. Comme il a été évoqué plus haut, les loisirs apportent de nombreux bienfaits sur l'état de la personne et donc décèleraient un meilleur mode de vie. C'est un élément qui n'est pas forcément pris en compte par chacun et qui est pourtant très important. Comme le dit Marie-Chantal Morel-Bracq, en 2009, le bienfait que procure l'activité ainsi que le caractère signifiant et significatif sont des atouts dans l'investissement de la personne. De plus, ces changements ne sont pas voulus.

## II. La Prise en charge en ergothérapie du client ayant une déficience visuelle

### 1. L'ergothérapeute, un professionnel de l'occupation

#### a. Le rôle de l'ergothérapeute

Selon l'ANFE, « *L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé* ». (Association Nationale Française des ergothérapeutes, 2020) Il est le spécialiste des occupations quotidiennes. Sa formation lui permet d'analyser les composantes de l'activité quotidienne et de dégager le potentiel thérapeutique. Il prend en compte les capacités et les limitations de la personne, mais aussi ses centres d'intérêts. L'objectif de l'intervention est le rétablissement d'un équilibre occupationnel.

Les clients déficients visuels ont besoin d'une prise en charge interdisciplinaire. L'intervention d'un ergothérapeute par la rééducation ainsi que par la réadaptation de l'environnement permet à la personne de reprendre ses occupations en autonomie et en sécurité. « *Pour faciliter ces activités du quotidien, l'ergothérapeute étudie, conçoit et aménage l'environnement pour le rendre accessible. Il préconise et utilise des appareillages de série, des aides techniques ou animalières, et des assistances technologiques.* » (Ministère des Solidarités et de la Santé , 2012). Afin de trouver une solution, il se base sur l'ensemble des éléments qu'il possède et l'adapte au client. L'ergothérapeute personnalise son intervention en fonction des intérêts de la personne. Ceci permet au client déficient visuel de retrouver un rôle social, une qualité de vie et une satisfaction à la hauteur de son attente.

L'intervention de l'ergothérapeute auprès des personnes déficientes visuelles comprend plusieurs phases. Il commence par évaluer les différentes sphères, c'est-à-dire, la personne, son environnement et ses occupations. Ensuite, un diagnostic ergothérapeutique est établi en s'appuyant sur les informations répertoriées dans un modèle conceptuel utilisé pour analyser. Ce modèle met en évidence l'interaction entre chaque sphère. Enfin, l'ergothérapeute mettra en place un projet d'intervention qui répondra à la problématique du client ayant une déficience visuelle.

## b. Les évaluations

L'entretien est la première évaluation réalisée par l'ergothérapeute dans tous les domaines. Il est le premier contact qu'a l'ergothérapeute avec la personne déficiente visuelle durant lequel le professionnel peut mettre en place une relation de confiance et ainsi faciliter la réalisation des évaluations suivantes. Cette évaluation n'est pas normée cependant, elle permet de mieux connaître la personne, les situations de handicap ainsi que leurs répercussions sur le quotidien. L'entretien permet également de définir en coopération avec le client, des projets adaptés à lui. Il montre aussi les occupations significatives pour la personne, qui lui procurent de la satisfaction.

Durant l'entretien, les habiletés à travailler sont bien définies car il est fréquent que les clients choisissent des habiletés difficiles à réaliser à cause de l'environnement de la pratique, des ressources mises à disposition ou également de la difficulté de celle-ci. Cependant, il faut garder en mémoire que *« ce qui importe pour la réussite, ce sont les compétences de la thérapeute dans la structuration de la situation d'apprentissage, pour favoriser l'acquisition d'habiletés par l'exécution des tâches et des activités dans ce contexte »* (Polatajko & Mandich, 2017).

Avec cette évaluation, l'ergothérapeute cherchera à évaluer la vision fonctionnelle afin de la prendre en compte dans l'accompagnement : la vision de loin, la vision intermédiaire, c'est-à-dire celle sollicitée dans les activités de la vie quotidienne, et pour finir, la vision de près. Ces renseignements sont utiles à l'ergothérapeute pour identifier le potentiel visuel de la personne et comprendre l'impact de la déficience visuelle sur son quotidien. Mais certains bilans évaluent ce potentiel plus spécifiquement. C'est pour cela qu'un accompagnement pluri-professionnel est important, non seulement avec l'orthoptiste, mais également avec les instructeurs en locomotion qui ont un rôle important dans le retour aux loisirs des personnes ayant une déficience visuelle et plus particulièrement dans la prise de repère de l'environnement. Nous avons aussi le psychomotricien, le psychologue, etc.

A ce jour, il existe peu d'évaluations normées qui prennent en compte les problèmes occupationnels et la satisfaction de la personne dans les occupations, notamment dans les loisirs. Mais, la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel<sup>2</sup> (MCRO), conçue par des ergothérapeutes Canadiens permet cette évaluation. Elle s'appuie sur le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO).

---

<sup>2</sup> Peut être acheté sur l'UPE (union Professionnelle des Ergothérapeutes – Belges Francophones et Germanophones). Voir lien en annexe 3.

La MCRO est un bilan subjectif, c'est-à-dire que c'est la personne elle-même qui évalue et réévalue la performance et la satisfaction dans les occupations qui lui sont significatives et non le thérapeute. Cette évaluation est plus sensible aux changements en matière de rendement occupationnel grâce à sa réévaluation. La personne définit les activités qui la mettent en difficulté, celles qui lui sont importantes et qui lui apportent un sens, une fierté et un plaisir. On lui demande d'exprimer son ressenti. Cette évaluation permet à la personne de participer en totalité à sa prise en charge et de l'engager, la personne est active dans sa thérapie. De plus, le bilan se déroule à l'aide d'un entretien semi-structuré, c'est-à-dire que l'ergothérapeute pose une question ouverte, et en fonction des réponses, des questions plus précises sont posées. La MCRO s'adapte donc à chaque personne et favorise ainsi un accompagnement individualisé.

Au cours de cette évaluation, la personne gradue l'importance de chaque occupation pour elle de 1 à 10. De plus, elle peut se retrouver en difficulté suite à sa déficience visuelle dans certaines activités qui ne sont pas forcément importantes pour elle. Ces occupations seront alors discutées, analysées et non prioritaires dans la prise en soin en ergothérapie. Puis, la personne va pouvoir coter son niveau de rendement et de satisfaction à la réalisation de cette occupation sur une échelle de 1 à 10 également. Le rendement concerne la capacité à effectuer une activité. Tandis que pour la satisfaction, il s'agit de coter si la manière de réaliser l'occupation comble la personne. Ainsi, l'ergothérapeute connaîtra quelle activité sera une priorité dans la rééducation pour la personne devenue déficiente visuelle.

Un second bilan peut prendre en compte les loisirs : le journal des activités quotidiennes. Il consiste à organiser « *la description des activités en énumérant les moments de la journée par demi-heure, et en fournissant un espace pour écrire les activités importantes accomplies durant cette demi-heure* » (Polatajko & Mandich, 2017). Ce journal permet également au thérapeute de mieux connaître le client, de structurer l'établissement des buts et d'amorcer plus facilement les conversations pour mesurer réellement le besoin. Ce bilan se base sur un entretien semi-directif en fonction des activités répertoriées. Le thérapeute demande alors au client d'écrire dans un cahier le déroulé de sa journée sur plusieurs jours voire une semaine. Ainsi, il peut se rendre compte des occupations qui reviennent le plus souvent.

En complément du journal, nous avons le pediatric activity card sort (PACS)<sup>3</sup> qui est une évaluation utilisant les photographies pour identifier l'engagement occupationnel du client dans les activités instrumentales, de loisir et sociales. « *L'ACS<sup>4</sup> est utile pour l'évaluation initiale, pour*

---

<sup>3</sup> Possibilité d'acheter le PACS sur l'ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes). Voir le lien en annexes 3.

<sup>4</sup> ACS = Activity Card Sort

*l'établissement de buts, la planification d'interventions ou encore pour monitorer les activités suivant l'arrivée d'une maladie » (McDermott, 2011).*

Le client regarde des cartes montrant une personne réalisant une occupation, puis il les classe en fonction de plusieurs critères : n'a jamais pratiqué, pratique en ce moment, est moins pratiqué qu'auparavant, a été abandonné. Suite à cette classification l'ergothérapeute peut aider la personne déficiente visuelle à sélectionner les cinq activités les plus importantes et explorer les facteurs qui limitent cette activité. Cette évaluation est très visuelle mais la personne déficiente visuelle peut se retrouver en difficulté dans ce bilan au vu de sa déficience ; il est donc possible que le thérapeute décrive les cartes verbalement ou l'adapte en braille.

Pour finir, nous avons l'échelle de la qualité de l'exécution (ECQE) qui est « *une échelle de cotation fondée sur l'observation, utilisée pour mesurer rapidement, facilement et à plusieurs reprises, la qualité de l'exécution et les changements survenus dans celle-ci* » (Polatajko & Mandich, 2017). Cette échelle est remplie par le thérapeute et établit une notation objective du rendement en lien avec la mesure subjective de la MCRO.

Toutes ces évaluations permettent à l'ergothérapeute de recueillir le plus d'informations possibles sur la personne, son quotidien et les occupations significatives qui sont difficiles pour elle. Elles ont toute une approche différente ce qui permet d'obtenir des détails non évoqués lors d'une première évaluation et d'être complémentaire les unes des autres. Les bilans précédemment expliqués permettent d'établir le choix du but pour le client pour réaliser l'approche CO-OP. Cette approche vous sera expliquée plus loin dans le mémoire.

Suite à la prise des renseignements sur les difficultés rencontrées dans les occupations loisirs du client ainsi que son niveau de satisfaction, l'ergothérapeute s'appuie sur un modèle conceptuel pour les mettre en lien.

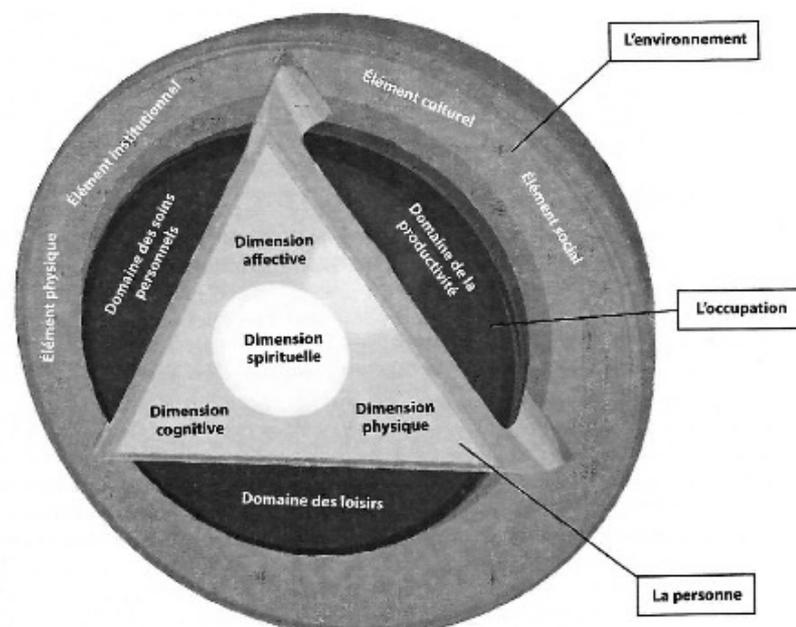
### **c. Une prise en charge centrée sur la personne : le Modèle Conceptuel Canadien (MCREO)**

Afin de réaliser une prise en charge complète, et après avoir réalisé les évaluations, l'ergothérapeute s'inspire du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO). La MCRO est un outil de ce modèle. Le MCREO fait partie des modèles généraux en ergothérapie. Il a été conçu par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes pour préciser le rôle des

ergothérapeutes. Les premières recherches concernant ce modèle ont commencé en 1983. Plusieurs révisions ont été réalisées depuis sa création et la plus récente date de 2013. Ce modèle développe une approche top-down c'est-à-dire que le thérapeute ne se focalise plus sur l'acquisition de savoir-faire par rapport à une déficience mais plutôt sur la réalisation des occupations. Cette approche améliore particulièrement les habiletés dans les occupations, c'est-à-dire « *les aptitudes développées par l'expérience qui permet l'action effective* » (Association Suisse des ergothérapeutes, 2021). Elle incite la personne à s'appuyer sur ses ressources afin d'atteindre son objectif. La personne est actrice de sa prise en charge thérapeutique.

Le MCREO est fondé sur une approche occupation-centrée afin « *d'établir les objectifs de traitement et évaluer les changements dans la performance et la satisfaction perçues lors d'un traitement en réadaptation* ». (Caire & Rouault, 2017). Il met en évidence le lien existant entre les trois sphères évaluées c'est-à-dire la personne, son environnement et ses occupations. Le modèle précise le sens donné aux occupations quotidiennes et fait émerger des objectifs significatifs pour la personne. L'occupation est donc recentrée au coeur de la prise en charge.

Le MCREO est schématisé par un emboîtement de trois sphères (Cf. Annexe 4). « *L'occupation humaine se produit dans un contexte et résulte de l'interaction dynamique entre la personne, l'occupation et l'environnement* » (Townsend & Polatajko, 2013).



*Schéma du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnelle (Polatajko & Mandich, 2017)*

Au centre du schéma, nous retrouvons la sphère de la personne. Elle place le client ayant une déficience visuelle au cœur de l'accompagnement et, est constituée de plusieurs dimensions. En premier la dimension physique correspond à l'impact de la déficience chez la personne. Puis, la dimension affective représente le rôle familial, les émotions et les sentiments de la personne. La dimension cognitive représente l'impact mental de la personne c'est-à-dire les fonctions permettant à la personne d'interagir avec son environnement. Enfin, la dimension spirituelle correspond à notre identité, nos croyances ; c'est pour cela qu'elle est au centre de la sphère de la personne. Ainsi, grâce à ces renseignements, nous saurons dans quel état se trouve la personne ayant une déficience visuelle et surtout qui elle est.

La deuxième sphère donne des renseignements sur l'environnement du client. Nous avons la dimension physique qui représente le milieu naturel et matériel dans lequel la personne évolue. Puis, la dimension sociale correspond aux relations avec son entourage, les personnes de la société, les croyances et la communauté avec les attitudes de la personne. La dimension institutionnelle fait apparaître les lieux que la personne fréquente c'est-à-dire l'accessibilité de toutes les institutions : juridiques, politique financières, économique et les pratiques sociales ; par exemple les associations où va la personne déficiente visuelle, les endroits publics, etc. Et pour finir, la dimension culturelle représente le caractère commun à un groupe d'individus.

La dernière sphère est celle de l'occupation. Elle se situe entre celle la personne et celle de l'environnement. Cette sphère permet à la personne d'agir sur son environnement. Elle est définie comme un « *Ensemble d'activités et de tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification* » (Townsend & Polatajko, 2013). La sphère occupationnelle est composée de trois dimensions : les soins personnels, la productivité et les loisirs.

Selon l'association Canadienne des ergothérapeutes, les soins personnels « *permettent à la personne de s'occuper d'elle-même* », notamment les actes routiniers tels que manger, s'habiller, faire sa toilette, etc. Puis, la productivité concerne leur fonction sociale et économique ainsi qu'un ressourcement personnel c'est-à-dire : l'emploi, les études, les tâches ménagères, l'éducation des enfants, le bénévolat etc. La productivité comprend des occupations rémunérées ou non. Enfin, le loisir « *permet à la personne de se ressourcer ou de se délasser du travail et servent ainsi à la personne plutôt qu'à la société* » (Ross, 2007). L'occupation a un rôle important et constitue une notion fondamentale dans la prise en charge de l'ergothérapeute. L'occupation a un impact sur la santé et le bien-être de la personne et permet à la personne de vivre et d'être en relation avec d'autres individus. L'occupation est « *nécessaire à la survie, à la santé et au mieux-être* » de la personne » (Townsend & Polatajko, 2013).

Avant de démarrer l'accompagnement, il est donc important de connaître le client : ses intérêts, identifier ses capacités, ses limites et définir ce qui est important pour lui. Toute ceci justifie l'intérêt d'utiliser le modèle Canadien du rendement occupationnel pour analyser toutes les données. Le recueil des informations permet d'identifier le rendement occupationnel qui est défini comme étant « *la capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations significatives qui lui procurent de la satisfaction* » (Townsend & Polatajko, 2013). Ce modèle conceptuel met donc en évidence la notion de satisfaction. C'est un critère important dans la prise en charge d'une personne et dans la réalisation de l'objectif. Si la personne n'est pas satisfaite de plusieurs occupations, l'ergothérapeute basera alors sa prise en charge sur celles-ci.

## 2. L'intervention de l'ergothérapeute

Suite au traumatisme, les possibilités visuelles de la personne sont bouleversées. En perdant cette totale faculté d'agir, la personne peut se sentir dévalorisée et incapable de réaliser les loisirs comme antérieurement. L'ergothérapeute va alors l'aider et l'accompagner à retrouver une maîtrise sur ses loisirs, un sens au quotidien et une satisfaction dans leur réalisation. La prise en charge sera basée sur les occupations loisirs identifiées précédemment à l'aide des évaluations et n'apportant pas ou peu de satisfaction. Toutes les informations sont regroupées dans le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel également expliqué précédemment. L'ergothérapeute s'appuie donc sur les possibilités du client dans son quotidien.

Grâce à tous ces éléments cumulés, un diagnostic ergothérapeutique sera réalisé et mettra en lien les problèmes occupationnels, leurs causes et les éléments sur lesquelles l'ergothérapeute peut s'appuyer dans sa prise en charge. Ce diagnostic aidera à la compréhension de la problématique de la personne. Puis, le professionnel paramédical va définir un projet d'intervention qui s'appuiera sur des objectifs.

Lorsque l'ergothérapeute prend en charge une personne déficiente visuelle, il s'appuie sur les potentiels de la personne afin de les développer ou de les maintenir. Cela permet d'améliorer le rendement occupationnel de la personne pour ses loisirs, par ses actions thérapeutiques, c'est-à-dire grâce à la rééducation et à la réadaptation. Ces deux étapes s'adaptent donc en fonction de la personne, de son objectif final mais également de l'apparition de la déficience visuelle. Lorsque la survenue de la maladie est brutale, il est plus difficile pour elle de mettre en place des solutions contrairement à une apparition progressive.

« La rééducation » désigne les moyens à mettre en œuvre pour la récupération de la fonction » (Yelnik, 2011). En basse vision, elle est basée sur l'utilisation du potentiel visuel mais également des potentiels sensoriels et cognitifs.

Les personnes déficientes visuelles doivent réapprendre à vivre avec leur difficulté. Mais, il est important de s'appuyer sur les connaissances visuelles antérieures, d'encourager la personne à utiliser sa mémoire visuelle et de l'amener à prendre conscience de ses acquis visuels ainsi que de son potentiel visuel.

Ainsi, il convient toujours d'utiliser le potentiel visuel de la personne tout en prenant en compte les facteurs de céphalée et de fatigabilité. La personne doit être capable de connaître la limite de son potentiel visuel. Pour cela, il est nécessaire de réaliser des exercices de rééducation qui permettront de maintenir, de développer et de connaître les limites du potentiel visuel de chacun. Grâce au potentiel visuel, la personne sera capable de déduire ce qu'elle fait et les éléments de son environnement.

Si la personne a un potentiel visuel limité, l'ergothérapeute va proposer des exercices en s'appuyant sur les informations déjà connues, c'est-à-dire sur des objets que la personne connaissait d'avant. Ainsi, le professionnel va travailler sur la « construction de la réalité à partir des éléments immédiatement perceptibles et des images stockées antérieurement ». (Kuhne & Ducret, 2000). Ce même travail sera proposé par l'ergothérapeute auprès des personnes devenues non voyantes à la suite d'un traumatisme à savoir un accompagnement dans une démarche de découverte et d'association des éléments qui étaient connus dans le passé et qui aujourd'hui, ne sont plus visibles.

A ce potentiel visuel, on ajoute les sens compensatoires. Ceux-ci permettent à la personne de réaliser l'activité en limitant la difficulté. La compensation est la réponse comportementale à l'arrivée du déficit. Elle fait partie de l'ensemble des phénomènes adaptatifs ; soit les compensations se manifestent spontanément, soit elles sont stimulées. La rééducation de basse vision va amener le sujet à rechercher ces compensations intrinsèques, sensorielles, cognitives, comportementales ainsi qu'extrinsèques, c'est-à-dire que la personne peut développer des méthodes différentes de celles qu'elle utilise habituellement, afin de réaliser une occupation.

Les yeux n'étant plus capables d'assurer leur fonction, c'est principalement grâce au toucher, à l'ouïe et à l'odorat que la personne déficiente visuelle va apercevoir le monde extérieur. Travailler le toucher des objets permettra à la personne de les visualiser, de créer une image mentale précise et d'appréhender son environnement. Le but est que la personne n'ait plus peur de faire. L'ouïe et l'odorat permettront d'identifier l'environnement qui l'entoure et de distinguer ce qui ne peut pas être touché ou perçu visuellement.

De plus, avoir une information exploitable et ainsi se représenter l'image est également important. Pour cela il faut travailler sur l'analyse de l'objet, le raisonnement, la concentration de la personne et sa mémoire. A ce moment-là, l'acquisition de nouveaux repères tactiles vont suppléer aux repères visuels antérieurs, le toucher remplace la vue de la personne. C'est un sens qui a une grande importance dans le quotidien de la personne ; à l'inverse, en présence de la vue, ce sens n'est pas utilisé de la même manière.

Pour les personnes devenues non-voyantes à la suite d'un traumatisme, le potentiel visuel n'est plus une aptitude sur laquelle elles peuvent s'appuyer. C'est pour cette raison que le travail sur les sens compensatoires est essentiel et indispensable. Le sens vestibulaire ou de sensibilité profonde est important pour la personne non voyante. Ils se rapportent à la position et au mouvement de son corps dans l'espace par exemple. La personne retrouvera alors une sécurité dans la réalisation des occupations du quotidien et du loisir. Il est possible que l'accompagnement soit long mais il n'est pas impossible.

Puis, l'ergothérapeute peut mettre en place la réadaptation qui « *s'entend alors comme les moyens d'adaptation à une situation nouvelle où la fonction antérieure est manifestement altérée et doit être suppléée par une autre approche.* » (Yelnik, 2011). L'ergothérapeute va donc adapter l'environnement de la personne à ses possibilités.

La réadaptation se caractérise par deux objectifs : adapter l'environnement proche de la personne c'est-à-dire par exemple ajuster l'éclairage afin de ne pas éblouir la personne, mettre en évidence les contrastes ; éliminer les obstacles mobiles de la pièce ; faciliter la lisibilité des informations et proposer des repères tactiles ou sonores dans les différents espaces. Pour cela, il faut réduire les informations non pertinentes et non nécessaires pour une personne malvoyante pour qu'elle se concentre sur les éléments qui sont importants pour elle. Le but est que l'environnement soit accessible à la personne déficiente visuelle.

L'autre objectif est d'apporter des aides techniques dans le quotidien de la personne lorsque le développement des sens compensatoires ou du potentiel visuel n'est pas suffisant dans la réalisation d'une occupation. Il existe des aides optiques efficaces pour la réalisation de certains loisirs tel que la lecture par exemple. Mais nous pouvons également en avoir pour d'autres loisirs. L'ergothérapeute va aider la personne à s'adapter à son environnement. Mais, il est important de savoir que la résolution des problèmes occupationnels ne dépend pas de la grandeur de l'aide technique. Il faut que l'aide apportée soit adaptée aux capacités de la personne ainsi qu'à l'utilisation qu'elle veut en faire.

« *La rééducation et la réadaptation constituent des étapes fondamentales pour la préparation avant tout effort de réinsertion* » (Lucas, Pourkat, & Dupeyron, 1994). La prise en charge faite par l'ergothérapeute a pour but d'accompagner les personnes malvoyantes à s'adapter au mieux aux

occupations de la vie quotidienne mais également à reprendre des activités perdues ou moins maîtrisées à cause de la diminution de la vue. De plus, l'occupation peut être réalisée de différentes manières. Ce qui compte est le résultat final c'est-à-dire la pratique du loisir accompagnée du sentiment de satisfaction.

Ainsi, la rééducation et la réadaptation participent à l'accompagnement de la personne déficiente visuelle de manière complémentaire. Elles sont réalisées simultanément c'est-à-dire, lorsque les ergothérapeutes font de la réadaptation, il est possible de se rendre compte de certaines difficultés dans les activités pour les personnes nécessitant de la rééducation. Par conséquent, dans une prise en charge, le client déficient visuel peut faire de la rééducation pour certaines habiletés et compléter avec de la réadaptation et inversement. Ce ne sont pas deux étapes bien distinctes dans la prise en charge.

L'objectif final de la prise en charge est l'obtention d'une coordination harmonieuse du toucher et de la vision pour reconnaître finement les objectifs ainsi qu'une commande motrice efficace et précise. L'accompagnement proposé par l'ergothérapeute pousse la personne déficiente visuelle à comprendre que son handicap ne l'empêche pas de vivre mais, lui offre des possibilités de s'épanouir, de prendre confiance en elle et de ressentir de la satisfaction dans une activité. Pour cela l'ergothérapeute va s'appuyer sur des mises en situation qui mettront la personne en action, permettront de mettre en application tous les acquis des séances précédentes mais également de s'adapter aux difficultés et trouver des solutions.

### III. Les apports de la mise en situation

#### 1. Définition d'une mise en situation

Selon la revue ergOTHérapie de 2008, aucune évaluation validée en France n'est connue pour mesurer les possibilités de la personne déficiente visuelle, c'est pour cette raison que les ergothérapeutes utilisent des mises en situation. Ce ne sont pas de simples évaluations. La personne réalise une occupation qu'elle a l'habitude de faire, qui se rapproche le plus possible de la réalité, « *c'est-à-dire qu'elle effectue une « vraie » activité et dans la « vraie » vie* » (Guilhard, 2007). L'ergothérapeute peut alors constater les moyens de compensation mis en place ainsi que les difficultés que la personne n'arrive pas à surmonter de manière spontanée. Les objectifs des mises en situations sont donc : « *évaluer et démontrer les capacités du patient dans les activités de la vie quotidienne* » (Perrin, Dupont, Hauchard & Hutteau, 2007)

Cependant, les mises en situation peuvent être utilisées d'une autre manière, en tant que moyen dans l'accompagnement, c'est-à-dire que la personne déficiente visuelle peut être mise en situation afin qu'elle transfère tous ses acquis dans une activité de la vie quotidienne notamment lors des occupations loisirs. Cette activité est variable en fonction de la personne avec qui nous jouons si c'est un loisir collectif, ou de ce que nous réalisons si c'est une activité manuelle, etc.

Ainsi, les mises en situation sont utilisées soit en tant qu'évaluation, soit en tant que moyen pour la rééducation et l'adaptation de l'activité. Lorsque nous mettons la personne en situation, cela lui permet de « *prendre conscience de ses difficultés et de son potentiel* » (Seene, 2009 ) et ainsi de réfléchir à comment surmonter l'obstacle ; le but étant que la personne n'ait plus peur « de faire » mais trouve une solution adaptée à sa situation.

Afin de mieux comprendre le déroulé des mises en situation, je me suis intéressée à l'approche CO-OP. C'est une façon de mettre en situation les personnes. Elle est utilisée avec un grand nombre de personnes ayant des problématiques et des atteintes différentes.

## 2. L'approche CO-OP

### a. Définition

De son appellation anglaise, Cognitive Orientation for daily Occupational Performance (CO-OP) est une approche développée par une équipe canadienne de recherche en ergothérapie dans les années 90. Cette « *Approche centrée sur le client, axée sur l'exécution de tâches ou d'activités et la résolution de problème permettant à l'enfant d'acquérir les habiletés qu'il choisit, par un processus impliquant l'utilisation de stratégies et un des éléments clés de l'approche : la découverte guidée* » (Polatajko & Mandich, 2017). C'est une approche dite top down c'est-à-dire que les ergothérapeutes vont intervenir directement sur l'occupation qui pose problème et non sur les capacités qui impactent cette occupation. La prise en charge n'est donc pas fondée sur les déficits mais sur un paradigme de l'apprentissage. Le client est expert de sa tâche.

Les objectifs de l'approche sont en premier d'acquérir des habiletés sur une occupation. CO-OP permet à la personne qui est mise en situation d'utiliser des stratégies cognitives afin de résoudre tous les problèmes rencontrés. Puis de manière générale, nous voulons que tous les apprentissages avec le thérapeute soient mis en pratique au quotidien, c'est ce qu'on appelle la généralisation des

apprentissages. Et pour finir, l'approche permet le transfert de l'apprentissage. Grâce à ce processus, la personne arrivera à adapter les habiletés précédemment apprises sur d'autres activités de la vie quotidienne.

Cette approche est très utilisée auprès des enfants car elle développe facilement des habiletés grâce à la découverte de stratégies appropriées à l'activité réalisée. Cependant, selon l'Union Professionnelle des Ergothérapeutes belges francophones & germanophones, ils affirment que l'approche « *est applicable tant aux enfants qu'aux adultes et personnes âgées* » (ANFE, 2018; ASE, 2021; Hervault, 2013; Van Campenhoudt & Quivy, 2011), ainsi l'approche CO-OP n'est pas créée uniquement pour être utilisée auprès d'enfants.

En basse vision, l'ergothérapeute est présent et disponible pour entraîner la personne déficiente visuelle afin qu'elle développe des habiletés sur ses autres sens. Réaliser une mise en situation amène du concret à la personne et montrent que les moyens de compensations mis en place permettent de faciliter son quotidien.

CO-OP est une approche complète qui pousse la personne à trouver la meilleure solution pour soi et pour tous types de difficultés lors de la réalisation de l'activité. Les loisirs étant des occupations du quotidien de la personne, il est possible d'utiliser cette approche pour mettre la personne en situation dans son activité loisir.

### **b. Les 7 caractéristiques clés de l'approche CO-OP**

CO-OP est fondée sur un travail de coopération entre la personne et le thérapeute. Ce travail permet de s'assurer que les buts choisis correspondent à ceux de la personne, à ceux dont elle a besoin ou qu'elle souhaite maîtriser mais garantit également que « *ces habiletés sont significatives et pertinentes écologiquement pour lui* » (Polatajko & Mandich, 2017). Ce critère s'appuie sur le plan cognitivo-comportemental de Meichenbaum montrant l'importance d'engager la personne dans les interventions du thérapeute. Il affirme que « *les schèmes de pensée soutenant le comportement ou l'habileté souhaitée* » (Polatajko & Mandich, 2017), c'est-à-dire que ce sont les différentes structures de la pensée qui entraînent tel ou tel comportement. Ainsi, si le client travaille les habiletés qu'il souhaite, il sera investi dans l'accompagnement, engagé et motivé pour les apprendre.

Afin de discuter des buts choisis par le client, plusieurs outils sont utilisés. En premier nous avons l'établissement des paramètres des buts lors d'un entretien. Puis, nous avons le journal des

activités quotidiennes, le Pediatric Activity Card Soft (PACS), la MCRO et pour finir, l'échelle de la qualité de l'exécution (ECQE) est mise en pratique pour recueillir les données sur l'efficacité de CO-OP mais également pour débiter l'analyse dynamique de l'exécution (ADE). Toutes ces évaluations ont été expliquées dans une partie précédente et sont utilisées dans l'approche CO-OP.

ADE est « *un processus d'analyse fondé sur l'observation des problèmes en matière de rendement, ou des points d'échec dans l'exécution* ». (Polatajko & Mandich, 2017). Structuré selon un cadre top-down, l'ADE évalue le rendement réel sur une occupation, dans son contexte. Il est utilisé dans CO-OP pour « *soutenir l'acquisition des habiletés et identifier les stratégies pertinentes* » (Polatajko & Mandich, 2017). Afin de savoir quelle stratégie est la plus efficace pour résoudre le problème, le thérapeute doit d'abord identifier l'exécution de l'habileté mais également ce qui ne fonctionne pas dans la réalisation de l'activité et dans les solutions déjà proposées. Puis, le thérapeute s'en sert pour guider le client dans la découverte, l'apprentissage et l'application des stratégies. Tout ce processus facilitera la perception des solutions et aidera à l'assimilation des habiletés.

Afin de guider la personne, le thérapeute utilise une série de questions provenant de l'Arbre de décision. Cet Arbre est composé de trois parties : La motivation, la connaissance de la tâche et la façon d'exécuter la tâche et pour finir, l'analyse de la compétence de l'exécution. Il observe donc les erreurs commises par la personne. Il essaie d'en comprendre la raison en s'appuyant sur les différentes étapes de l'apprentissage moteur mais également sur l'exigence de la tâche et la complexité du rendement. Durant toute l'intervention de l'approche CO-OP, le thérapeute réalise l'ADE.

Afin que la personne déficiente visuelle réfléchisse sur la manière de résoudre un problème, des stratégies cognitives sont mises en place. « *Elles servent à soutenir l'acquisition des habiletés, la généralisation et le transfert* » (Polatajko & Mandich, 2017). CO-OP incite les personnes à trouver une idée, de façon verbale, pour résoudre la difficulté et appliquer la tactique. Le langage a donc une place primordiale dans l'approche. Cette troisième caractéristique clé de l'approche CO-OP propose au client d'apprendre des stratégies globales et spécifiques. Concernant la stratégie globale, CO-OP utilise la stratégie « BUT-PLAN-FAIRE-VERIFIER ». Celle-ci structure la conversation mais également les fonctions métacognitives lors de la réalisation de l'occupation. Une fois que cette stratégie est bien assimilée, il est conseillé à la personne de la mettre en pratique à fréquence régulière.

Associée à cette stratégie globale, nous avons les stratégies spécifiques, propres à une tâche mais également à la personne. Prenons par exemple une personne déficiente visuelle qui souhaite reprendre la lecture, elle pourra faire appel à une stratégie spécifique pour résoudre une difficulté mais une autre personne n'aura pas forcément besoin de faire appel à cette stratégie spécifique pour la même habileté. La stratégie BUT-PLAN-FAIRE-VERIFIER est le moyen de découvrir les stratégies spécifiques nécessaires à la résolution des problèmes. Cependant, aucun apprentissage ne sera réalisé pour les stratégies spécifiques contrairement à celle dite globale. Il faut que la personne la découvre

seule en utilisant une guidance verbale si nécessaire. A ce moment-là, le thérapeute intervient afin que la personne utilise à la fois la stratégie globale et spécifique au bon moment.

Pour faciliter la mise en place des stratégies, il est important que la personne déficiente visuelle réalise la découverte guidée, quatrième caractéristique clé de l'approche. Lorsque la personne déficiente visuelle est bloquée dans une étape de la réalisation de l'activité, le thérapeute est présent pour la guider dans la découverte d'un nouveau PLAN, dans sa REALISATION et dans sa VERIFICATION. La découverte guidée favorise l'assimilation des habiletés et produit également un apport positif sur son sentiment de compétence. Pour que le thérapeute soutienne la découverte guidée, il est courant qu'il utilise quatre expressions : « une seule fois », « pose la question, sans répondre », « Coach, sans ajuster », « Rends ça évident ». Ces expressions permettent à la personne d'être le mieux guidé possible pour la réalisation de l'activité, par le thérapeute.

L'approche CO-OP se focalise également sur l'habilitation de la personne à réaliser l'occupation. Comme le définit l'association canadienne des ergothérapeutes en 2002, « *l'habilitation fait référence aux processus visant à faciliter, guider, superviser, éduquer, mobiliser, écouter réfléchir, encourager ou collaborer avec la personne, les groupes, les organismes ou les associations afin de mettre à leur disposition les outils permettant de diriger leur vie* » (Polatajko & Mandich, 2017). Cette cinquième caractéristique nous fait part des quatre principes de l'habilitation : « Rends ça amusant », « Favorise l'apprentissage », « Vise l'autonomie » et « Favorise la généralisation et le transfert ». Ces principes sont en lien avec la découverte guidée qui est elle-même un principe de l'habilitation. Cependant, ils ont été différenciés de celle-ci car les quatre principes peuvent être employés dans tous les aspects de CO-OP contrairement à la découverte guidée qui peut être pratiquée uniquement avec l'utilisation des stratégies cognitives. Toutes les caractéristiques de CO-OP favorisent les objectifs de l'approche : l'acquisition des habiletés, l'utilisation de stratégies, la généralisation et le transfert. L'étape suivante est de s'assurer que ces habiletés seront transférables dans d'autres occupations. Pour cela, le thérapeute peut mettre en action la personne et lui demander dans quelle autre situation il peut se retrouver à faire cette même action.

En plus de l'engagement de la personne et du thérapeute, il est important que l'entourage de la personne déficiente visuelle soit également engagé. Cela correspond à la sixième caractéristique clé de CO-OP. Le rôle est de soutenir la personne dans l'acquisition des différentes habiletés, de les généraliser et de les transférer. « *Leur engagement contribue aux quatre objectifs de CO-OP, mais il est particulièrement important pour favoriser la généralisation et le transfert* » (Polatajko & Mandich, 2017). La participation des personnes significatives encourage la personne ayant une déficience visuelle, apporte des bienfaits et leur permet également d'être acteur dans la réussite de l'occupation.

La dernière caractéristique de CO-OP concerne la structuration de la démarche. Nous parlerons donc de la structure de l'intervention, de la structure des rencontres et des outils et accessoires. Comme nous avons pu l'apercevoir, précédemment, tout au long des explications des caractéristiques, toutes les étapes doivent être suivies scrupuleusement afin de mettre toutes les chances de réussite du côté du client déficient visuel. L'approche est constituée de trois phases distinctes : la phase préparatoire, la phase d'acquisition et la phase de vérification.

La phase préparatoire correspond à l'élaboration des buts. Elle demande beaucoup de préparation pour la personne déficiente visuelle mais également beaucoup d'engagement.

Puis, la phase d'acquisition concerne la présentation de la stratégie globale BUT-PLAN-FAIRE-VERIFIER. C'est à ce moment-là que tout le travail sur les différentes habiletés se réalise.

La phase de vérification correspond au VERIFIER de la stratégie globale. Cette phase permet au thérapeute « *de vérifier et de confirmer l'apprentissage des stratégies et des habiletés* » (Polatajko & Mandich, 2017).

« *Bien que CO-OP possède un cadre structurel et des structures d'interventions et de rencontres spécifiques, il est important de se rappeler que CO-OP est une approche hautement individualisée* » (Polatajko & Mandich, 2017). Cette approche permet donc de satisfaire les besoins, et les envies des personnes concernant la réalisation des occupations. Afin de garder en tête le récapitulatif des différentes caractéristiques clés et des objectifs de l'approche, on peut se référer aux annexes n°4 & 5.

### 3. La notion de satisfaction

#### a. Définition

Il faut bien faire la distinction entre apprécier une activité et en être satisfait. Selon Larousse (2017), la satisfaction serait un « *sentiment de bien-être, de plaisir qui résulte de l'accomplissement de ce qu'on juge souhaitable* ». Or, apprécier, a un impact moins fort, il serait le synonyme de « aimer ». Ainsi, la satisfaction ne suit pas des normes précises car elle est propre à chacun. Par exemple, une personne peut être satisfaite de la réalisation de son occupation et du résultat obtenu, par contre, une autre personne n'est pas forcément satisfaite du même résultat pour la même occupation. La satisfaction a un bienfait positif sur le quotidien de la personne. C'est un sentiment qui donne confiance à la personne, qui augmente son estime de soi, qui donne envie à la personne de continuer l'occupation et même de la refaire ultérieurement. Ce sentiment procure de la fierté. Cependant, la satisfaction est le résultat de plusieurs éléments regroupés.

## b. Les notions participant à la satisfaction

Pour les personnes devenues déficientes visuelles à la suite d'un traumatisme, il est très difficile pour elles d'accepter la déficience et de se rendre compte que leur quotidien ne sera plus identique à avant. Elles doivent retrouver un équilibre occupationnel. C'est pour cela qu'un soutien psychologique est rapidement mis en place. C'est une démarche indispensable pour aider la personne devenue déficiente visuelle à faire le deuil de son passé. Sans ce suivi, elle voudra réaliser toutes ses activités, comme avant et risque de se mettre en danger notamment pour l'activité cuisine : si la pâtisserie était un loisir pour elle, et qu'elle souhaite effectuer tout comme avant, il faut faire attention à tous les ustensiles qui peuvent être coupant, brûlant et la blesser. Il est donc très difficile d'avancer sans l'acceptation de la diminution visuelle et de sa vie d'avant. Bien que ce soit le critère primaire pour retrouver un peu de satisfaction dans la réalisation des occupations, la motivation tout comme d'autres éléments, que nous allons expliquer par la suite, participent au sentiment de satisfaction.

« *La motivation est le processus qui fait naître l'effort pour atteindre un objectif et qui relance l'effort jusqu'à ce que l'objectif soit atteint* » (Vianin, 2007). Elle est intrinsèque à la personne. C'est grâce à la motivation que la personne a le courage et l'envie de réaliser des actions jusqu'au bout. Et c'est également grâce à la motivation que la personne souhaitera retrouver un rythme de vie qui lui convienne et ainsi avancer dans le deuil de son passé. Cependant, la motivation est impactée par les éléments qui lui tiennent à cœur. Par exemple si la personne déficiente visuelle réalisait, avant sa déficience, du vélo et que cette activité lui tenait énormément à cœur, c'est-à-dire qu'elle avait de l'intérêt pour la personne, elle sera motivée pour la retrouver, c'est une activité signifiante pour la personne. Il faut que le souhait vienne de la personne pour que la motivation soit présente. « *Être motivé qualifie un état d'engagement et un ressenti de la personne vers quelque chose à quoi elle inspire* » (Meyer, Chapitre 9. L'énergie du "faire" : la motivation, la volition, l'engagement, 2013)

Lorsque la personne est motivée, elle fait l'activité avec plus d'envie et réalise donc une performance occupationnelle. La performance désigne selon le Petit Robert (2007, p.1860) « *le résultat chiffré obtenu dans une compétition ou le résultat optimal qu'une machine peut obtenir* ». Cependant, pour avoir une bonne performance, cela dépend des connaissances, des habiletés nécessaires à la réalisation de l'activité et des fonctions corporelles de la personne. La performance dépend également des critères de chacun. C'est-à-dire que chaque personne n'a pas les mêmes attentes sur une occupation.

Puis, nous avons le rendement qui fonctionne de pair avec la performance. Le rendement « *résulte de l'interaction entre la personne, l'environnement et l'occupation, et qu'il est hautement individualisé* » (Polatajko & Mandich, 2017). Le rendement définit également la capacité qu'a une personne à choisir, à effectuer les occupations qui sont signifiantes pour elle et qui lui procurent de la

joie, du plaisir, de la satisfaction. Il sert à évaluer ce qui a été réalisé par la personne par rapport à ce qu'elle attendait comme résultat. C'est un critère individuel, qui dépend également de chacun.

Et pour finir, nous avons la réussite de l'activité, le sentiment de joie qui remplit la personne. Si on associe tous les critères précédents à celui de la réussite, la personne se rend compte de ses capacités, voit qu'elle peut faire l'activité malgré quelques changements, malgré sa déficience visuelle, tout en validant ses critères. Cela lui amène un sentiment de satisfaction. Elle est satisfaite de sa performance, du résultat sur une activité qui lui tenait à cœur, qui est signifiante pour elle.

Ainsi, la mise en situation est un élément primordial pour la prise en charge des personnes devenue déficientes visuelles souhaitant reprendre une occupation loisir. Mettre en action permet à la personne de reprendre confiance en elle, de prendre en compte les possibilités données par le thérapeute et ainsi d'avoir les outils en main pour réussir la réalisation de l'occupation. De plus, si nous mettons en lien les informations recensées dans la littérature, cela permet d'éclaircir la question de recherche explicitée en introduction : **De quelle manière l'ergothérapeute peut accompagner une personne déficiente visuelle des suites d'un traumatisme à regagner de la satisfaction lors d'une occupation loisir ?**

L'hypothèse émise suite à toutes ces recherches et au cadre conceptuel est la suivante : **En utilisant l'approche CO-OP, mise en œuvre par l'ergothérapeute, la personne déficiente visuelle des suites d'un traumatisme prendra conscience de ses habiletés multi sensorielles et pourra regagner de la satisfaction lors de ses occupations loisirs.**

## Partie expérimentale

### I. Méthodologie de l'enquête exploratoire

L'enquête de mon mémoire concerne les moyens qu'utilise l'ergothérapeute afin de permettre à une personne de regagner le sentiment de satisfaction dans les loisirs. Elle permettra de connaître non seulement l'importance des occupations loisirs dans le quotidien d'une personne mais également les apports de l'approche CO-OP utilisées par l'ergothérapeute auprès de cette population dans une prise en charge ergothérapique. Enfin, l'enquête regroupera des réponses relatives à une problématique et confirmera ou infirmera l'hypothèse émise. Pour cela, il est nécessaire de définir, en amont, les objectifs, les populations ciblées, ainsi que le choix et la construction de l'outil de recherche (Tétreault & Guillez, 2014).

## 1. Objectifs de l'enquête

- ~ **Identifier si l'approche CO-OP est utilisée par l'ergothérapeute dans la prise en charge d'une personne déficiente visuelle des suites d'un traumatisme**

*Critères* : Un ou plusieurs critères de l'approche CO-OP sont cités lors de l'entretien, utilisation d'une approche top-down par l'ergothérapeute dans sa prise en charge, la personne déficiente visuelle est acteur de sa prise en charge.

- ~ **Décrire l'impact de la pratique de l'ergothérapeute dans la prise de conscience du client sur ses potentialités multi-sensorielles**

*Critères* : Identification des éléments obstacles à la réalisation de l'occupation par la personne déficiente visuelle mais également les stratégies qu'elle a mise en place. La personne déficiente visuelle utilisera toutes les habiletés nécessaires à la réalisation du loisir. Énonciation de nouveaux objectifs et projet dans leur occupation.

- ~ **Analyser l'influence de la pratique de l'ergothérapeute sur la satisfaction de la personne déficiente visuelle des suites d'un traumatisme lorsqu'elle réalise ses occupations loisirs**

*Critères* : La personne déficiente visuelle parle avec enthousiasme. Elle utilise un vocabulaire positif sur la réalisation de son occupation. La personne déficiente visuelle nous partage son ressenti sur sa satisfaction dans la réalisation du loisir. Souhait de reprendre l'occupation loisir grâce à la prise de conscience des habiletés et du sentiment de satisfaction regagné.

## 2. Populations ciblées

Afin de répondre au mieux à la recherche, il est important d'interroger des ergothérapeutes et des personnes devenues déficientes visuelles à la suite d'un traumatisme. Le but de la prise en charge est de retrouver de la satisfaction dans une occupation loisir, recueillir le ressenti de la personne déficiente visuelle est donc un élément clé. De plus, dans l'approche CO-OP proposée par l'ergothérapeute, les mises en situations placent la personne acteur de sa prise en charge. Il est ainsi intéressant de connaître le vécu de la personne déficiente visuelle sur ces mises en situation.

Les personnes susceptibles de répondre à mes objectifs sont donc les ergothérapeutes ainsi que les personnes déficientes visuelles. Ces deux populations travaillent ensemble, dans un objectif de reprise du loisir dans la prise en charge. Pour cette enquête, nous interrogerons un échantillon non représentatif mais caractéristique de la population (Van Campenhout & Quivy, 2011). Il est donc nécessaire d'interroger un nombre de personnes suffisant pour valider ou invalider l'hypothèse.

Concernant les ergothérapeutes, les critères d'inclusion sont l'obtention du diplôme d'état d'ergothérapie, avoir déjà pris en charge des personnes devenues déficientes visuelles à la suite d'un traumatisme et de travailler sur les occupations loisirs à travers des mises en situation. Les ergothérapeutes n'exerçant plus la profession seront exclus de l'enquête.

De plus, nous interrogerons des personnes à partir de 15 ans, atteintes d'une déficience visuelle survenue à la suite d'un traumatisme et ayant une problématique d'occupation loisir. Elles auront participé à des séances d'ergothérapie menées par un ergothérapeute interviewé en amont et auront été mises en situation dans leur accompagnement. Nous choisissons cette population car, à partir de 15ans, la personne développe la capacité de se remettre en question et d'identifier ce qui est bien pour elle, un sentiment permet de savoir si « *son choix est en phase avec ses buts et ses valeurs personnelles* » (Lannegrand-Willems, 2012). Elle est donc apte à exprimer son expérience et son ressenti de manière claire. Avant cet âge, les parents pourraient intervenir et influencer le choix et les réflexions. Cependant, si les personnes interrogées sont mineures, il est important de demander l'accord à leurs parents afin de réaliser l'entretien mais cela n'aura aucun impact sur les réponses de l'adolescent. Nous excluons donc toutes les personnes de moins de 15 ans, ayant une déficience visuelle évolutive, ainsi que des handicaps associés tels que des troubles exécutifs et cognitifs trop importants qui empêcheraient la réalisation de l'activité.

### 3. Modes d'accès

Pour le bon déroulement de cette enquête, il est possible de trouver des ergothérapeutes répondant aux critères grâce à des groupes d'échanges sur les réseaux sociaux réservés aux professionnels spécialisés dans la déficience visuelle. De plus, j'ai gardé contact avec les ergothérapeutes où j'ai effectué un stage au sein d'un centre de rééducation spécialisé en déficience visuelle. Enfin, je peux m'appuyer sur le répertoire du registre français du social et médico-social regroupant l'ensemble des instituts spécialisés en déficience visuelle.

Pour contacter les personnes atteintes d'une déficience visuelle suite à un traumatisme, je peux m'appuyer sur les ergothérapeutes interviewés. Avec leur accord et celui de leur client, les ergothérapeutes pourront me transmettre les coordonnées de certaines personnes, si elles remplissent les critères d'inclusion et si elles sont intéressées pour participer à cette enquête. De plus, je peux joindre des groupes d'échange sur les réseaux sociaux et des associations leur étant consacrés.

## 4. Choix et construction de l'outil d'investigation

« *L'enquête par entretien est ainsi particulièrement pertinente lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, aux événements dont ils ont pu être les témoins actifs* » (Blanchet & Gotman, 2010). Le but de cette enquête est d'obtenir l'expérience subjective de la personne lors de la réalisation des mises en situation dans une prise en charge. Cela correspond à une recherche qualitative et non quantitative. L'entretien semi-directif est l'outil choisi car il permet de créer un contact humain et ainsi comprendre le parcours et le ressenti précis d'un individu (Cf. Annexe 8 & 9). Les réponses sont spontanées, et la discussion peut s'engager facilement. Elle est également généreuse concernant les sentiments de la personne, les impressions, les opinions, l'expérience (Van Campenhoudt & Quivy, 2011; Vianin, 2007). De plus, l'accumulation des questions peut être compliquée, or cette méthode permet de les voir comme un échange d'expériences. Elle propose une liberté d'expression plus importante que le questionnaire. Avec l'entretien, nous amenons la personne à s'exprimer sur ce qui nous intéresse.

La création de l'outil de recherche mettra en lien la théorie et la réalité du terrain. La grille d'entretien pour les ergothérapeutes comprendra 5 parties : L'identité du professionnel, la prise en charge des personnes déficience visuelle, la réalisation de mises en situation, l'impact de celle-ci sur la réalisation des loisirs et pour finir la connaissance de l'approche CO-OP par l'ergothérapeute. Concernant la grille d'entretien destinée aux personnes déficientes visuelles, elle est composée de 4 parties : l'identité de la personne, l'impact de la déficience visuelle sur ses occupations loisirs, la réalisation de mise en situation ainsi que l'apport qu'il en retient après la réalisation du loisir et pour le futur.

Afin de garder une neutralité dans les questions, elles seront évaluées par 3 personnes : un ergothérapeute non spécialisé en déficience visuelle, un ergothérapeute travaillant auprès de personne déficiente visuelle et une étudiante en ergothérapie.

## II. Résultats bruts de l'enquête

Dans cette partie, les résultats bruts des ergothérapeutes et des clients seront présentés en fonction des thématiques abordées lors des entretiens. Nous verrons en premier la présentation des personnes interrogées, la prise en charge de la personne déficiente visuelle, l'approche CO-OP et l'impact de celle-ci sur la reprise de l'occupation loisir. Six entretiens ont été réalisés avec six ergothérapeutes différents. Afin de mieux comprendre, des citations extraites des entretiens viendront appuyer l'analyse des résultats. Ils seront donc notés ergothérapeute 1 (E1), ergothérapeute 2 (E2) et ainsi de suite. Lorsque nous analyserons des données des clients, nous les référerons en tant que client 1 (C1), client 2 (C2) etc. Les entretiens avec E3 et C3 ont été mis en annexe n°10 et 11.

## 1. Présentation des ergothérapeutes et des clients interrogés.

### a. Les clients

	C1	C2	C3
Présentation	Femme âgée de 33 ans	Homme âgé de 41 ans	Femme âgée de 64 ans
Déficiences visuelles	Malvoyance due à une lésion du nerf optique après un abcès cérébral	Cécité presque totale due à un cancer	Malvoyance suite à un accident de la voie publique. Lésion du nerf optique
Loisirs	Natation et Para-triathlon dans un club	Blind-tennis, Club de plante (bonsaï), tandem, tir-à-l'arc, aviron	Piscine (aquagym), marche, cinéma, visite culturelle, livre audio, musique et beaucoup de cuisine
Accompagnement ergothérapeutique	Prise en charge par E4	Oui, par un autre ergothérapeute non interrogé.	Prise en charge par E6
Satisfaction dans les loisirs	Amène du plaisir, lâcher prise	Sentiment de jeu. Quelque chose qui change du quotidien	Quelque chose qui plait, qui n'est pas obligatoire, qu'on réalise selon son souhait
Stratégies mis en place après la prise en charge	Travail de réflexion dans des moments difficiles. Arrive à trouver des solutions	Adaptation par lui-même en prenant en compte ce qui a pu lui être dit.	Continue à utiliser toutes les stratégies, les conseils et les habiletés mis en place en séance

Pour les trois personnes interrogées, leur prise en charge en ergothérapie a été effectuée il y a plusieurs années. Toutes ces personnes présentées précédemment ont vu leur vision impactée d'une manière brutale. Chacune de ces personnes a effectué des séances d'ergothérapie sur les occupations du quotidien qui leur étaient difficiles y compris les loisirs. Cependant, C2 et C3 expriment qu'ils n'ont pas fait appel à un ergothérapeute directement après leur traumatisme. Lorsque nous écoutons le témoignage de chaque client, ils nous expliquent leur mise en situation.

## b. L'identité des ergothérapeutes.

Six ergothérapeutes ont été interrogés pour cette enquête, cinq femmes et un homme ayant une expérience respective de 27 ans pour E1, 2 ans pour E2, 3 ans pour E3, 15 ans pour E4, 15 ans pour E5 et 4ans pour E6 en ergothérapie. Tous ont exercé plusieurs années dans des centres auprès de personnes déficientes visuelles. Aujourd'hui, tous les ergothérapeutes interrogés poursuivent leur activité professionnelle auprès des personnes déficientes visuelles mais dans des structures différentes et exercent également auprès d'autre population. Leur pratique ergothérapique se réalise auprès d'enfants mais également d'adultes et de personnes âgées. Ils interviennent auprès d'eux afin d'accompagner les personnes sur des projets de vie, les occupations du quotidien y compris leur loisir.

Parmi les ergothérapeutes, seulement quatre d'entre eux (E2, E3, E5 et E6) connaissaient l'approche CO-OP ; E5 et E6 sont formés à l'approche et les deux autres (E2 et E3) vont être formés. Pour E2 et E3, elles se sont renseignées sur l'approche et l'ont trouvé proche de la manière dont elles réalisaient l'accompagnement des personnes, c'est pour cela qu'elles se sont inscrites à la formation. Mais en raison de la crise sanitaire, leur formation a dû être repoussée. Lorsque E5 a participé à la formation, en 2019, il s'est rendu compte qu'il utilisait déjà cette méthode auprès de ces personnes mais sans connaître la taxonomie de l'approche. E6 a eu la même réflexion lorsqu'elle a participé à la formation début 2021 « Ma pratique d'avant ressemblait un petit peu à l'approche ». De plus, depuis que E5 et E6 sont formés, ils ont pu mettre en pratique cette approche auprès de clients ayant une déficience visuelle.

## 2. Des loisirs propres à chacun

	C1	C2	C3
Qu'est-ce qu'un loisir	Sentiment de plaisir « Une activité (sport, peinture, photo, jeux de société, etc.) qui nous passionne et nous permet d'évacuer tout ce qu'il y a de négatif en nous (stress, pensées négatives, etc.) ».	Sentiment de plaisir « Quelque chose réalisé volontairement, changeant du quotidien »	Sentiment de plaisir « Toute activité qui fait du bien à la personne que ce soit moralement, physiquement, sous n'importe quel forme ».

Critères du loisir	Passer un bon moment	Passer un bon moment « Faire quelque chose qui m'empêche de penser aux obligations que j'ai à côté »	Passer un bon moment « Faire des choses qui m'intéressent vraiment, que je n'ai pas forcément eu le temps de faire avant et pour lequel j'ai de la motivation ».
Critères de satisfaction	« Sentiment d'être comme les autres ».  « Lorsqu'on me dit que je me suis améliorée je suis contente mais ce n'est pas ce qui m'importe le plus »	« Ce n'est pas la victoire qui me satisfait mais plutôt la réalisation et le plaisir dans le loisir ».  « Il est également important pour moi d'avoir un contact avec les autres ».	« Arriver à faire des choses que toutes les personnes dites normales peuvent faire »

De plus, lorsque nous interrogeons également les ergothérapeutes sur la signification du loisir, tous le définissent comme une activité de bien-être, qui apporte un sentiment de satisfaction et de plaisir. « Il est important dans la prise en charge que nous connaissons l'importance de la réalisation de ce loisir pour la personne déficientes visuelles » (E1). « Nous avons notre définition du loisir mais elle peut changer pour une autre personne » (E4).

### 3. L'accompagnement en ergothérapie

#### a. La phase d'évaluation

Dès l'arrivée des clients dans les centres, les ergothérapeutes utilisent différentes façons de recueillir des données. Ne disposant d'aucune évaluation spécifique à la basse vision, tous les ergothérapeutes interrogés utilisent l'entretien avec les clients présentant une déficience visuelle suite à un traumatisme pour avoir un premier contact, créer une relation de confiance et avoir une idée des difficultés de la personne. Puis, trois ergothérapeutes sur les cinq (E2, E3 et E5) réalisent en plus de

l'entretien, la MCRO<sup>5</sup> afin de recueillir plus d'informations sur « les valeurs occupationnelles pour comprendre l'importance de sa réalisation pour le client » (E5). E2 et E4 réalisent dans un premier temps, en plus de l'entretien des bilans analytiques sensori-moteurs, sensitifs, d'exploration visuelle permettant de connaître les habiletés du client et dans un second temps, des évaluations sur les activités de la vie quotidienne. E4 est le seul ergothérapeute interrogé qui utilise un bilan sur la qualité de vie. De plus, la mise en situation permet également d'évaluer de manière continue le client. Selon E5 « l'ergothérapeute utilise la mise en situation pour le côté évaluation mais également pour le côté rééducation ».

Tous ces moyens permettent aux ergothérapeutes de « connaître toutes les problématiques du patient » (E3) mais également de déterminer les « capacités visuelles de la personne dans la vie quotidienne » (E2). Grâce à ces renseignements, les ergothérapeutes sauront quels « sens compensatoire développer » (E4) pour atteindre le projet du client.

## b. Le déroulement des séances

Les éléments recueillis lors des évaluations permettent d'établir des objectifs de prise en soin en collaboration avec le client, afin d'atteindre son projet. Certaines institutions ont des particularités, pour trois des ergothérapeutes interrogés (E3, E5 et E6), le service d'ergothérapie est divisé en plusieurs petits services tels que l'informatique, la vie quotidienne, l'analytique etc. Ils orientent alors le client vers le service adapté à sa problématique afin qu'il découvre toutes les compensations possibles. Quant à E4, elle réalise sa première séance en demandant « aux gens de me décrire une journée type pour savoir comment ils organisent et occupent leur journée ». Le point commun entre tous les ergothérapeutes interrogés est la mise en situation. Ils pratiquent donc une « méthode top down » (E2).

Avant de commencer toute mise en situation, les ergothérapeutes s'assurent de l'importance de l'occupation dans le quotidien du client. Cela amène un fort engagement selon les ergothérapeutes. De plus, si les conditions le permettent, les ergothérapeutes demandent à la personne d'amener son matériel afin de réaliser l'occupation avec le bon matériel. Comme ils m'expliquent lors de l'entretien, E3 « met déjà en situation pour pouvoir observer « qu'est-ce qui pose problème dans cette activité » et E2 « prévient la personne qu'on va faire comme elle peut » dans la réalisation de sa mise en situation. « Nous ne voulons pas mettre le patient en échec mais nous voulons comprendre la manière dont il réalise l'activité » (E1).

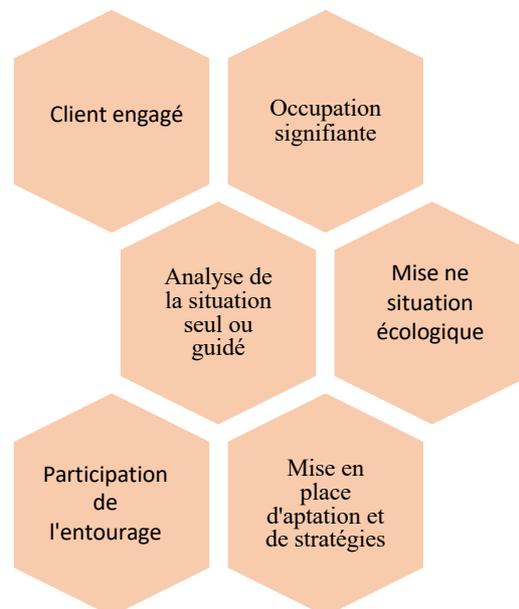
---

<sup>5</sup> Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

A chaque réalisation de l'activité, les ergothérapeutes (E2, E3 et E5) évaluent la satisfaction mais également « la performance et le rendement » (E2). C'est en fonction de la satisfaction que l'ergothérapeute va continuer à travailler l'occupation avec le client ou non, il est expliqué que si « le rendement n'est pas top, si la personne est satisfaite, ça lui convient, j'arrête d'agir » (E5). Si le client ne ressent pas le sentiment de satisfaction alors l'ergothérapeute va chercher en collaboration avec lui ce qui empêche ce sentiment. Cette évaluation amène une meilleure compréhension de la difficulté pour les ergothérapeutes. Ils ont alors la possibilité d'ajuster la mise en situation et donc la prise en charge selon E2. Le sentiment de satisfaction impacte les séances et le plan d'intervention.

Au fur et à mesure des séances, il est courant que le professionnel ajuste son intervention en fonction de l'évolution de la personne et des nouvelles difficultés rencontrées. La mise en situation n'est pas forcément réalisée lors d'une seule séance, il faut prendre le temps de bien la réaliser comme a pu l'exprimer E6 « s'il faut la réaliser sur plusieurs jours » l'ergothérapeute prend le temps de la faire afin d'éliminer toutes les difficultés que le client peut rencontrer.

### c. Description des mises en situations



Lors de la réalisation des différentes mises en situation, les ergothérapeutes sont présents auprès de tous les clients mais ils ne les guident pas systématiquement ; ils les laissent réaliser l'occupation comme s'ils étaient chez eux, à l'extérieur, dans un club, etc. L'ergothérapeute va même discuter avec le client afin de rendre la mise en situation plus naturelle, « comme si je n'étais pas là on va dire et tout ça en discutant » (E3). La prise en charge serait centrée sur le client.

Avant d'adapter l'occupation avec des aides techniques, l'ergothérapeute va laisser le client réfléchir à une résolution de problème, qu'est-ce qu'il pourrait mettre en place. « J'interviens s'il faut intervenir, c'est la personne qui va chercher la solution par elle-même » (E1). Tout au long de la réalisation de la mise en situation, l'ergothérapeute peut « aiguiller la personne » (E6) en lui fournissant « une boîte à outils et puis si elle se sent, elle ouvre la boîte à outils et elle l'utilise pour résoudre la difficulté » (E4). Lors de l'entretien de E5, il nous parle de stratégie. Selon lui, la mise en situation est là pour que « la personne soit en capacité de trouver elle-même les bonnes stratégies à mettre en place ». Il nous dit également que le client « ne soit pas juste en réception d'information d'un opérateur mais qu'il soit aussi en auto-recherche en regard de ses problématiques dans des espaces » (E5). Les ergothérapeutes poussent le client à « faire sa propre analyse d'activité, sa propre analyse de pratique qui peut aussi être un peu guidée et orientée sur la réflexion » (E4). Au départ, il est courant que l'ergothérapeute « pose de nombreuses petites questions qui guident la réflexion, le but est de faire verbaliser par la personne directement la difficulté » (E6). Il est déjà arrivé que des clients disent « j'attends que vous me disiez ce que je dois faire » (E5).

En fonction des observations et si la stratégie n'est pas suffisante pour résoudre la difficulté, tous les ergothérapeutes interrogés procèdent à une adaptation de l'occupation par une mise en place d'aide(s) technique(s), une meilleure posture, un apport de différentes techniques par exemple. Lorsque des aides techniques sont mises en place, il est important de les « tester ensemble » (E2). En aucun cas le client rentre chez lui sans avoir essayé l'aide car il se peut qu'elle ne soit pas adaptée à elle et ainsi ne l'aide pas à ressentir ce sentiment de satisfaction, « on teste l'aide technique jusqu'à ce que la personne se l'approprie » (E1).

Parfois, il est possible de réaliser une mise en situation écologique c'est-à-dire la réalisation de l'occupation dans le milieu de la personne, « sur place, j'ai trouvé les solutions pour le faire » (E2). « La mise en situation peut également être semi-écologique, c'est-à-dire, ce n'est pas forcément dans l'environnement réel du patient » (E5). Cependant, ce n'est pas possible tout le temps mais si le client utilise son propre matériel, il est plus facile pour le thérapeute d'observer les difficultés que la personne rencontre. De plus, c'est un matériel connu par le client. Selon tous les ergothérapeutes interrogés, plus on se rapproche des conditions de réalisation du loisir, plus la mise en situation sera efficace. Mais, « parfois ça peut justement avoir un intérêt d'avoir un espace qui n'est pas exactement celui de la personne, mais qui est un espace contrôlé protégé où le patient peut être autorisé à faire des erreurs potentiellement et du coup après il pourra en tirer des conclusions pour aborder son espace écologique personnel de façon la plus sereine et sécurisée » (E5).

Certaines fois, la mise en situation dans l'occupation loisir est utilisée juste pour « la validation des stratégies » (E4). Cela permettrait à la personne de « reprendre confiance en elle » (E4). D'après le retour d'expérience de E1 et E5, les clients peuvent se trouver en difficulté dans l'occupation alors qu'en la présence du thérapeute, ils pallient le problème.

Dans tout accompagnement, il est possible, si le client le demande, de faire intervenir une personne signifiante pour lui. Comme E6 l'a exprimé, « l'intervention du proche n'est pas souvent réalisée et dépend de la demande de la personne ». Or pour E1, la présence de la famille est un élément important, « je propose souvent aux personnes proches de la personne, en accord avec elle, s'ils veulent venir voir pour qu'il y ait le meilleur accompagnement possible même au domicile ». De plus, même si l'entourage n'intervient pas directement en séance, les ergothérapeutes peuvent « pourquoi pas contacter, soit rencontrer le mari dans le couloir ou expliquer ou passer un mot pour que le mari ou l'entourage puisse accompagner » (E3). L'intervention de l'entourage peut être importante pour la personne déficiente visuelle, comme l'exprime C3, « il est important de prendre en compte aussi l'entourage. La situation peut être vécue difficilement par l'entourage ». Lorsque les ergothérapeutes réalisent un accompagnement auprès de la personne déficiente visuelle, il est également possible que l'entourage soit pris en charge, sur une courte période, car comme nous l'explique E1, « il faut que l'entourage ait confiance en la personne dans sa capacité à reprendre l'activité car elle ne pourra pas mettre quelque chose en place toute seule ».

## 4. Bénéfice de la mise en situation

### a. L'impact de la mise en situation sur les habiletés

Pour les ergothérapeutes, les mises en situation ont un fort impact dans la reprise d'une occupation loisir. Les mises en situation seraient « une expérimentation validant pour eux des critères qui sont importants pour obtenir la satisfaction dans leur vie quotidienne » (E5). Mais il faut garder en tête que cela peut être à « double tranchant » (E4). Comme nous l'explique E4 lors de son entretien, « les mises en situations permettent à la personne de prendre conscience de ses compétences mais également de ses limites ». Le client peut se rendre compte des habiletés compensatoires qu'il a déjà mis en place ou bien être face aux difficultés qu'il n'arrive pas à surmonter seul. « Sans expérimentation, des fois, il y a certaine capacité ou habileté qu'on n'aurait pas ou qui seraient sous exploitée » (E1). La mise en situation peut paraître évidente pour certains professionnels mais il est important de repérer si la personne est prête à être mise en activité. « Prendre le temps de réaliser un feedback » (E2) identifie les

moments difficiles et tout ce qui a pu être testé. Le feedback pourrait être une bonne méthode d'analyse de la situation.

Après avoir fait ce constat, il est déjà arrivé que le client essaie de nouvelles occupations. Ce fut le cas pour certains clients de E6. Elle nous explique que certaines fois, les personnes déficientes visuelles reviennent en séances quelques temps après en affirmant avoir réussi à réaliser une autre occupation en prenant en compte tout ce qu'elles avaient pu apprendre lors des séances. « Maintenant, il y a des choses que je fais systématiquement. J'ai pu automatiser tous les conseils, je suis beaucoup moins en difficulté par rapport à avant » (C3). Selon C1, la mise en situation permettrait « un meilleur apprentissage et analyse de la situation afin que si je me retrouve dans une nouvelle situation, je puisse développer d'autres solutions ».

A la fin de la réalisation de l'occupation, le client déficient visuel peut être plus satisfait de sa performance ou de son rendement et ainsi s'engager totalement. Se sentir capable de réaliser quelque chose met en avant les compétences de la personne. Cela majore leur engagement occupationnel dans l'activité. De plus, découvrir de nouvelles habiletés peut amener la personne à « ressentir des choses qu'on n'avait jamais ressenties avant » (E1). « Lorsque nous arrivons à réaliser l'occupation, nous reprenons confiance en nous » (C2). « Le but de l'expérimentation, c'est à la fois de prendre en compte le potentiel des habiletés, d'autres habiletés que celle d'avant, de celles résiduelles et enfin des habiletés qui existe » (E5). L'ergothérapeute amène le client à comprendre, ce qui est possible, ce qui posera question et ce qui ne sera pas possible de faire tel quel.

## b. Les difficultés rencontrées

Lors de l'entretien de C3, elle explique les différentes occupations dans lesquelles elle a été mise en situation. Mais une d'entre elle n'a pas été bénéfique. « A part la vannerie. J'ai d'ailleurs jeté mon œuvre à la poubelle car c'était vraiment horrible ce que j'avais fait » (C3). Un ergothérapeute a également rencontré cette difficulté. « Lors de la rééducation, j'ai souhaité travailler certaines habiletés, à travailler une occupation mais la mise en situation n'a pas été bénéfique pour la personne » (E1).

De plus, les ergothérapeutes affirment que la mise en situation ne peut pas être faite directement. E5 nous explique la prise en charge effectuée avec un client, il a souhaité réaliser une occupation peu de temps après le traumatisme et elle n'a pas été bénéfique, « la personne était bloquée sur son activité passée, elle a été en échec à plusieurs reprises dans l'activité » (E5). De plus, il nous explique également que la mise en échec est possible « ils n'ont pas conscience des habiletés ou compétences et ainsi, ils

n'ont pas des mécaniques d'analyse adaptés à la situation après le traumatisme » (E5). Ou alors, « malgré les conseils et l'accompagnement, la personne n'a pas su passer au-delà des difficultés » (E1). Plusieurs ergothérapeutes se rejoignent sur ce point. « Un gros travail psychologique doit être fait suite au traumatisme » (E6).

### c. Le retour du sentiment de satisfaction

Lorsqu'une personne réalise une occupation souhaitée, demandée, cela montre leur motivation et tout l'intérêt qu'elle apporte à cette occupation. Des retours sur le sentiment de satisfaction avant la prise en charge et après ont été faits. Pour C1, sa prise en charge et surtout la réalisation de la mise en situation l'ont rendu « pleinement satisfaite », elle a même été « épatée de m'apercevoir que malgré tout et un peu d'aide, je peux y arriver ». Ainsi, la mise en situation a participé à retrouver sa satisfaction selon elle. Pour certaines personnes, le seul fait d'être capable de faire leur loisir comme les autres leur procure de la satisfaction (C3), pour d'autres, il y a la notion de jeu qui revient. C'est le cas de C2, ce monsieur est satisfait de son loisir lorsqu'il y a la notion de jeu. « Ce qui m'apporte de la satisfaction et de m'amuser dans mon loisir, ne pas dépenser plus d'énergie que cela me donne. Je veux m'amuser et ne pas m'arrêter sur les difficultés que je rencontre » (C2).

Ainsi certains clients vont exprimer leur satisfaction avec des mots mais d'autres le montreront avec des mimiques, des réactions. « Au niveau de la voix, du visage, de la reprise de confiance dans les gestes exprimés avec une aisance gestuelle » (E4). Ces différentes manières de montrer de la satisfaction sont observées par plusieurs ergothérapeutes interrogés.

Si la personne décide de réaliser de nouveau l'occupation loisir et de demander plus de temps d'autonomie, elle pourrait également montrer un sentiment de satisfaction car il est courant que chaque personne réalise quelque chose parce qu'elle en a envie, parce qu'elle éprouve du plaisir (E5 et E1). Certaines personnes peuvent « être très satisfaites sur le moment, ils vont montrer des signes et finalement dans la vie de tous les jours, ils ne vont pas forcément le faire » (E3). La satisfaction aurait un impact important dans la réalisation de l'occupation d'après E2. Le loisir sera travaillé à travers des mises en situation « jusqu'à ce que la satisfaction à la réalisation soit plus conforme à ses attentes » (E4).

### III. Analyse des résultats

Après avoir présenté les résultats de mes entretiens, l'analyse opposant le discours de chaque interlocuteur est réalisée. Rappelons-nous, les objectifs de l'enquête étaient d'identifier si les ergothérapeutes utilisaient l'approche CO-OP dans l'accompagnement, de décrire l'impact de l'approche dans la prise de conscience des potentialités multi-sensorielles et enfin, d'analyser l'influence de la pratique de l'ergothérapeute sur la satisfaction de la personne devenue déficiente visuelle suite à un traumatisme lorsqu'elle réalise une occupation loisir.

De manière générale, tous les ergothérapeutes interrogés apportent de l'importance à réaliser une prise en charge orientée sur l'occupation de la personne. Cela se traduirait par une approche top-down, plusieurs ergothérapeutes l'affirment (E2, E3, E5 et E6). L'accompagnement des personnes déficientes visuelles nécessite une intervention pluri-professionnelle régulière, il est donc important de les mettre en pratique dans les apprentissages dans chaque domaine afin qu'ils soient acquis. Parmi les témoignages des ergothérapeutes, peu sont formés à l'approche CO-OP, cependant, tous réalisent des mises en situation suivant une méthode détaillée afin d'aboutir à l'objectif final du client : réussir son loisir. Sans cette méthode, les ergothérapeutes affirment que le suivi ne serait pas aussi efficace.

Lorsque nous comparons le discours des ergothérapeutes et des clients, les mises en situation sur l'occupation constituent donc une phase importante dans la prise en charge. Avant de commencer les mises en situation, tous les interlocuteurs, pensent que les occupations réalisées doivent correspondre à la demande du client. Selon eux, c'est un premier travail qui doit être effectué en collaboration. Et c'est également à l'aide des évaluations, orientées sur les occupations significatives pour la personne, que cette étape sera réalisable. Suite à l'interview de six ergothérapeutes, l'entretien, la MCRO, la description de journée type sont des évaluations souvent utilisées afin de démarrer la prise en charge de la personne déficiente visuelle. Pour l'ensemble des ergothérapeutes, leur rôle est d'évaluer les occupations du quotidien qui sont non seulement difficiles mais également qui ont du sens pour la personne et de calquer leur accompagnement sur ces occupations afin de développer les bonnes habiletés pour l'occupation souhaitée. Ils veulent que le client s'investisse dans sa prise en charge. Le but des séances ergothérapeutiques est d'être significatif pour la personne. Certains ergothérapeutes préfèrent les réaliser dans le milieu de vie de la personne, cela amènerait plus de concret pour la suite de la prise en charge.

Pour les ergothérapeutes, les évaluations réalisées permettent également de comprendre ce qui est important pour le client dans son loisir. C'est grâce à toutes les informations que les ergothérapeutes connaissent ce qui pose soucis mais également ce qui est important pour eux dans leur loisir. Quand

nous croisons les informations données par les clients, chacun définit son loisir de manière différente mais le sentiment de plaisir et de se vider l'esprit reviennent constamment. Selon les ergothérapeutes, les évaluations permettent également déterminer la satisfaction du client mais également son niveau de performance et de rendement. Ce sont des éléments qui peuvent être importants pour la prise en charge et surtout pour retrouver ce sentiment de satisfaction. Pour les professionnels, chaque élément est lié et les clients peuvent exprimer si c'est le rendement ou bien la performance qui leur amène de la satisfaction. Il serait donc plus facile pour les ergothérapeutes de savoir sur quel critère il devra porter son attention durant la prise en charge.

Une fois l'objectif de la prise en charge choisi, le client peut démarrer l'occupation. Les ergothérapeutes interrogent le client sur la manière dont il réalise l'activité seul après la survenue de leur traumatisme. Il est donc plus facile pour les ergothérapeutes de comprendre la situation et notamment les difficultés pour les personnes. Comme certains l'expliquent dans leur entretien (E1, E2), il est possible que le professionnel ne connaisse pas totalement l'occupation, il peut y avoir des techniques particulières nécessitant de l'expérience dans l'occupation. Selon les ergothérapeutes, mettre en situation la personne une première fois simplement pour observer la personne rajoute des éléments à la compréhension des difficultés rencontrées et des solutions déjà expérimentées.

A ce moment-là, les ergothérapeutes ont une posture différente. Une réflexion se fait sur la situation, les clients et les ergothérapeutes analysent ce qui s'est passé en amenant la personne à se poser des questions. Certaines fois ils le font ensemble et d'autres fois, le client le fait seul afin de voir s'il comprend la raison de sa difficulté. Lorsque la difficulté est comprise, certains ergothérapeutes commencent par (E3, E4, E5 et E6) laisser la personne réfléchir à la situation afin qu'elle trouve par elle-même une solution, qu'elle la mette en place pour la tester avant d'intervenir. D'autres (E1 et E2), préfèrent donner des conseils afin que la personne ne soit pas bloquée dans son occupation. Mais tous les ergothérapeutes interrogés ont réalisé les deux possibilités. Ainsi, à travers les résultats des entretiens, nous pouvons observer que les ergothérapeutes poussent le client ayant une déficience visuelle à trouver une habileté pour résoudre la difficulté par elle-même ou à l'aide de la découverte guidée. Si les stratégies ne suffisent pas à résoudre la difficulté, il est possible de mettre en place des aides techniques qui faciliteraient la réalisation des occupations. Les ergothérapeutes apportent une forte importance à manipuler les aides techniques ensemble afin de vérifier si l'aide est réellement adaptée à la personne et à la situation. Pour eux, tester l'aide technique à travers une mise en situation est primordiale avant le retour à domicile du client.

A travers les résultats, il est expliqué que certains clients n'ont pas eu besoin de conseils ou d'aides particulières pour réaliser leur occupation loisir. Mais les ergothérapeutes restent présents à leur côté pour vérifier le bon fonctionnement. Cette présence permet non seulement de rassurer les clients

déficients visuels mais également de leur faire prendre conscience qu'ils sont capables de le faire seul, qu'ils ont des habilités et qu'ils peuvent les utiliser.

De plus, pour les ergothérapeutes, le but des mises en situation est de rendre la personne autonome dans son loisir, qu'elle s'amuse mais également qu'elle puisse réutiliser tout ce qu'elle a pu apprendre ou mettre en place lors de ses séances. En effet, les clients étaient d'accord avec ce propos. Lors des entretiens, les trois clients m'ont affirmé qu'ils mettaient en place aujourd'hui des conseils et des stratégies dans les activités qu'ils avaient mises en place lors de l'accompagnement, notamment lorsqu'ils reprenaient un loisir. A travers tous les échanges clients, nous observons qu'ils sont très attachés aux conseils des professionnels. C3 nous dit que lorsqu'elle était en difficulté dans une occupation, elle réfléchissait à une solution mais en parlait également le lendemain à l'ergothérapeute pour recueillir son avis. Suite à tous ces éléments, nous pouvons donc déduire que les ergothérapeutes habilite la personne à l'occupation.

Durant la prise en charge et à la demande de la personne déficiente visuelle, il est possible que les ergothérapeutes fassent intervenir un proche, une personne qui est importante pour eux. Selon eux, cela renforce le travail réalisé en séance et la personne prendrait plus d'initiatives à l'extérieur du centre. Pour les clients (C1, C2 et C3), faire intervenir l'entourage est très important car ils peuvent mal le vivre et réagir de manière maladroit envers le client lors d'une occupation du quotidien. De plus, les ergothérapeutes affirment que l'intervention de l'entourage n'est pas systématique malheureusement car elle permettrait une prise de conscience des possibilités de la personne déficiente visuelle. Pour les ergothérapeutes (E5 et E6) qui ne font pas intervenir une personne de l'entourage constamment, ils se rendent compte qu'il serait peut-être intéressant de le faire plus souvent. L'entourage aurait une grande place auprès de la personne mais également dans la prise en charge. L'intervention de l'entourage correspond à une phase importante dans l'accompagnement.

Tous les clients ont été interrogés quelques temps après leur prise en charge. A leur retour au domicile, ils ont été de nouveau confrontés à des occupations difficiles mais d'après leur explication, ils ont pu analyser la situation, trouver une solution adaptée à la difficulté et poursuivre la réalisation de l'occupation. Ils auraient donc réalisé un transfert d'acquis.

Cependant, certains ergothérapeutes ont été confrontés à des difficultés lors des mises en situations. Selon eux, plusieurs critères rentraient en jeu. En premier, nous avons le deuil du passé et l'acceptation de la déficience. Ils nous expliquent qu'après un traumatisme, tout change, et il est difficile pour les personnes de constater un changement du quotidien radicalement et ne plus pouvoir réaliser tout ce qu'ils souhaitent, de la manière dont ils le souhaitent. Nous avons également eu ce retour par les trois clients interrogés. Juste après le traumatisme, il était trop dur pour eux de se retrouver confrontés

à la réalité. C'est également une des raisons pour lesquelles ils n'ont pas été pris en charge directement par des professionnels de santé.

De plus, lors de l'entretien, les clients m'ont également parlé de la motivation. Il était difficile pour les clients de s'investir totalement dans une prise en charge ou même dans une occupation loisir car la motivation leur manquait. Voici une deuxième difficulté que l'ergothérapeute pouvait rencontrer lors des séances. La disposition psychologique de la personne était encore trop fragile pour pouvoir accepter la survenue de la déficience. Ces difficultés empêchent la réalisation de la mise en situation car celle-ci doit suivre une méthode précise afin de consolider les apprentissages sans brusquer le client. La méthode de mise en situation dans l'occupation suit des étapes toutes importantes afin d'arriver au but.

Les données expliquées précédemment apporteront une réponse aux trois objectifs de l'enquête. Comme nous l'avons vu, peu de personnes sont formées à l'approche CO-OP ; cependant les éléments qui la composent sont tout de même utilisés. En effet, nous remarquons les points positifs des mises en situations, tous les apprentissages transmis aux clients à l'aide de cette manière de réaliser les mises en situation.

## IV. Discussion

L'analyse des résultats met en évidence l'importance de la mise en situation dans la prise en charge de la personne déficiente visuelle, elle aurait donc une place essentielle. C'est également ce dont Guilhard (2007) affirme dans ses recherches. En effet, ces mises en situations suivraient un processus précis facilitant leurs réalisations et amenant à la réussite de l'occupation. Elles sont donc spécifiques à l'occupation mais dépendent également de la personne déficiente visuelle car chaque personne est différente. La méthode de mise en situation doit donc pouvoir s'adapter à chacune d'entre elles et prendre en compte la personne dans sa globalité. Plusieurs éléments influent la mise en situation ; en leur absence, il est difficile de réaliser une mise en situation structurée amenant la réussite dans la réalisation de l'occupation.

En premier, le choix des occupations loisirs significatives pour la personne, c'est la caractéristique essentielle, qui montre une prise en charge centrée sur le client et l'occupation c'est-à-dire l'utilisation d'une méthode top-down. Pour l'association Suisse des ergothérapeutes (2021), cette méthode constituerait la base de travail des ergothérapeutes. Afin de choisir les occupations et d'utiliser la méthode top-down, plusieurs évaluations sont ressorties : l'entretien, la MCRO et le journal des activités quotidienne. Cependant, ce ne sont pas les seules évaluations permettant de connaître les occupations significatives de la personne. En plus de celles citées, les ergothérapeutes peuvent également utiliser le

pediatric activity card soft et l'échelle de la qualité de l'exécution qui font parties de l'approche CO-OP comme nous le démontre Polatajko et Mandich (2017) dans l'explication des différentes étapes de CO-OP. Ces évaluations permettent au client de s'investir pleinement dans sa prise en charge et donc dans sa mise en situation. Elles définissent les critères qui sont indispensables dans la réalisation de l'occupation pour la personne. Ainsi, les ergothérapeutes interrogés utilisent non seulement des évaluations diverses pour leur prise en charge mais également celles composant l'approche CO-OP. Ce constat est aussi présent dans la littérature relative à la mise en place du suivi ergothérapeutique avec les personnes déficientes visuelles.

Puis, avec les données expérimentales, nous remarquons que les critères de réalisation de l'occupation sont différents en fonction des clients. Et ce sont aussi ces critères qui peuvent influencer la satisfaction de la personne dans son loisir. Pour certains, la performance et le rendement sont des éléments qui peuvent avoir leur importance mais pas pour tous (Polatajko & Mandich, 2017). De plus, en fonction des personnes, la motivation du client ne sera pas identique ; or la motivation a un fort impact sur la réussite de la reprise du loisir. Comme l'explique Vianin (2007), lorsque le client est motivé, il se donne les moyens de réussir. Ainsi les envies, les goûts et la motivation étant propres à chacun, les mises en situation seront réalisées de différentes manière et à des moments différents durant la prise en charge. Elles seront personnalisées, adaptées à la personne et au plan d'intervention prévu pour assouvir les critères de satisfaction et ainsi amener ce sentiment de satisfaction.

La présence de motivation, d'envie pousse le client à s'engager dans sa prise en charge. Il a tendance à vouloir réaliser les mises en situation seul afin de trouver des solutions par lui-même. C'est également ce que l'ergothérapeute recherche à faire d'après l'analyse des résultats expérimentaux et des recherches théoriques à travers la rééducation et la réadaptation du client (Lucas, Pourkat, & Dupeyron, 1994). Il le pousse à réfléchir sur ce qui se passe lors de la réalisation de son loisir et place le client acteur de sa prise en charge. Lorsque la personne déficiente visuelle demande à faire seul, l'ergothérapeute a pour rôle de le rassurer et intervient peu. C'est à ce moment-là qu'il peut s'apercevoir si le client prend en compte tout ce qui a pu être dit en amont. De plus, si la personne se sent capable et prête à réaliser seul le loisir, c'est un pas de plus vers la reprise du loisir et de la présence du sentiment de satisfaction. D'après Seene (2009), le client est confronté aux habiletés qu'il possède, qu'il sous utilise et qu'il doit développer pour réussir l'activité, le client arrive donc à identifier son potentiel et ses difficultés. Lorsque nous discutons avec les personnes déficientes visuelles, elles n'ont pas eu recours à des mises en situation à chaque fois, or pour elle c'est une phase qui semble primordiale pour reprendre le loisir.

Tous les éléments précédemment expliqués sont des caractéristiques de l'approche CO-OP. C'est-à-dire que plusieurs évaluations sont spécifiques à cette approche et facilitent le bon déroulé de la

mise en situation. Les différentes étapes expliquées lors des entretiens par les ergothérapeutes et même les clients sont répertoriés dans cette même approche. Ces données sont également ressorties dans l'étude de Polatajko et Mandich (2017). Grâce aux témoignages recueillis des ergothérapeutes et des clients déficients visuels acquis relatifs à la reprise d'une occupation loisir satisfaisante à l'aide de l'approche CO-OP, nous pouvons déjà avoir une réponse à notre hypothèse. Celle-ci sera explicitée dans la conclusion.

## V. Limites et intérêts de l'étude

Plusieurs limites peuvent être identifiées au cours de ce travail de recherche. La première concerne le démarchage des clients pour répondre à l'enquête. Il a été très difficile de contacter des personnes devenues déficientes visuelles des suites d'un traumatisme. Au départ je souhaitais interroger les clients pris en charge par les ergothérapeutes que j'avais interviewés. Cependant, la survenue étant brutale, le côté psychologique a été fortement impacté, soit le traumatisme était trop récent, soit les personnes n'avaient plus de contact avec les ergothérapeutes car leur prise en charge était terminée. Peu de personnes ont accepté d'échanger avec moi sur leur histoire (*Annexe n°7*). Généralement, ils vivaient avec leurs déficiences depuis une dizaine d'années, bien qu'au téléphone, ils affirment que ce n'était pas encore évident pour eux d'en discuter. Assez tardivement, j'ai posté un message sur les réseaux sociaux, dans un groupe dédié aux personnes déficientes visuelles. Après avoir sélectionné les personnes ayant répondu à mon message par rapport à mes critères, j'ai pu avoir trois témoignages. Peut-être aurais-je pu en avoir plus si mon message avait été posté plus tôt.

Toujours concernant le démarchage pour l'enquête, les résultats correspondent uniquement à un échantillon non représentatif des ergothérapeutes travaillant en basse-vision en France (*Annexe n°6*). Malgré l'utilisation de certaines caractéristiques de l'approche CO-OP dans les mises en situations organisées par les ergothérapeutes, nous ne pouvons pas généraliser les propos. De plus, aucun écrit de la littérature met en lien l'approche CO-OP et la prise en charge des personnes devenues déficientes visuelles suite à un traumatisme. Cette étude montre donc l'intérêt pour les professionnels de s'informer sur cette approche. La méthode de réalisation des mises en situation se rapprocherait étroitement de leur manière de pratiquer pour accompagner des personnes dans le but d'une reprise de loisir.

Ensuite, l'utilisation d'une méthode qualitative pour recueillir les témoignages des ergothérapeutes et des clients peut amener des limites. Étant un entretien dit « semi-directif » l'interprétation des questions est subjective et les réponses sont très variées. C'était le cas pour plusieurs questions, où les réponses apportées, n'étaient pas celles attendues. Par exemple dans le questionnaire

réservé aux personnes déficientes visuelles, quand nous leur demandions leurs attentes et leur ressenti dans la réalisation du loisir, ils n'ont pas su bien l'exprimer. Ils associaient leur réponse à ce qui leur plaisait dans le loisir et non ce qu'ils ressentaient. Leurs réponses correspondaient à une autre question. Malgré une reformulation, la question n'était toujours pas bien comprise, peut-être aurai-je dû l'explicitier avec d'autres termes pour orienter la réponse ?

Malgré les limites rencontrées, cette recherche a permis de montrer l'importance de prendre en compte la satisfaction de la personne dans ses occupations. Lorsque la déficience visuelle arrive, la personne n'est plus capable de faire comme avant mais est-ce vraiment ce qu'elle recherche ? La raison pour laquelle le client réalise l'occupation n'est-elle pas liée à l'importance qu'a l'occupation pour lui et au sentiment de satisfaction que cela lui amène ? Plusieurs fois, les ergothérapeutes interrogés ont fait part de difficultés dans la prise en charge des personnes déficientes visuelles dans certaines mises en situation dans l'occupation, mais ce n'était pas dans des occupations choisies par le client. Elles n'y voyaient donc aucun intérêt dans leur quotidien. Cette réflexion a été retrouvée dans les entretiens de certains clients où ils avaient réalisé des activités imposées par le professionnel. Le retour exprimé sur les apprentissages durant cette mise en situation était négatif. Ainsi, imposer une occupation sans prendre en compte l'intérêt de la personne déficiente visuelle peut entraver la prise en charge et la relation thérapeute/client.

## VI. Perspectives pour la suite du travail

Pour la suite de ce travail de recherche, il serait intéressant d'interroger un plus grand nombre de professionnels mais également de clients et ainsi avoir une vision plus large de la méthode CO-OP auprès de cette population.

L'enquête fait ressortir les différentes étapes de l'approche CO-OP qui paraissent importantes à réaliser au fur et à mesure pour résoudre les difficultés. Le client avance à son rythme jusqu'à l'atteinte de son objectif final. La mise en situation est dite alors structurée ne laissant pas de moyens de s'éparpiller. Par ailleurs, le client et son entourage ayant une place essentielle dans la réussite de l'accompagnement, il serait pertinent d'interroger plus de clients mais également plus des personnes de son entourage afin d'obtenir leur ressentis et de montrer l'impact de leur intervention. De plus, la recherche étant limitée sur la prise en charge des personnes à partir de 15 ans, il serait intéressant de prendre en compte les personnes devenues déficientes visuelles suite à un traumatisme, plus jeunes. Cette nouvelle enquête définirait davantage la méthode CO-OP et plus particulièrement la manière dont cette approche pourrait être réalisable auprès de personnes plus jeunes.

De plus, les entretiens montrent qu'à la fin de la prise en charge, parfois les personnes déficientes visuelles souhaitent reprendre une occupation loisir non évoquée lors de leur rééducation. Elles demandent alors de l'aide à d'autres professionnels paramédicaux ou bien à des personnes spécialisées dans le loisir souhaité. Il pourrait être intéressant de détailler le déroulement de la reprise de loisir, d'identifier les étapes suivies et de les comparer avec celles de l'approche CO-OP. Ainsi, la comparaison déterminerait si l'utilisation de l'approche facilite la reprise ou non d'un loisir. Nous pourrions également examiner si la satisfaction de la personne est prise en compte dans sa reprise du loisir lorsque la prise en charge est faite par un autre professionnel que l'ergothérapeute.

Toutes les personnes interrogées travaillent avec des personnes déficientes visuelles au sein d'un centre de rééducation. Cependant nous avons constaté qu'il était difficile parfois pour certains professionnels de réaliser des mises en situation écologiques par manque de moyens. Or, selon (Guilhard, 2007) « Envisager l'homme en dehors de tout lien avec son contexte de vie lors des accompagnements ergothérapeutiques serait une pure bêtise » et cela rendrait l'intervention moins efficace. Il pourrait donc être intéressant d'interroger des ergothérapeutes agissant directement sur l'environnement de la personne déficiente visuelle afin de connaître de quelle manière ils procèdent pour une reprise de loisir significative.

## VII. Conclusion

« *L'occupation humaine est considérée comme un tout, incluant l'interaction entre les activités, les individus et les contextes* » (Kühne & Tétreault, 2017). Le loisir a un grand impact psychologique, social et même environnemental sur le quotidien d'une personne. Il permet le maintien d'un équilibre psychologique et occupationnel. Toutefois, si la personne ne peut plus réaliser des occupations du quotidien, « *l'équilibre occupationnel peut s'avérer difficile à atteindre ou à maintenir* » (Kühne & Tétreault, 2017). La personne réalise un loisir lui procurant du plaisir, de la satisfaction. En perdant la vue, elle perd tous ses repères et également ce sentiment de jouissance et d'envie de reprendre le loisir.

De plus, le suivi des personnes devenues déficientes visuelles suite à un traumatisme est peu développé dans des articles ou des conférences, au profit de ceux d'enfants ou même de personnes âgées, avec des pathologies évolutives. Or devoir changer d'habitudes du jour au lendemain n'est pas une situation facile ; par conséquent, il m'est paru important de me renseigner sur la manière d'accompagner ces personnes afin qu'elles retrouvent de la satisfaction dans leur loisir.

L'ergothérapeute va inciter la personne à améliorer ses habiletés, notamment par une étape essentielle de mises en situation. Le loisir est alors testé en respectant toutes les règles de sécurité. La présence du professionnel rassure, facilite le réapprentissage et l'intervention si besoin. Durant l'occupation, ensemble, ils échangent, trouvent des solutions et lèvent les doutes progressivement en utilisant l'approche CO-OP. « *Le pilier de l'approche CO-OP est la reconnaissance du fait de la réussite dans la participation aux occupations de la vie quotidienne qui s'avère essentielle* » (Polatajko & Mandich, 2017). Les étapes définies de l'approche sont personnalisées, prennent en compte les envies du client et favoriseraient un loisir satisfaisant.

Les résultats de cette enquête apportent des réponses à notre hypothèse. Pour rappel l'hypothèse est **qu'en utilisant l'approche CO-OP, mise en œuvre par l'ergothérapeute, la personne déficiente visuelle des suites d'un traumatisme prendra conscience de ses habiletés multi sensorielles et pourra regagner de la satisfaction lors de ses occupations loisirs**. Nous avons pu constater que l'approche CO-OP, peu connue des ergothérapeutes, est tout de même utilisée et permettrait de réaliser des mises en situations spécifiques et efficaces. L'étude montre également qu'elle favoriserait la reprise du loisir, la prise de conscience des habiletés multi-sensorielles et le sentiment de satisfaction. Cependant, l'hypothèse apparaît validée partiellement car toutes les caractéristiques de cette approche ne sont pas systématiquement mises en place.

Initialement créée pour accompagner les enfants, l'approche CO-OP est également utilisée auprès d'adultes devenus déficients visuels. Ainsi, cette approche pourrait-elle être étendue à l'accompagnement de tous les publics ?

## Bibliographie

- ANFE. (2018, Décembre - Mai 06 - 18). *L'approche CO-OP : l'orientation cognitive au rendement occupationnel quotidien*. Récupéré sur Union professionnelle des ergothérapeutes belges francophones & germaniques: [https://www.ergo-  
upe.be/?q=node/454](https://www.ergo-<br/>upe.be/?q=node/454)
- ASE. (2021). *Occupation*. Récupéré sur Association Suisse des Ergothérapeutes: <https://www.ergotherapie.ch/index-fr.php?frameset=604&pagenum=5>
- Association Nationale Française des ergothérapeutes. (2020). *La profession d'ergothérapeute*. Récupéré sur <https://anfe.fr/la-profession/>
- Association Suisse des ergothérapeutes . (2021). *Habilités*. Récupéré sur ASE: <https://www.ergotherapie.ch/page-daccueil/>
- Bail, D. L., Roig, D. G., & Meyniel, D. (2015, Mai ). *Prise en charge multidisciplinaire du handicap visuel et de la basse vision : livre blanc. A la découverte du monde de la déficience visuelle*.
- Benjamin, A., & Perreault, S. (2013, Juillet 03). *L'expérience de loisir en milieu aquatique* . Récupéré sur *Loisir et société - Volume 25* : <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07053436.2002.10707581>
- Bodaghi, P., Corbé, C., Dupreyron, G., Gerin-Roig, F., Bail, B. L., & Sahel, J.-A. (2017). *Déficiences visuelles* . Issy-les-moulineaux: Elsevier Masson .
- Boursier, C. (2006). *Vie sportive et loisirs* . Dans J. Kristeva, *Handicap : le temps des engagements : premiers états généraux* (pp. 215-245). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France .
- Burtin, E., Seyler, A.-L., & Cyrot, G. (2013). *Acuité visuelle et réfraction*. Dans M.-F. Clenet, & C. Hervault, *GUide de l'orthoptie* (pp. 82-88). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Caire, J.-M., & Rouault, L. (2017). *Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels* . Dans M.-C. Morel-Bracq, *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (pp. 85-96). Paris: De Boeck Supérieur .
- CAOT - ASE . (2008). *Les occupations et la santé* . *Actualité ergothérapeutiques - volume 11.1*, 24-26.
- Cécité et déficience visuelle*. (2018, Octobre 11). Récupéré sur Organisation Mondiale de la Santé: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual->



- Joulain, M., Alaphilippe, D., N.Bailly, & Hervé, C. (2010, Juin). Vieillesse, bien-être et dépression : le rôle des activités et des loisirs. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, pp. 106-110.
- Kovarski, C. (2007). *La malvoyance chez les adultes: la comprendre, la vivre mieux*. Paris: Vuibert.
- Kühne, N., & Tétreault, S. (2017). Equilibre occupationnel et ergothérapie : quels sont les enjeux rencontrés et les stratégies utilisées par les ergothérapeutes et les étudiant-e-s ? *Les sciences de l'occupation : au coeur du quotidien et de la santé. Actes du colloque* (pp. 15-18). Lausanne: Eesp.
- Kuhne, N., & Ducret, C. (2000). *L'aménagement de foyers pour personnes âgées malvoyantes*. Eesp.
- Lannegrand-Willems, L. (2012, Mars ). Le développement de l'identité à l'adolescence : quels apports des domaines vocationnels et professionnels ? *Enfance*, pp. 313-327.
- LEFEVRE, G., & VAUVILL-CHAGNARD, B. (2016). Ergothérapie et vision: un regard sur la vie quotidienne . *Contraste : enfance et handicap (n°43, 01/2016)*, 177-200.
- Lionnet, A.-H., GUilloteau, N., & Tournier, Y. (2003). Le toucher, un sens à développer . *ErgOthérapies 11*, 11-16.
- Lucas, X.-M., & Jeanjean, L. (2017). Le bilan 13/30. Dans *Expérience en ergothérapie : trentième série* (pp. 422-431). Montpellier.
- Lucas, X.-M., Pourkat, C., & Dupeyron, G. (1994). L'ergothérapie face à la déficience visuelle . Dans M.-H. Izard, M. Moulin, & R. Nespoulous, *Expérience en ergothérapie : rencontre en rééducation n°9* (pp. 102-109). Montpellier : Masson .
- Marchalot, I. (2016, Juillet ). Stratégie d'intervention en ergothérapie et rendement occupationnel . *Revue française de l'ergothérapie : ergOthérapies N°62*, pp. 19-24.
- Martini, R., & Techene, S. (2018). Comment l'approche CO-OP met-elle l'accent sur l'occupation ? En quoi cette vision de l'ergothérapie est-elle nécessaire pour la pratique en France ? . Dans J.-M. Caire, & S. Arnaud, *Engagement, occupation et santé : une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte* (p. 157 à 166). Paris: ANF
- McDermott, A. (2011, 04 06). *Activity Card Sort*. Récupéré sur Strokengine: <https://strokengine.ca/fr/assessments/acs/>
- Meyer, S. (2013). Chapitre 9. L'énergie du "faire" : la motivation, la volition, l'engagement. Dans *De l'activité à la participation* (p. 144). De Boeck Supérieur.

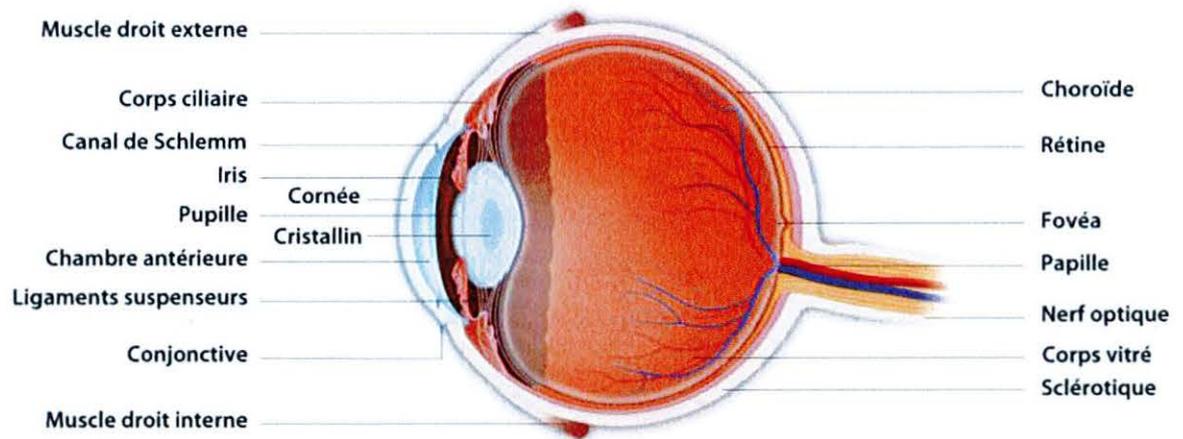
- Meyer, S. (2020, Avril 7). *L'occupation en thérapie et la thérapie comme occupation*.  
Récupéré sur Association Nationale Française des ergothérapeutes:  
[https://revue.anfe.fr/2020/05/22/l'occupation-en-therapie-et-la-therapie-comme-occupation/?fbclid=IwAR2rWmAfpeMK8IT48OPVKAhPBdM0jUN8pDMYx\\_74z10D2XhA15ZvNn3ejw](https://revue.anfe.fr/2020/05/22/l'occupation-en-therapie-et-la-therapie-comme-occupation/?fbclid=IwAR2rWmAfpeMK8IT48OPVKAhPBdM0jUN8pDMYx_74z10D2XhA15ZvNn3ejw)
- Ministère des Solidarités et de la Santé . (2012, Mars 08). *Ergothérapeute* . Récupéré sur  
<https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/ergotherapeute#:~:text=L'ergoth%C3%A9rapeute%20prend%20en%20charge,se%20d%C3%A9placer%20et%20de%20communiquer.>
- Organisation Mondiale de la Santé . (2021, Février 26). *Cécité et déficience visuelle* .  
Récupéré sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>
- Organisation mondiale de la santé. (2021, Avril 10). *Organisation Mondiale de la Santé*.  
Récupéré sur Définition et classification des traumatismes:  
<https://www.educasante.org/connaissances/epidemiologie/definition-et-classification-des-traumatismes/>
- Paquot, T. (2015). Loisir et loisirs . *Hermès, La Revue*, 182-188
- Polatajko, H. J., & Mandich, A. (2017). *Habiliter les enfants à l'occupation : L'approche CO-OP - Guider l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien* . Ottawa: ACE - CAOT.
- Polatajko, H. J., & Mandich, A. (2017). *Habiliter les enfants à l'occupation : l'approche CO-OP. Guider l'enfant dans la découverte de stratégies cognitives pour améliorer son rendement occupationnel au quotidien* . Ottawa: Noémi Cantin .
- Renard, G. (2013). Anatomie fonctionnelle de l'oeil : des milieux transparents à la rétine .  
Dans M.-F. Clenet, & C. Hervault, *Guide de l'orthoptie* (p. 10). Elsevier Masson .
- Ricroch, L. (2011, Novembre). Les moments agréables de la vie quotidienne . *INSEE PREMIERE*.
- Ross, J. (2007). *Occupational Therapy and Vocational Rehabilitation* . John Wiley & Sons .
- Seene, M. (2009 ). *L'évaluation écologique. Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités* .
- Tétreault, S., & Guillez, P. (2014 ). *Guide pratique de recherche en réadaptation* . De Boeck .
- Townsend, E., & Polatajko, H. (2013). *Habiliter à l'occupation, faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* . Ottawa: CAOT Publication, ACE.

- Van Campenhoudt, L., & Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Dunod.
- Vianin, P. (2007). Chapitre 2. Les définitions de la motivation. Dans P. Vianin, *La motivation scolaire* (pp. 23-25). De Boeck Supérieur.
- Vigna-Clermont, C. (2013). Appareil de transmission : nerf optique, chiasma et voies visuelles rétro chiasmatisques . Dans M.-F. Clenet, & C. Hervault, *Guide de l'orthoptie* (pp. 12-17). Elsevier Masson .
- Yelnik, A. (2011). *Réadaptation ou réhabilitation, du bon usage des mots en MPR*. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine.

## Annexes

<b>Annexe n°1 : Les différentes parties de l'œil .....</b>	<b>II</b>
<b>Annexe n°2 : Les aires visuelles associatives .....</b>	<b>III</b>
<b>Annexe n°3 : Lien achat des bilans .....</b>	<b>IV</b>
<b>Annexe n°4 : Schéma des caractéristiques clé de l'approche CO-OP.....</b>	<b>V</b>
<b>Annexe n°5 : Les caractéristiques clés de l'approche CO-OP appuyant les 4 objectifs de l'approche .....</b>	<b>VI</b>
<b>Annexe n°6 : Échantillon des ergothérapeutes pour l'enquête.....</b>	<b>VII</b>
<b>Annexe n°7 : Échantillon des clients déficients visuels acquis .....</b>	<b>VIII</b>
<b>Annexe n°8 : Grille d'entretien destinée aux ergothérapeutes.....</b>	<b>IX</b>
<b>Annexe n°9 : Grille d'entretien destinées aux personnes déficientes visuelles .....</b>	<b>XI</b>
<b>Annexe n°10 : Retranscription d'un entretien avec l'ergothérapeute.....</b>	<b>XIII</b>
<b>Annexe n°11 : Retranscription d'un des entretiens avec un client.....</b>	<b>XXII</b>

## Annexe n°1 : Les différentes parties de l'œil



*Coupe sagittale de l'œil (Couteix & Sion, 2018)*

## Annexe n°2 : Les aires visuelles associatives

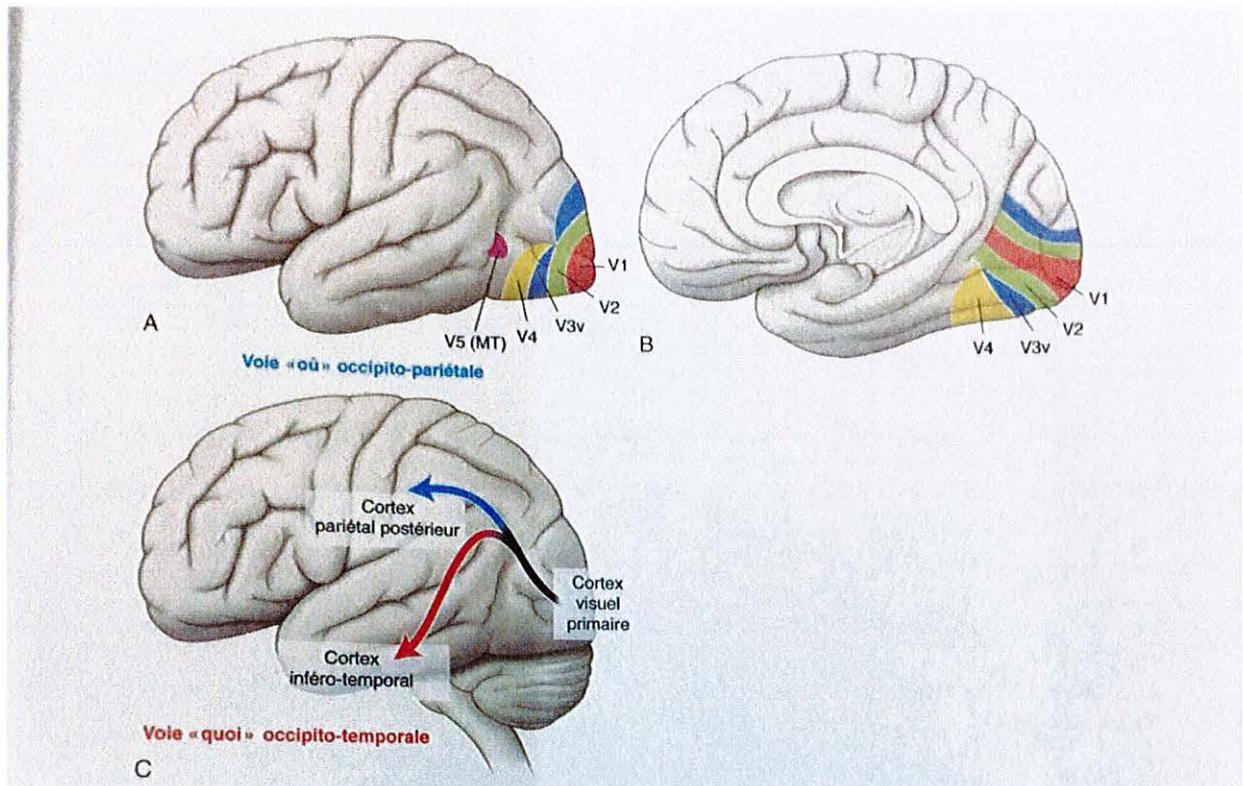


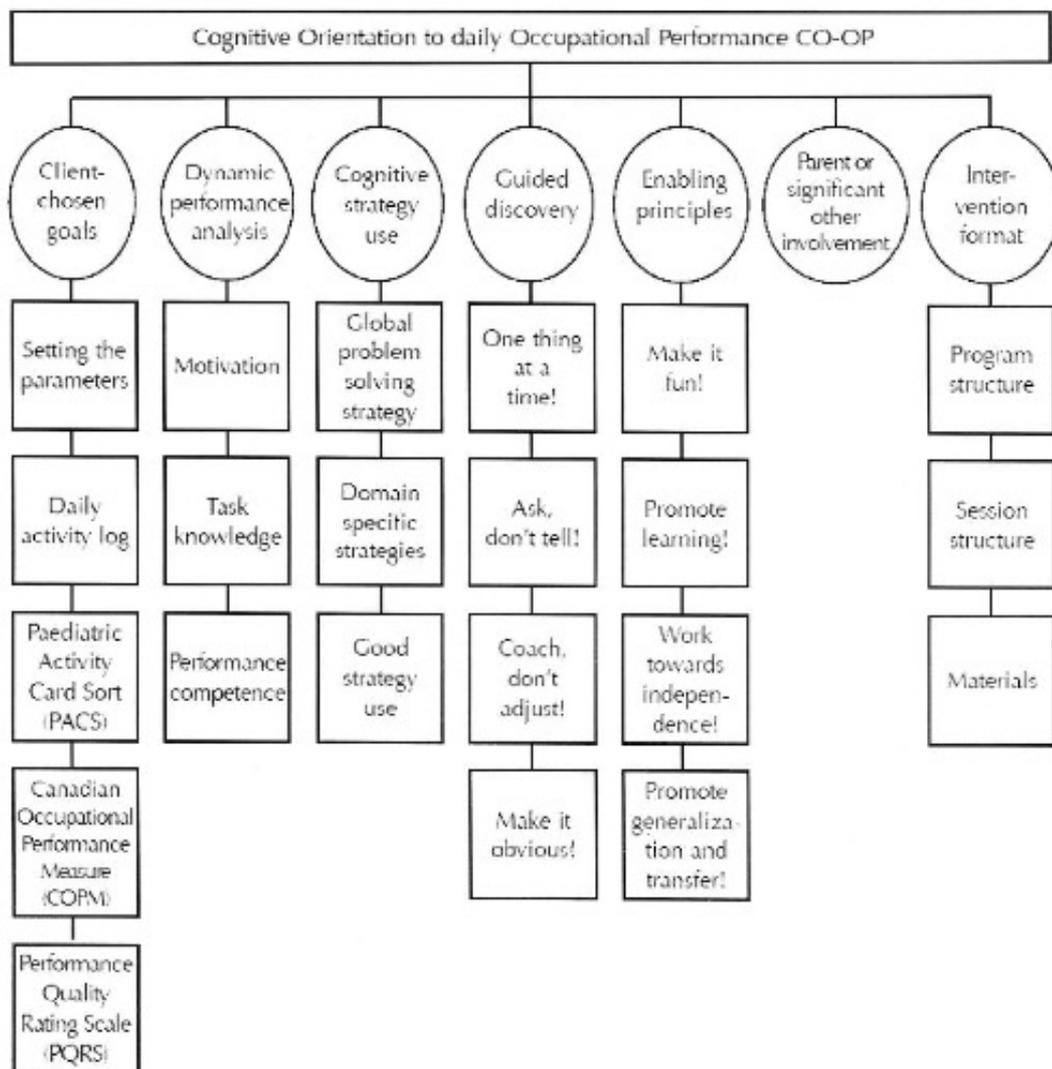
Schéma des aires visuelles associatives (Vigna-Clermont, 2013)

### Annexe n°3 : Lien achat des bilans

Possibilité d'acheter la MCRO ici : <https://www.ergo-upe.be/?q=node/231> ou sur le site anglais COPM :  
<https://www.thecopm.ca/buy/>

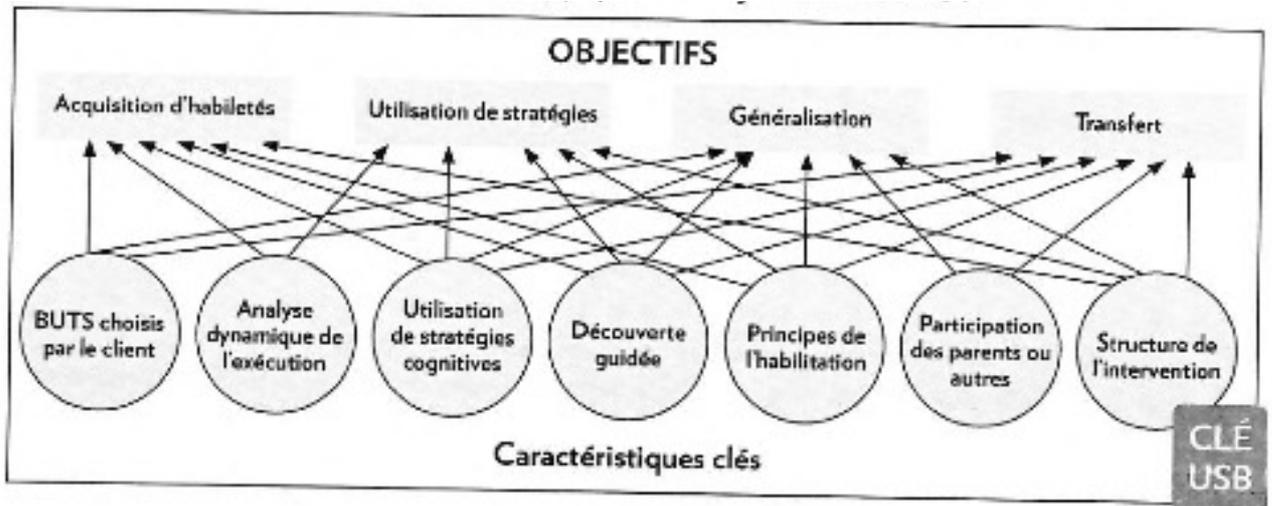
Possibilité d'acheter le Paediatric Activity Card Sort (PACS) sur l'ANFE :  
<https://anfe.fr/product/paediatric-activity-card-sort-pacs/>

## Annexe n°4 : Schéma des caractéristiques clé de l'approche CO-OP



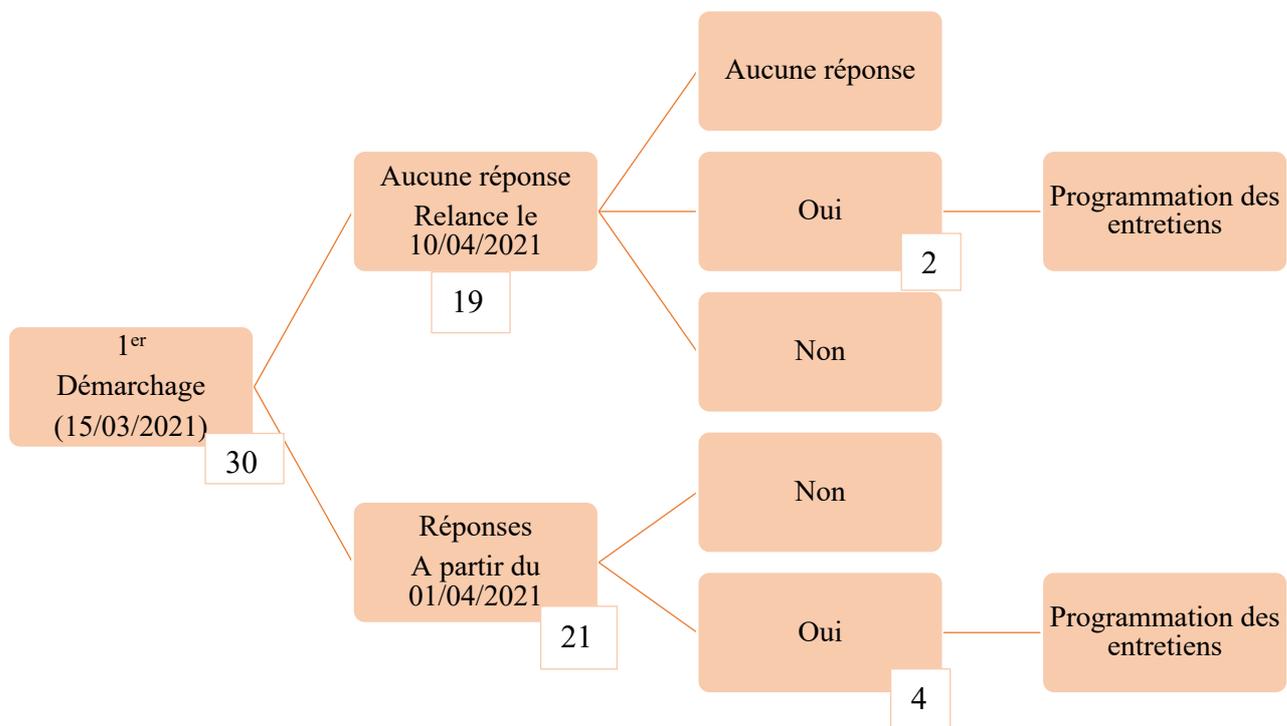
*Schéma résumant les caractéristiques clés tiré du livre CO-OP en anglais (Dawson, McEwen, & Polatajko, 2017)*

Annexe n°5 : Les caractéristiques clés de l'approche CO-OP appuyant les 4 objectifs de l'approche

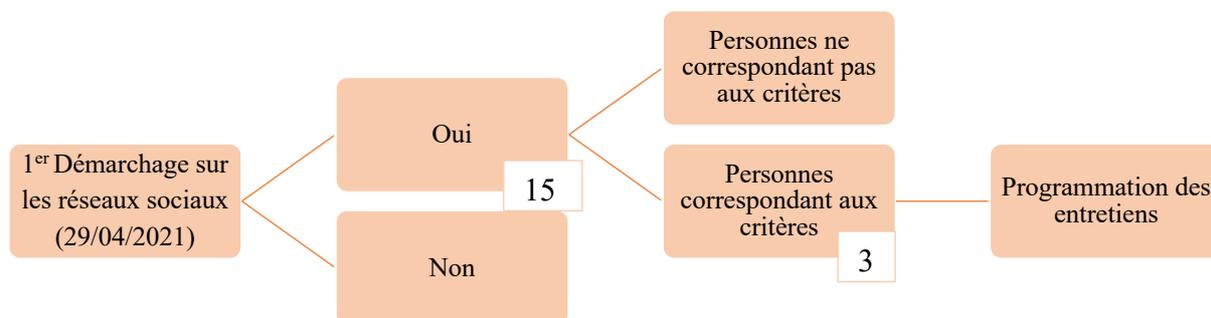


*Schéma des caractéristiques clés de CO-OP reliés aux objectifs qu'il fait travailler (Polatajko & Mandich, 2017)*

## Annexe n°6 : Échantillon des ergothérapeutes pour l'enquête



## Annexe n°7 : Échantillon des clients déficients visuels acquis



## Annexe n°8 : Grille d'entretien destinée aux ergothérapeutes

Thématique	Objectifs	Critères d'évaluations	Questions	Relance
<b>Généralités : identité professionnelle</b>			<p>Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?</p> <p>Dans votre pratique, avez-vous déjà rencontré des personnes devenues déficientes visuelles à la suite d'un traumatisme ?</p> <p>Avez-vous déjà pris en charge des personnes devenues déficientes visuelles à la suite d'un traumatisme et qui avaient une problématique des loisirs ?</p>	<p>En quelle année avez-vous obtenu le diplôme ? Dans quelle structure exercez-vous actuellement ? Depuis combien de temps ? Avez-vous réalisé des formations depuis l'obtention de votre diplôme ?</p> <p>Avez-vous pris en charge des personnes devenues déficientes visuelles suite à un traumatisme ? Avaient-elles une problématique des loisirs ?</p>
<b>La manière de prendre en charge les personnes déficientes visuelles ayant une problématique des loisirs.</b>	Identifier si les ergothérapeutes utilisent une approche CO-OP dans la prise en charge d'une personne déficiente visuelle des suites d'un traumatisme	<p>Approche Top-down</p> <p>Identifier un ou plusieurs principes de l'approche CO-OP</p>	<p>Pouvez-vous m'expliquer votre pratique auprès des personnes déficientes visuelles ?</p> <p>Pouvez-vous m'expliquer le déroulement d'une prise en charge avec ces personnes ? De leur arrivée à leur retour au domicile.</p> <p>Utilisez-vous des mises en situation dans les prises en charge des personnes déficientes visuelles ?</p>	<p>Quel est la tranche d'âge des personnes prises en charge ? Quelles sont les causes de la déficience visuelle ? Avez-vous été confronté à la problématique des loisirs ? Combien de temps dure la prise en charge ?</p> <p>De quelle manière réalisez-vous les évaluations ? De quelle manière définissez-vous les objectifs ?</p>
<b>L'utilisation de l'approche CO-OP</b>	Décrire l'impact de l'approche CO-OP dans la prise de conscience de la personne sur ces habiletés multi-sensorielles	<p>Identification par des éléments obstacles et échec à la réalisation de l'occupation</p> <p>Mise en place par la personne de</p>	Pensez-vous que vos mises en situations ont un impact important auprès des personnes déficientes visuelles ?	<p>Quel est le but des mises en situations que vous mettez en place ? Pensez-vous qu'elles apportent des éléments supplémentaires à la personne déficiente visuelle ?</p>

		stratégies en s'appuyant ses habiletés afin de réaliser l'occupation	Pouvez-vous m'expliquer la manière dont ils réalisent leur activité ?	
<b>L'impact de l'approche CO-OP sur la réalisation des loisirs par la personne déficiente visuelle</b>	Analyser l'influence de l'approche CO-OP proposée par l'ergothérapeute sur la satisfaction de la personne déficiente visuelle des suites d'un traumatisme lorsqu'elle réalise ces occupations loisirs	Retours sur le ressenti de la personne déficiente visuelle lors de la réalisation du loisir  Description des manifestations non verbales du faciès de la personne après la réalisation de l'occupation.  Énonciation du souhait de la personne à reprendre l'occupation loisir.	La mise en situation permet-elle à la personne de prendre conscience de ces habiletés ?  (Définition de habiletés = une aptitude développée par l'expérience, qui permet l'action effective).  Pensez-vous que la mise en situation que vous mettez en place redonne envie à la personne de reprendre des occupations loisirs ?  La mise en situation redonne-t-elle plaisir dans la réalisation de l'occupation à la personne ?	Lorsque la personne réalise l'occupation, remarquez-vous qu'elle utilise toutes ses possibilités ? Pensez-vous qu'elle identifie de quoi elle est capable, quelles sont ces limites ? s Pensez-vous que sans être mise en situation, la personne se sentirait capable de reprendre l'occupation ?  Est-ce que les mises en situation redonnent goût et plaisir à la personne dans sa réalisation ?
<b>Autres : Connaissance de l'approche CO-OP par l'ergothérapeute</b>		Mise en commun des principes de l'approche et de ceux utilisés par l'ergothérapeute	Connaissez-vous l'approche CO-OP ?  (C'est une approche d'intervention orientée sur l'occupation. Le thérapeute guide les personnes à travers un processus de résolution de problèmes qui les mène à découvrir et à appliquer des stratégies cognitives pour effectuer les tâches de la vie quotidienne.)  Après mon explication, pensez-vous que l'approche CO-OP correspondrait à la prise en charge que vous mettez en place lors des mises en situations avec les personnes déficiente visuelle ?  Souhaitez-vous ajouter des éléments ?	Utilisez-vous une approche top-down pour réaliser les mises en situations ?  (Top down = approche descendante, c'est-à-dire qu'elle vise à améliorer les performances dans les occupations. On intervient donc directement sur les occupations qui posent soucis plutôt que sur les incapacités qui impact cette occupation)  Avez-vous déjà entendu parler de l'approche CO-OP ? D'après ce que vous m'avez dit précédemment, pensez-vous que votre manière de prendre en charge les personnes est proche de cette approche ?

## Annexe n°9 : Grille d'entretien destinées aux personnes déficientes visuelles

Thématiques	Objectifs	Critères d'évaluation	Questions	Relance
<b>Généralités : identité de la personne déficiente visuelle</b>			Pouvez-vous vous présenter ?	Age, atteinte ophtalmologique. En quelle année avez-vous eu cette déficience visuelle ?
<b>L'impact dans les occupations</b>		<p>La déficience visuelle a un fort impact sur les occupations loisirs :</p> <p>Perte de satisfaction</p> <p>Difficulté dans la réalisation du loisir</p> <p>Arrêt/ Abandon du loisir</p>	<p>Pour vous, comment définiriez-vous une occupation loisir ?</p> <p>Quelles sont vos attentes lorsque vous réalisez vos loisirs ?</p> <p>La déficience visuelle a-t-elle provoqué des changements sur vos loisirs ? Si c'est le cas, quel ont été ces changements ?</p>	<p>Pour vous, qu'est qu'un loisir ?</p> <p>Qu'est-ce que les loisirs vous apportent au quotidien ?</p> <p>Que voulez-vous ressentir lorsque vous réalisez le loisir ?</p> <p>Quel est votre but ?</p> <p>Depuis que vous vivez avec la déficience visuelle, avez-vous ressenti des changements dans la réalisation de vos loisirs ?</p> <p>Faites-vous toujours les occupations loisirs ?</p>
<b>La réalisation de mise en situation lors de la prise en charge ergothérapique</b>	Identifier si les ergothérapeutes utilisent une approche CO-OP dans la prise en charge d'une personne déficiente visuelle des suites d'un traumatisme	<p>Acteur de sa prise en charge</p> <p>La personne choisit l'activité / l'occupation sur lesquelles ils vont travailler dans la prise en charge</p> <p>La personne est mise en situation dans une activité.</p>	<p>Sur quelle période avez-vous été pris en charge par l'ergothérapeute ?</p> <p>Pour vous, comment s'est déroulée cette prise en charge ?</p> <p>Avez-vous été mis en situation avec vos occupations loisirs ? Si oui, de quelle manière l'avez-vous réalisé ?</p> <p><i>(Mise en situation = La personne réalise une occupation qu'elle a l'habitude de faire, qui se rapproche le plus possible de la réalité, « c'est-à-dire qu'elle effectue une « vraie » activité et dans la « vraie » vie » (Guilhard, 2007).)</i></p>	<p>Avez-vous eu des séances avec un(e) ergothérapeute ?</p> <p>Combien de temps a duré votre prise en charge ?</p> <p>Les objectifs de la prise en charge ont-ils été réfléchis avec vous ?</p> <p>Avez-vous été acteur de votre prise en charge ou avez-vous seulement suivi le plan de l'ergothérapeute ?</p> <p>Quelle a été cette mise en situation ?</p> <p>Qu'avez-vous mis en place afin de réaliser la mise en situation ?</p>

<p><b>L'apport des mises en situations sur ces occupations</b></p>	<p>Décrire l'impact de l'approche CO-OP dans la prise de conscience de la personne sur ces habiletés multi-sensorielles</p> <p>Analyser l'influence de l'approche CO-OP proposée par l'ergothérapeute sur la satisfaction de la personne déficiente visuelle des suites d'un traumatisme lorsqu'elle réalise ces occupations loisirs</p>	<p>Identification des éléments obstacles à la réalisation de l'obstacle</p> <p>Mise en place de stratégies par la personne lors de la réalisation de la mise en situation</p> <p>Utilisation de toutes les habiletés de la personne</p> <p>Énonciation de nouveau projet concernant les occupations de la personne</p>	<p>De quelle manière avez-vous réalisé votre mise en situation ?</p> <p>Comment vous êtes-vous sentis lors de cette mise en situation ? Et après celle-ci ?</p> <p>Que vous a apporté cette mise en situation ?</p> <p>Avez-vous retrouvé du plaisir lors de la réalisation du loisir ?</p> <p>Êtes-vous satisfait de ce que vous réalisez durant le loisir ?</p> <p>Pensez-vous que sans cette mise en situation vous auriez pu retrouver du plaisir à la réaliser ? et de la satisfaction à la fin de celle-ci ?</p>	<p>Avez-vous réussi à réaliser l'activité ? Quelle a été votre réflexion pour en arriver à cela ? Qu'avez-vous mis en place ?</p> <p>Lors de la réalisation de la mise en situation, quel sentiment vous a traversé l'esprit ? Le sentiment était-il positif, négatif ou mitigé ?</p> <p>Après cette mise en situation avez-vous repris confiance en vos capacités ? Avez-vous identifié de quoi étiez-vous capable de faire ? vos limites ?</p> <p>Avez-vous refait des projets dans les occupations loisirs ? Avez-vous retrouvé goût à la réalisation de loisirs ? Avez-vous retrouvé de la satisfaction dans la réalisation de votre loisir ?</p> <p>Pensez-vous que sans cette mise en situation vous auriez retrouvé cette envie de reprendre votre loisir ? Quel est selon vous, la raison qui vous a redonné goût à votre loisir ?</p>
<p><b>Autres</b></p>			<p>Souhaitez-vous ajouter des éléments ?</p>	<p>Voulez-vous rajouter des éléments sur votre accompagnement réalisé par l'ergothérapeute ?</p> <p>Voulez-vous ajouter des éléments sur votre ressenti ou sur votre reprise de l'occupation loisir ?</p>

## Annexe n°10 : Retranscription d'un entretien avec l'ergothérapeute

**Joanne** : Pour commencer, je vous remercie d'avoir accepté de répondre à quelques questions lors d'un entretien.

**Ergothérapeute 3** : C'est avec plaisir. Tu peux me tutoyer si tu préfères.

**J** : Pas de soucis. Du coup, la première question que j'aurais pour toi est : est-ce que tu peux me parler un peu de ton parcours professionnel depuis que tu es diplômé à aujourd'hui ?

**E3** : Ok, alors j'ai été diplômé en 2018. J'ai travaillé 1 mois en remplacement en centre résidentiel de l'AVH en tant qu'ergothérapeute auprès de personnes âgées. Puis j'ai travaillé à Sainte Marie au service de déficience visuelle pour adulte. J'y travaille toujours et depuis octobre je suis passée à mi-temps pour faire du libéral.

**J** : D'accord. Du coup, dans ta pratique, depuis que tu es diplômée est ce que tu as déjà rencontré des personnes devenues déficiente visuelle suite à un traumatisme ?

**E3** : Oui, oui

**J** : Tu en as rencontré beaucoup ?

**E3** : Je ne pourrais pas te donner de chiffre surtout qu'en ce moment on n'accueille beaucoup de personne qui ont eu un AVC et qui ont des troubles visuelles suite à cet AVC et du coup c'est une déficience visuelle qui est très récente. Donc on a un peu de tout. Mais en ce moment on accueille beaucoup de personnes qui ont eu des troubles neurologiques impactant la vision.

**J** : Du coup, je présume que tu as également pris en soin ces personnes, toi, en tant qu'ergothérapeute ?

**E3** : Oui.

**J** : Est-ce que tu as eu certaines personnes qui ont eu une problématique des loisirs ?

**E3** : Oui. Après je pense que le terme dont tu voulais parler c'est que la signification de loisir peut-être parce que.... Quand tu veux dire loisirs c'est ce que le patient considère comme une activité de bien-être on va dire, quelque chose qui lui apporte une sensation de plaisir, de satisfaction ?

**J :** Oui c'est ça. Une occupation qui pour lui ai un loisir, qu'il fait pour le plaisir, qui lui donne de la satisfaction, un équilibre occupationnel. Quelque chose qu'il fait par goût, par envie, qui n'est pas une obligation.

**E3 :** Ok, donc oui j'ai accompagné des personnes qui avaient des problématiques liées à leur loisirs.

**J :** D'accord. Est-ce que tu pourrais m'expliquer ta pratique auprès d'eux ? Déjà, de leur arrivée jusqu'à leur retour au domicile, comment tu démarre une prise en charge etc.

**E3 :** Ok. Dans notre structure, on a une manière de travailler qui est un peu spécifique. Déjà, il y a une préadmission de faite par le médecin et le psychologue. Donc c'est eux qui choisissent les patients qui vont être admissibles dans notre service, ce n'est pas nous. Ensuite, nous, les ergothérapeutes, on fait un premier entretien pour connaitre toutes les problématiques du patient et pouvoir aider le médecin un petit peu à ajuster les prescriptions parce qu'on a un service qui est assez large, avec plusieurs domaines d'ergothérapie. En fait, dans notre service on n'a pas juste ergothérapie point. On a de l'ergothérapie et différents domaines d'ergothérapie. On va avoir ce qu'on appelle de l'analytique : c'est une forme de rééducation on va dire par le toucher, à savoir utiliser ses sens compensatoires pour compenser la vision, les troubles visuels. Et on va travailler surtout par le biais de jeux et d'activités manuelles. Donc ça peut être, aussi, pourquoi pas des activités de loisirs, dans ce domaine-là on va dire. On va avoir la vie quotidienne, un autre domaine, où là on travaille toutes les problématiques du quotidien et ça peut être aussi les loisirs si le patient l'exprime. Ensuite on va avoir de l'informatique. Donc pareil, l'informatique ça va toucher l'utilisation de l'ordinateur, de la tablette, du téléphone, à titre professionnel, loisir etc. Pareil c'est défini avec le patient à ce moment-là. Et après on a tout ce qui est écriture, braille. Pareil, c'est à définir avec le patient dans quel but il peut avoir ce besoin-là. Donc quoi qu'il arrive, quand le patient rencontre l'ergothérapeute, il va y avoir un entretien, donc nous on fait passer la MCRO à ce moment-là pour définir tous les problèmes occupationnels. C'est à ce moment-là que je peux voir dans quelle mesure c'est plutôt du loisir ou plutôt un besoin spécifique à son quotidien etc.

**J :** D'accord. Du coup un entretien puis la MCRO.

**E3 :** Oui c'est ça.

**J :** et en fonction vous les répartissez dans les différents services de l'ergothérapie.

**E3 :** Exactement. Si par exemple le patient me dit, bah voilà, moi j'adore écrire des textes religieux ou des poèmes sur mon ordinateur mais aujourd'hui, je n'y arrive pas. Dans ce cas, je vais l'orienter en

ergothérapie informatique pour qu'il puisse découvrir les compensations possibles sur l'ordinateur pour pouvoir reprendre ce loisir-là par exemple.

**J** : D'accord. Du coup pour tout ce qui concerne les occupations loisirs est ce que vous réalisez des mises en situations dans l'accompagnement ?

**E3** : Oui, oui, alors on en fait parfois directement avec le patient par exemple, si j'ai une dame qui me dit qu'elle n'arrive pas à faire du tricot en ce moment, je vais lui demander de faire du tricot devant moi et je vais voir à ce moment-là si je vais apporter tout de suite des adaptations ou non. Donc je mets déjà en situation pour pouvoir observer qu'est ce qui pose problème dans cette activité. Est-ce que c'est une question de posture, de manque d'aide technique, etc. et comment on peut adapter cette activité. Après ça peut être, la personne me dit, je reprends l'exemple des textes sur l'ordinateur, bah si elle n'a pas les outils aujourd'hui bah la mise en situation va être difficile mais au moins tu peux avoir un aperçu des limites, jusqu'où elle peut aller mais dans tous les cas, on est obligé de les mettre en situation même après pour s'entraîner et pouvoir reprendre cette occupation loisir.

**J** : D'accord. Et comment vous vous y prenez pour réaliser la mise en situation ? Comment ça se passe ?

**E3** : Alors, je réfléchis...

**J** : Par exemple pour réaliser la mise en situation vous dite seulement à la personne « faite l'activité et j'observe » et après vous en parlez ou alors vous essayez directement d'en parler avec la personne. Comment ça se passe ?

**E3** : Après est ce que c'est dans la reprise d'un loisir ou dans la découverte d'un loisir ?

**J** : Dans la reprise du loisir

**E3** : Ok. Alors si c'est dans la reprise, je vais demander au patient d'apporter pourquoi pas son propre matériel. Si par exemple c'est du tricot bah je vais demander à la personne d'apporter son matériel de tricot et je vais lui demander de faire devant moi son activité loisir. Dans un premier temps comme si je n'étais pas là on va dire et tout ça en discutant c'est-à-dire bah chez vous comment ça se passe ? quand vous faites du tricot, vous êtes dans quelle pièce ? Est-ce que vous faites plusieurs choses en même temps ? Est-ce qu'il y a de la lumière ? Est-ce que vous le faites plutôt le matin ? Le soir ? Je vais faire tout un entretien pour comprendre à quel moment la personne se satisfait de cette activité de loisir et je vais lui demander après de refaire ça devant moi avec la pièce imposée on va dire parce que je ne peux pas faire ça chez elle, c'est dommage mais au moins avec son matériel et à partir de là je vais essayer

de comprendre tout l'environnement, toute l'activité de la personne et dans ce cas je la mets en situation et on discute ensemble « ha bah oui, effectivement quand il y a plus de lumière vous vous en sortez mieux donc peut être chez vous il faudrait mettre une lumière supplémentaire, se mettre près de la fenêtre etc. Donc oui je pars de cette mise en situation et je regarde le patient ce qu'il fait tout en discutant pour bien comprendre tout l'environnement de la personne chez elle.

**J :** D'accord. Du coup, est-ce que tu penses que les mises en situation mises en place lors de la rééducation ont un impact important auprès de la personne ?

**E3 :** Complètement. Parce que déjà c'est par cette mise en situation que, nous en tant qu'ergothérapeute, on peut définir les obstacles à l'activité, ce qui va rendre l'activité difficile pour le patient, l'occupation. Et pour le patient, il va pouvoir expérimenter aussi tout ce qu'on lui propose. Donc c'est par ces mise en situation qu'il va se rendre compte, voilà, la pertinence de l'aide technique par exemple, ou d'une certaine gestuelle, ou d'une certaine installation, peu importe. C'est en faisant des mises en situation, pas qu'une seule, plusieurs parce qu'il faut tester, toujours, et aussi montrer au patient qu'il est capable de faire parce que c'est bien de proposer une aide technique mais si on ne l'utilise pas, il ne va pas se rendre compte de la pertinence et il y en a qui ne vont même pas essayer finalement chez eux. Donc oui, c'est très important de faire des mises en situation.

**J :** D'accord. Et du coup cette mise en situation, est-ce que selon toi elle permet à la personne de prendre conscience de ses habiletés ?

**E3 :** Oui, oui oui. Parfois on n'a rien à dire aux patients, ils ont juste besoin d'être rassurés. Il y en a pleins, ils se disent « je ne suis pas capable de faire » et puis finalement quand ils apportent leur matériel et qu'on teste ensemble, ils en sont capables. Donc c'est aussi notre jugement et le fait de les mettre en situation qui vont les reconforter sur ça donc il faut les mettre en situation. Juste parler, ça ne suffit pas.

**J :** D'accord. Est-ce que ces mises en situation redonnent également envie à la personne de reprendre le loisir qu'elle avait perdu avant et dont elle voulait reprendre ? Est-ce que ça lui confirme qu'elle souhaite reprendre cette activité-là ? Est-ce que ça lui redonne de la satisfaction en voyant qu'elle y arrive, en utilisant la mise en situation ?

**E3 :** Il y a forcément de tout dans les patients. Il y en a qui vont se rendre compte qu'ils y arrivent, ils vont être très satisfaits sur le moment, ils vont montrer des signes de satisfaction et finalement dans la vie de tous les jours, ils ne vont pas forcément le faire. Il y a aussi ceux qui seront très heureux de pouvoir reprendre leur activité de loisir et vont reprendre cette activité quotidiennement ou en tout cas plus fréquemment. Donc ce n'est pas évident. Majoritairement, ils vont être contents sur le moment de

pouvoir reprendre une activité de loisir, mais après la vie quotidienne fait qu'ils ont parfois trop de choses à faire entre les médecins, la vie de tous les jours... Mais majoritairement cela va les encourager à reprendre une activité de loisir.

**J** : Donc, ils retrouvent un peu de satisfaction.

**E3** : Oui

**J** : Et tout à l'heure tu m'as dit qu'ils montraient des éléments de satisfaction. Comment tu as pu le remarquer ? Qu'est-ce que tu as pu apercevoir durant les mises en situation, à ce sujet ?

**E3** : A l'époque où il n'y avait pas de masque, cela se voyait sur le visage. Tu peux avoir des signes d'expression, des sourires, même une détente, parce que certains sont toujours très crispés et quand ils se rendent compte qu'ils arrivent à quelque chose, ils peuvent être très détendus. Ça peut être aussi verbal, ils vont te dire qu'ils sont satisfaits, qu'ils sont contents, ça peut être plein de choses. Ça peut être aussi la motivation dans l'activité. Quand il y a par exemple des choses qu'ils font parce qu'il faut les faire, mais cela ne leur fait pas forcément plaisir, ils ne vont pas être aussi enthousiastes que de reprendre une activité de loisir si pour eux c'est vraiment très stimulant, ça a plus de sens, dans le sens de bien-être. Ils vont être plus actifs, plus attentifs, plus concentrés parce que c'est quelque chose qui les motive.

**J** : D'accord. Pour ces mises en situation, une question par rapport à la méthode : est-ce que tu connais l'approche CO-OP ?

**E3** : Je vais bientôt être formée sur cette approche.

**J** : Est-ce que c'est un peu cette approche que tu utilises pour les mises en situation ou pas ?

**E3** : J'ai une vague idée de ce qu'est la méthode CO-OP donc je serais intéressée pour que tu m'en parles un peu mais comme je ne suis pas formée, je ne serai pas capable de te répondre comme ça.

**J** : Dans la méthode CO-OP, il y a plusieurs étapes, plusieurs caractéristiques, 7 au total. La première est que le client choisit son but, la deuxième c'est l'analyse dynamique de l'exécution – une analyse de l'activité que la personne est en train de faire, analyse réalisée avec le client. Ensuite, nous avons l'utilisation des stratégies cognitives, une réflexion sur la manière de réussir l'activité en éliminant cet obstacle-là, par exemple comment on pourrait éviter l'obstacle ou la difficulté et résoudre aussi le problème, s'il y a un problème au niveau de la réalisation à un moment donné. La quatrième étape, c'est

la découverte guidée, c'est la découverte de méthode de stratégie avec le thérapeute, donc c'est le thérapeute qui guide un peu la personne. Ensuite, on a les principes de l'habilitation, on habilite la personne à l'activité donc on l'aide pour qu'elle puisse réaliser l'activité. Ensuite, on a l'engagement des autres personnes qui sont signifiantes pour la personne, comme son entourage. Par exemple, si la personne souhaite faire du tricot, elle aura certainement besoin de son entourage pour avoir une petite aide, pour avoir des conseils sur la couleur, la réalisation. Ensuite, on a la structure de la démarche : comment l'activité a été faite tout le long.

**E** : D'accord.

**J** : Est-ce que donc quand tu réalises tes mises en situation, tu utilises certaines de ces étapes, c'est-à-dire est-ce que tu as une approche plutôt top down – parce que cette approche CO-OP est top down – ou plutôt – bottom up, est-ce que tu as une approche bottom up ?

**E3** : J'ai l'impression que la CO-OP rejoint ma pratique. C'est vrai que je n'ai pas forcément parlé de l'entourage. Il y a des choses que je peux faire, pourquoi pas contacter soit rencontrer le mari dans le couloir, ou expliquer « dite bien ça à votre mari pour que ... », ou passer un mot pour que le mari ou l'entourage puisse accompagner ; ça peut m'arriver quand je sens qu'il y a besoin d'un accompagnement complémentaire. Donc oui je pense que ma pratique ressemble beaucoup à la CO-OP.

**J** : D'accord. Une autre définition de l'approche CO-OP est une intervention orientée sur l'occupation, donc le thérapeute guide les personnes à travers un processus de résolution de problèmes qui les mènent à découvrir et à appliquer des stratégies cognitives pour effectuer les activités et les loisirs.

**E3** : Oui. C'est complètement ça. Franchement, comme je te disais, au départ, on décrit ensemble, comme tu dis, le but, la situation problématique pour le patient. A partir de là, on essaie de décortiquer un petit peu pour comprendre ce qui pose problème en fait. C'est aussi par mon observation, que je vais comprendre ce qui pose problème. Et après la mise en place de stratégie cognitives, oui ça va dépendre du patient à qui j'ai affaire. Comment faciliter l'activité ? par quel outil ? Est-ce que ce sont des outils techniques, avec des aides techniques ? Est-ce que ce sont des outils de stratégies tactiles ? Est-ce que c'est juste cognitif avec de la mémoire ? voilà, ce sont toutes des adaptations possibles pour rendre l'activité accessible en fait.

**J** : D'accord.

**E3** : J'ai l'impression que ma pratique rejoint tout ça.

**J :** D'accord. Est-ce que parfois, tu laisses le patient essayer de trouver une solution à son problème, à sa difficulté, tout en restant à côté et présente si nécessaire, ou pour le guider un petit peu ? Est-ce que tu laisses le patient réfléchir également sur comment est qu'il pourrait faire ? Si par exemple il était seul devant son activité pour la réussir ?

**E3 :** Oui bien sûr, surtout lorsque ce sont des patients que je connais déjà un peu. Ils savent qu'on n'est pas là comme à l'école, c'est-à-dire qu'on ne va pas noter, etc. ; par ce qu'il y en a qui sont intimidés et qui attendent beaucoup de nous. Parfois je leur dis : qu'est-ce qu'on pourrait faire d'autre pour que ce soit plus facile. Il y en a qui vont réfléchir et on essaie ; leur idée n'est pas forcément la plus évidente mais on essaie quand même parce que je n'aurais pas été là, il aurait essayé quand même et il vaut mieux que je sois présente. Il y en a également qui n'écoutent pas forcément les conseils que je propose et leur technique fonctionne très bien, ben je ne dis rien parce que le résultat convient à la personne. Parfois c'est frustrant car ce sont parfois des personnes qui ne sont pas ouvertes aux techniques de compensations. Mais ce n'est pas grave. Je me dis au moins ils découvrent ce que c'est que l'ergothérapie. Dans tous les cas, c'est gagnant

**J :** Oui. Au final, ils arrivent à faire l'activité et à être satisfaite de cette activité-là ?

**E3 :** Oui ? Alors c'est très rare quand les patients viennent et ne sont pas à l'écoute des conseils parce que ce sont des personnes qui se rendent compte qu'elles ne sont pas à leur place dans un service comme cela. Mais voilà, elles sont satisfaites parce qu'elles y arrivent, elles n'ont pas rencontré trop de difficulté même si à la base il y a des problématiques particulières. Mais finalement, ça va.

**J :** D'accord. Ils ont résolu cette problématique.

**E3 :** c'est ça. Ça peut arriver oui.

**J :** D'accord. je réfléchis. Je n'ai pas d'autres questions immédiatement car tu as répondu à l'ensemble de mes questions et ça confirme ma réflexion. Mon hypothèse était en utilisant l'approche CO-OP. C'est pour cette raison que je n'ai pas dit le mot, tout à l'heure, car ça aurait pu influencer.

**E3 :** Oui en plus, j'ai demandé à être formée. J'ai été formée à la MCRO, depuis plus d'un an, presque 2, je pense. Je devais faire la formation CO-OP l'année dernière mais avec le COVID je n'ai pas pu. Maintenant que j'y pense, je fais bien une pratique qui ressemble à ça.

**J :** D'accord.

**E3** : Je travaille toujours de la même manière, soit la personne est déficiente visuelle suite à une maladie évolutive ou suite à un traumatisme. Peu importe le patient, je pars toujours de la situation problématique et on essaie ensemble. Suite à un traumatisme, tu as plus un engagement psychologique parce que si la personne a perdu une activité et qu'elle veut reprendre mais parfois elle ne sait pas si elle est capable ou pas. Un jour, elle sait faire quelque chose ensuite il y a quelque chose qui se passe et le lendemain elle ne peut plus faire. Donc forcément il y a aussi un accompagnement psychologique à travers ça.

**J** : D'accord, le suivi psychologique est très important alors pour retrouver du plaisir dans la réalisation des occupations loisirs.

**E3** : Oui c'est ça. J'ai une dame qui m'a beaucoup marqué, parce qu'elle avait mon âge aussi. Elle a eu un accident de moto ou de scooter je sais plus. En tout cas, elle a eu un traumatisme crânien assez important et suite à ça elle est devenue déficiente visuelle, cécité complète et elle travaillait dans le cinéma. Elle n'est pas venue immédiatement à Sainte Marie, elle a attendu 2-3 mois histoire de se remettre un peu physiquement. Quand elle est arrivée au centre, elle se demandait « est-ce que je vais pouvoir retravailler dans le cinéma, est-ce que je vais pouvoir refaire des choses ». Et moi j'ai beaucoup travaillé avec elle pour savoir ses capacités. Je pense que là, comme ça, elle n'aurait jamais pu refaire comme avant parce que dans le cinéma c'est très très visuel. Donc on réfléchissait ensemble à comment elle pouvait préserver un pied dans le cinéma même si ce n'était pas autant qu'elle aurait voulu. « Est-ce qu'elle peut encore écrire des scénarios, essayer d'imaginer des plans, etc. Donc on avait essayé de réfléchir à comment dessiner des scènes pour qu'elle explique où est la caméra etc. C'était un gros travail et surtout psychologique parce qu'avec elle il y avait beaucoup de choses à travailler. Je ne me voyais pas dire non même si pour elle je savais que c'était impossible qu'elle refasse comme avant. J'ai trouvé que c'était déjà trop violent comme traumatisme, ça aurait pu être toi ou moi.

**J** : Ça peut arriver à tout moment de la journée, lorsqu'on s'y attend le moins. Et c'est pour cela que je me suis concentrée sur cette population. Je trouve que la prise en charge est différente par rapport aux pathologies évolutives. Pourtant, la documentation est très faible. Et je trouvais intéressant de se renseigner un peu plus sur la prise en charge avec cette population.

**E3** : Oui, on a tendance à toujours parler des personnes âgées avec la DMLA ou les enfants alors qu'il n'y a pas qu'eux et que la prise en charge varie également. Je te confirme qu'il y a très peu de documentation.

**J** : C'est ça. Moi je n'ai plus de question, souhaites-tu rajouter quelque chose ?

**E3** : Non, je ne vois pas, je pense que j'ai tout dit.

**J** : Je te remercie d'avoir pris du temps pour échange avec moi sur ce sujet, c'était très intéressant.

**E3** : Avec plaisir

**J** : Je te souhaite une bonne fin de journée

**E3** : Merci à toi aussi et bon courage à toi.

**J** : Merci

## Annexe n°11 : Retranscription d'un des entretiens avec un client

**J** : Pouvez-vous me parler de vous ? Votre âge ? Ce qui vous ait arrivé ?

**C3** : 64 ans à la fin du mois. J'ai eu il y a quelque année un accident de moto provoquant une lésion du nerf optique.

**J** : D'accord

**C3** : Vous savez ce que c'est ?

**J** : Oui, j'ai fait un stage dans un centre de rééducation spécialisée pour les personnes visuelles

**C3** : Ah d'accord très bien. Qui est survenu il y a 5 ans de manière très brutale.

**J** : Oui effectivement

**C3** : L'accident a été un choc pour moi. Quand je me suis réveillée je n'ai pas compris ce qui s'était passé, je ne m'y attendais pas. J'ai mis beaucoup de temps à l'accepter. Voilà c'est comme ça.

**J** : D'accord, c'est sûre qu'on ne peut pas le prévoir.

**C3** : Non.

**J** : Ok, donc c'est arrivé d'un coup, et ça ne fait si longtemps que vous avez cette déficience visuelle.

**C3** : Non, avant j'étais comme tout le monde. J'avais juste des lunettes et j'allais chez l'ophtalmologue pour changer les lunettes. Et il n'y a pas dans ma famille d'autres déficients visuels. C'était une grande première dans la famille, un grand choc pour tout le monde.

**J** : Oui j'imagine, ça ne doit pas être évident du tout. A la suite de cette nouvelle, qu'est ce qui s'est passé ? vous avez dû arrêter de faire votre loisir ?

**C3** : A l'époque, je travaillais, donc j'avais moins de temps pour pratiquer des loisirs, 1ere chose. A cette époque-là, je faisais de la marche, j'allais à la piscine, j'allais au cinéma et beaucoup de cuisine pour ma famille, mes amis.

**J** : D'accord.

**C3** : Et je m'occupais de ma 1ere petite fille qui était déjà née. Voilà en quoi consistait mes loisirs à cette époque.

**J** : Quel a été l'impact sur vos loisirs ?

**C3** : Au départ j'étais beaucoup dans l'attente. Je ne voulais pas réaliser il m'a fallu à peu près 18 mois pour me faire une raison. Il a fallu vraiment que je me batte pour arriver à passer au-dessus de tout ça. D'abord, tout de suite, j'ai arrêté de conduire. Après tous les ophtalmologues n'étaient pas tous d'accord. Certains disaient que peut être j'allais récupérer un peu, d'autres pas du tout. Donc pendant cette période, j'ai passé des examens pour connaître l'impact sur ma vision. J'ai alors arrêté de faire les loisirs que j'avais.

**J** : D'accord. Lorsque vous avez eu tous les résultats des examens, est-ce que vous avez voulu souhaiter reprendre vos loisirs ?

**C3** : Oui, mais il y a une période où j'ai remis en question ma vie parce que ça change tout de savoir que vous avez plus le droit de conduire, par exemple. Donc je me suis remis en question ; je me suis dit que c'était peut-être le moment de me rapprocher de mes enfants au niveau géographique. Donc j'ai cherché à déménager, j'habitais en Eure et Loire, du côté de Chartres.

**J** : D'accord.

**C3** : Je m'étais donné 1 an pour trouver un logement dans la commune où ils habitent. Finalement, j'ai trouvé assez rapidement.

**J** : D'accord.

**C3** : Donc à partir de ce moment-là, je me suis dit que si je voulais me rapprocher d'eux, il fallait que je le fasse vite pour me familiariser avec mon nouvel environnement.

**J** : Oui

**C3** : C'est seulement dans un 2eme temps, une fois que j'étais installée, que je me suis organisée dans ma nouvelle vie, que je me suis posée la question : quel loisir j'avais envie de reprendre ? dans quelles conditions ? Voilà, ça m'a pris beaucoup de temps. Je pense que dans ce cas, il y a une phase plus ou

moins longue selon les individus, je pense. Et puis il faut intégrer le handicap, ça c'est vraiment difficile. Donc voilà, il m'a fallu 1 ou 2 ans pour m'installer et me dire ; qu'est-ce que je vais faire de ma vie ?

**J** : D'accord

**C3** : Vu les circonstances de l'apparition de ma déficience visuelle, je me suis dit qu'il fallait que je fasse des choses qui m'intéressent et maintenant ; pas dans 2 ans quoi.

**J** : Vous avez revu vos priorités.

**C3** : Du coup, à pars durant cette période actuelle, j'ai augmenté mes loisirs et j'ai fait beaucoup plus de choses qu'avant, en fait.

**J** : D'accord.

**C3** : Je me suis inscrite à la piscine, 3 fois/semaine à l'aquagym à Versailles. J'ai pris un abonnement au cinéma parce que j'adore le cinéma. J'y allais bien 2 fois/semaine. Qu'est-ce que je fais d'autres ? je me suis mise à aller également dans les musées dans les expositions. Je me suis dit que tant que je vois encore un petit peu, c'est le moment d'aller voir les expositions temporaires.

**J** : D'accord, super. Est-ce que vous pouvez me donner une définition du loisir : selon vous qu'est-ce qu'un loisir ?

**C** : Je dirai toute activité qui fait du bien à la personne que ce soit moralement, physiquement, sous n'importe quelle forme.

**J** : D'accord. Et qu'est-ce que vous attendez de ces loisirs ?

**C3** : Passer un bon moment, faire des choses qui m'intéressent vraiment que je n'ai pas forcément eu le temps de faire avant et pour lequel j'ai vraiment une motivation

**J** : D'accord.

**C3** : J'ai aussi beaucoup plus de temps, ça joue aussi ça. Le fait de savoir que peut-être un jour ma vue se dégradera a accentué mon désir de faire, par exemple, aller voir les expositions.

**J** : Ça vous a motivé davantage ?

**C3** : Oui car je me dis qu'un jour je ne pourrai plus faire.

**J** : Donc les loisirs ont pris une place importante dans votre quotidien ?

**C3** : Oui oui plus qu'avant. Après ce n'est pas probablement le cas de toutes les personnes dans ma situation.

**J** : Oui, bien sûr

**C3** : Après je pense que ça dépend aussi de comment on prend l'annonce. Et comment on rebondit par la suite. Je pense qu'il y a des gens qui tombent dans la dépression. Ce n'est pas facile et chacun est différent.

**J** : Oui tout à fait. Après c'est votre expérience, la manière dont vous, vous avez géré la nouvelle et c'est très intéressant de voir par quelle étape vous êtes passés et surtout ce qui vous a permis d'arriver là où vous êtes aujourd'hui. C'est vrai que c'est totalement différent d'une personne à une autre. C'est propre à chacun.

**C3** : Oui. Après j'ai toujours été une battante. J'ai réussi à me relever de tout ça, mais ça m'a pris beaucoup de temps. Oui c'était vraiment difficile quoi.

**J** : Vous avez un caractère où vous ne lâchez rien. C'est votre personnalité.

**C3** : Oui je pense.

**J** : Pour reprendre les activités au quotidien qui vous correspondent et adaptées à vous, avez-vous eu recours à des professionnels de santé ?

**C3** : Oui, souvent les médecins ne sont pas toujours à la hauteur pour vous dire ce qu'il faut faire, j'ai eu la chance de rencontrer, via une association de déficients visuels, 2 personnes dont 1 qui m'a beaucoup aidé, qui m'a guidé et conseillé les démarches à entamer, à quoi j'avais droit, etc. C'est elle qui m'a indiqué le centre de rééducation à Paris.

**J** : Oui, tout à fait

**C3** : J'ai fait une demande qui a été acceptée rapidement. J'ai donc fait une rééducation qui a duré 4 mois. Ça m'a beaucoup aidé car ils m'ont aidé à reprendre confiance en moi. Ils m'ont appris à vivre autrement et à faire les choses autrement. Vraiment ça m'a beaucoup aidé, au moins psychologiquement

**J** : Oui. je présume que là-bas, vous avez eu l'aide d'un(e) ergothérapeute ?

**C3** : Oui. Une ergothérapeute, une instructrice en locomotion, qui m'a appris à se faire d'une canne de déplacement. Sans grand succès, ils ont essayé de me faire faire du rotin, mais c'était vraiment une catastrophe. Ils m'ont également appris à prendre conscience de toutes mes capacités tactiles.

**J** : C'est l'activité qui ne vous plait pas ?

**C3** : A priori, j'aurais préféré faire plutôt quelque chose comme la terre. Mais bon, ils avaient décidé de me faire faire ça.

**J** : D'accord. Ce n'est pas vous qui avez choisi ?

**C3** : Non. Ce n'est pas moi qui ai choisi et ça n'a pas été d'une grande réussite. J'ai eu aussi une petite formation en informatique.

**J** : D'accord.

**C3** : Ils m'ont aidé aussi à déterminer, pour les lunettes, les teintures de verre qui me correspondaient le mieux. Ça c'était très important aussi.

**J** : D'accord, ça c'était plutôt les orthoptistes c'est ça ?

**C3** : oui c'est ça. Les ergothérapeutes m'ont fait découvrir tout un tas de matériaux. Ils m'ont aidé à faire aussi un descriptif précis de ce qui me faudrait, notamment dans ma cuisine. A la suite de ça, j'ai fait faire des travaux dans ma cuisine. Tout un tas de choses comme ça qui m'ont vraiment aidé à me simplifier la vie.

**J** : D'accord, vous avez eu une phase de rééducation, quand vous m'avez parlé du tactile ? et également une phase de réadaptation, au niveau de votre cuisine, de l'informatique ?

**C3** : Oui. Voilà ce qui est bien c'est que toutes les personnes ne sont pas forcément acceptées, je crois.

**J** : Oui

**C3** : J'ai eu la chance d'avoir été acceptée assez vite. Ils font avec vous le bilan de toutes vos difficultés dans tous les domaines. Il faut dire tout ce qui ne va pas et ensuite ils vous proposent des choses dans les domaines où à priori vous avez des besoins. C'est un peu personnalisé quand même.

**J** : Oui tout à fait. Pouvez-vous m'expliquer comment ils ont fait ? C'est-à-dire lorsque vous aviez une difficulté, comment ils ont fait pour pallier cette difficulté ?

**C3** : Il faudrait prendre des choses précises, je ne sais pas.

**J** : Dites-moi si vous avez un exemple en tête.

**C3** : Des trucs tout bêtes comme le fait de ne pas voir le niveau d'eau sur la cafetière expresso. Elle m'a conseillé d'acheter des flotteurs de couleurs (comme pour les bébés) et de les mettre dans le réservoir, ainsi je verrai le niveau d'eau. Parfois, ce n'est pas forcément du matériel mais des astuces, comme ça. Plein de choses comme ça.

**J** : Est-ce que vous leur avez émis votre problématique des loisirs, à un moment donné ?

**C3** : A cette époque, je n'étais pas sûre de pouvoir reprendre les loisirs. Mais j'ai tout de même souhaité travailler sur la cuisine mais aussi comment je pouvais me rendre à mes autres loisirs. Je souhaitais savoir comment me déplacer dans la rue, sans me cogner, sans tomber ; et surtout comment je pouvais cuisiner de nouveau des plats à mes amis et ma famille. Puis, pour les loisirs que je fais actuellement je n'ai pas eu recours aux professionnels de santé.

**J** : Est-ce que vous pouvez m'expliquer comment cela s'est fait ?

**C3** : Alors l'aquagym : j'ai d'abord regardé autour de moi où il y avait des piscines. Il y en a une dans la commune où j'habite. Mais la commune étant assez étendue, il y a beaucoup de transport mais pas à l'intérieur de la commune. Pour moi, ce n'était pas un bon plan. Ensuite, j'ai vu qu'il y avait une piscine à Versailles où je pouvais y aller en bus. Donc j'ai opté pour cette piscine-là. J'y suis allée comme ça au début. Puis j'ai pris une carte de 5 séances au début pour voir si ça me plaisait. Et après j'ai pris un abonnement mensuel petit à petit.

**J** : D'accord. Vous avez fait étapes par étapes.

**C3** : Oui car je voulais être sûr que ça me plairait.

**J** : Oui bien sûr

**C3** : Voilà. Pour le cinéma, ça n'a pas été compliqué. J'avais commencé à aller au cinéma quand j'étais à Chartres, donc avant d'avoir des problèmes de vue. C'est quelque chose que j'aime beaucoup le cinéma. Puis ensuite, je me suis dit : tant que je vois encore un peu, c'est maintenant qu'il faut que je prenne un abonnement, que je m'éclate bien, que j'aie voir tous les films qui m'intéressent. Donc j'ai pris un abonnement UGC. J'ai étudié la question, entre UGC et Gaumont, ce qui était le plus répandu dans mon secteur. C'était UGC, donc j'ai pris un abonnement UGC. Pour m'y rendre, j'ai utilisé tous les conseils que j'avais eu lors de mon séjour au centre de rééducation de Paris.

**J** : D'accord. Vous vous êtes renseigné avant de vous lancer.

**C3** : Ah oui je me renseigne toujours avant pour savoir si c'est vraiment ça que je veux. J'ai essayé d'estimer par exemple le tarif : je voulais y aller au moins 2 fois par semaine, donc j'ai pris un abonnement mensuel qui me permet d'y aller tous les jours si je veux.

**J** : D'accord. Donc vous avez bien adapté au final vos loisirs.

**C3** : Oui j'essaie. Je vais aussi à la médiathèque. Ça c'est gratuit.

**J** : D'accord.

**C3** : Pour emprunter des textes lus, rarement des livres, et la musique.

**J** : D'accord. Si je reviens au centre de rééducation, vous y êtes allée il y a moins de 5 ans, du coup.

**C3** : Oui, car début, on m'a annoncé que c'était grave. Je suis tombée sur un ophtalmologue qui a fait les papiers pour une prise en charge longue durée, ensuite, il m'a fait comprendre qu'il fallait que je fasse avec.

**J** : D'accord.

**C3** : Ça fait un peu dur en une seule fois.

**J :** Oui, il y a des mots à employer

**C3 :** Oui il y avait une manière un peu plus empathique, on va dire. Bref, donc je suis retournée voir ma généraliste qui m'a envoyé voir un autre ophtalmologue sur Chartes et c'est lui qui m'a dit : je ne suis pas compétent donc je suis envoyé à la fondation Rothschild à Paris. A partir de ce moment-là, j'ai commencé à être suivie.

**J :** D'accord. Ça a été quand même un peu positif

**C3 :** Oui.

**J :** Lorsque vous étiez en rééducation à saint marie, est ce que vous pouvez m'expliquer et me dire s'ils vous ont mis en situation dans une activité ?

**C3 :** Oui par exemple, dans la cuisine, j'ai une table pour manger qui est un demi-cercle et je lui ai dit que j'avais du mal à nettoyer toutes les miettes bien correctement. Et même pour réaliser les repas pour les amis ou la famille.

**J :** D'accord

**C3 :** Alors un jour, elle m'a mis sur la table avec des coquillettes et elle m'a donné une technique pour ramasser l'ensemble des coquillettes et de ne pas en oublier. Ce genre de chose vraiment très précise. J'ai pu également réaliser un repas aimé de mes fils.

**J :** D'accord. Et du coup, pour faire cette activité-là, elle vous a mis en situation ; elle vous a laissé ramasser vous ou elle vous a donné la technique et vous avez fait toute seule ? Est-ce que vous avez pu réaliser le plat seule également ?

**C3 :** Je pense que dans un premier temps, elle a dû me demander de lui montrer comment je faisais ; et ensuite elle m'a donné une technique.

**J :** D'accord.

**C3 :** c'est vrai que maintenant il y a des choses que je fais systématiquement. Par exemple : quand je cherche quelque chose sur une table que je ne trouve pas, j'utilise beaucoup, plus mes mains qu'avant ; c'est-à-dire que je vais passer mes mains sur la table pour trouver l'objet plutôt que d'utiliser mes yeux.

J'ai pu automatiser aussi tous les conseils qu'ils m'ont donné pour réaliser les différents plats, je suis beaucoup moins en difficulté par rapport à avant.

**J :** D'accord. Vous avez rendu habituel le fait d'utiliser vos mains.

**C3 :** Oui j'ai développé des stratégies qu'ils m'ont appris ou que j'ai inventé moi-même par la suite. Oui ça m'a bien aidé.

**J :** D'accord. Lorsque vous étiez en difficulté dans une occupation, commente faisiez-vous ? Vous essayez déjà de trouver la stratégie par vous-même et ensuite si nécessaire l'ergothérapeute intervenait en vous aiguillant ? Ou directement, l'ergothérapeute vous a donné une solution ?

**C3 :** Dans le cadre de la locomotion avec la canne, là j'ai tout appris : j'avais une canne avant, j'avais l'impression que ça allait m'aider. Là vraiment elle m'a tout appris. Au début, j'étais un peu sceptique. Dès qu'il faisait nuit, je ne sortais pas de chez moi car je vois tellement mal la nuit, j'avais peur de tomber. Mais avec les ergothérapeutes, j'ai pu mettre en place déjà ce dont je pensais, ma technique et après j'ajusté avec l'ergothérapeute.

**J :** D'accord

**C3 :** Du coup, je m'en sers tout le temps de la canne et des conseils appris maintenant, à tout moment. Pour moi, c'est une sorte de sécurité.

**C3 :** Sinon étant d'un tempérament fort, quand j'ai une difficulté, j'essaie toujours de trouver moi-même une stratégie. A l'époque où j'étais en réadaptation, d'une semaine à l'autre, s'il m'était arrivé quelque chose entre temps, ben je l'expliquais et l'ergothérapeute essayait de trouver une solution.

**J :** Et vous, vous essayiez de trouver une solution et vous préféreriez attendre et de voir l'ergothérapeute ?

**C3 :** J'essayais toujours de trouver une solution. Mais j'étais à l'époque en rééducation, j'en profitais pour demander le conseil ou expliquait ce que j'avais trouvé et parlait avec quelqu'un qui pouvait de donner une solution que je n'avais pas eu.

**J :** Oui bien sûr pour avoir une 2ème solution, en fait ?

**C3 :** Oui

**J :** Si je comprends bien, tout ce que vous avez appris, vous avez réussi à le remettre dans votre quotidien et dans d'autres situations ?

**C3 :** Oui, à part la vannerie. J'ai d'ailleurs jeté mon œuvre à la poubelle car c'était vraiment horrible ce que j'avais fait, oui sinon dans tous les autres domaines vraiment, ça m'a bien aidé. C'étaient des trucs tout bête : par exemple : j'étais avec ma petite fille, j'avais du mal à bouger les pions de certains jeux qui étaient pour moi pas très visibles, elle m'a conseillé de fabriquer des pions pour moi. Elle m'a fait acheter de la pâte fimo de couleur et on avait fabriquer des pions pour bien les repérer sur le jeu.

**J :** Super, vous avez adapté votre jeu.

**C3 :** Voilà, c'étaient aussi bien des aides techniques très pointues que des petites astuces comme ça qui m'ont été utiles.

**J :** D'accord. Est-ce qu'on peut dire, du coup, que grâce aux mises en situations réalisées au centre et tout ce que vous avez mis en place avec l'ergothérapeute, ça vous a été utile dans vos loisirs ?

**C3 :** Ben oui certainement. Ah oui j'ai également vu une orthoptiste, j'ai oublié de vous dire, qui m'a fait beaucoup travailler pendant la rééducation. Une femme exceptionnelle. Au bout de 4 mois, ils m'ont viré pour laisser la place à d'autres personnes. Mais je n'avais pas fini le travail avec elle, donc elle m'a envoyé chez une orthoptiste à Versailles et j'ai fini ma rééducation orthoptique après.

**J :** D'accord.

**C3 :** ça m'a été très utile.

**J :** D'accord. Vous avez pu mettre en place tout ce qu'on vous a appris avec les différents professionnels ?

**C3 :** Oui j'ai repris progressivement le même fonctionnement, c'est à dire il a fallu que j'énumère les choses compliquées pour moi, comme rédiger un chèque, faire une liste sur une feuille sans écrire 2 fois au même endroit... Toute sorte de petites choses comme ça. Elle a trouvé des astuces qui m'ont bien aidé.

**J :** D'accord. Est-ce qu'on peut dire que toute votre rééducation à être satisfaisante dans vos loisirs ?

**C3** : Oui. Mais par exemple, j'avais discuté de la possibilité de partir en voyage avec ce handicap seule, puisque je suis seule ; et elle m'avait remonté le moral en me disant qu'il existait des astuces possibles comme partir avec quelqu'un qu'on connaît, avec des associations qui organisent des voyages pour les déficients visuels. L'année d'après je leur ai envoyé une carte postale, j'avais fait un voyage au Pays Bas avec une association d'horticulture de ma commune pendant 3 jours. Je leur ai montré que ce qu'il m'avait fait faire m'avait apporté énormément et m'étaient utiles.

**J** : Super ! Ça a été un plus pour vous.

**C3** : Ah ben oui

**J** : D'accord. Donc si je résume bien : dans votre prise en charge au sein du centre, vous avez été mise en situation dans les occupations difficiles pour vous afin de mettre en place des stratégies, et résoudre les difficultés. Et vous avez réussi à transposer toutes ces stratégies dans d'autres situations. Ça a également pu vous aider dans vos loisirs, du coup.

**C3** : Oui tout à fait

**J** : D'accord

**C3** : Ça a pris beaucoup de temps mais aujourd'hui j'utilise encore des stratégies apprises. Après j'ai inventé d'autres astuces en locomotion, par exemple. Car cette formation locomotion avait commencé très tard dans la rééducation et elle n'a pas eu le temps de tout m'apprendre. Mais après j'ai développé des stratégies moi-même dans toutes les occupations ; peut-être que tout le monde ne fait pas comme moi mais j'ai trouvé des stratégies

**J** : Si ça vous convient comme ça, c'est l'essentiel !

**C3** : Oui. Si j'avais pu continuer avec l'orthoptiste, ça aurait été bien. Mais ce n'était pas possible, je me suis débrouillée. J'aurai pu, à Versailles, continuer les cours de locomotion dans une association mais lors de la dernière visite, elle m'a dit que ce que j'avais besoin était la pratique. Que j'avais acquis l'essentiel. Et qu'il fallait que je pratique

**J** : D'accord

**C3** : C'est ce que j'ai fait. Voilà

**J** : Si je reviens sur la problématique des loisirs, lorsque vous réalisez le loisir, qu'est-ce qui vous amène de la satisfaction ? qu'est ce qui fait que le loisir vous satisfait ?

**C3** : C'est difficile à dire. Selon les personnes, quand il vous arrive une tuile comme ça, pendant des mois je me suis demandée si je devais fréquenter des déficients visuels ou si je pouvais encore faire des activités avec des gens normaux, entre guillemet ? Ou les deux ? Pendant des mois, j'ai navigué entre les deux je me suis renseigné auprès des déficients visuels, savoir ce qu'ils proposaient. Parfois, je participais à des pièces de théâtre avec eux en audio description pour voir ce qui existait. Assez rapidement, je me suis dit que tant que je pouvais faire des trucs avec des gens normaux, je préférerais. Du coup, actuellement, je n'ai plus de contact avec des déficients visuels. Si ce n'est pas téléphone avec des amies que j'avais à Chartres.

**J** : D'accord. Ce qui vous satisfait est de continuer à faire vos loisirs avec des personnes non déficientes visuelles donc de faire de la même manière qu'avant ?

**C3** : Voilà, d'arriver à faire des choses que tout à chacun peut faire même si pour moi, ça me demande beaucoup d'énergie et de concentration.

**J** : D'accord.

**C3** : Après il existe quelques avantages de ma situation, j'ai la gratuité dans la plupart des musées, d'autres choses simples qui peuvent changer beaucoup de choses.

**J** : Et qui peuvent vous encourager à y aller ?

**C3** : Oui, je ne fais pas la queue, je passe devant tout le monde, je ne paie pas ... J'ai une amie qui m'a dit : qu'est-ce que c'est bien d'aller voir une exposition avec toi ! Non seulement on ne paie pas mais on ne fait même pas la queue ! j'ai répondu : « ben oui ».

**J** : Du coup, vous avez trouvé des points positifs malgré les points négatifs

**C3** : Oui il n'y en a pas beaucoup mais ils existent. Ça a le mérite d'être soulignée.

**J** : Effectivement, il vaut mieux essayer de voir les choses positives

**C3** : Ben oui sinon on pleurerait toute la journée. Franchement, il faut !

**J :** C'est une très bonne optique dans lequel vous êtes, en tout cas : toujours voir les choses positives, toujours rester dans ce sens-là et continuer à profiter.

**C3 :** Oui c'est ce qu'il faut faire !

**J :** C'est une attitude très difficile à avoir. Oui c'est vraiment super de le prendre de cette façon.

**C3 :** Oui je suis sûre que si ma sœur était dans cette situation, ça ne se passerait pas du tout de la même façon. Elle était totalement désespérée quand ça m'est tombé dessus. Elle était tout le temps entrain de demander si ça allait... Elle voyait les infirmières, et moi je ne voulais pas de la pitié des gens, ça ne m'intéresse pas ! Avec mon fils et ma belle-fille, il n'y a pas de problème : ils savent que quand j'ai une difficulté, je vais leur demander de l'aide. Si je ne demande rien, c'est que je peux y arriver toute seule donc ils ne vont pas proposer.

**J :** D'accord. Vous demandez de l'aide quand vous en éprouvez le besoin alors.

**C3 :** Ce qui est très important pour moi, c'est la perte de l'autonomie, au-delà de la perte de la vision. C'est ça le pire.

**J :** Et c'est quelque chose qui est totalement compréhensible.

**C3 :** Ah ben oui mais c'est pire que perdre la vue. Ce qui me démoralise régulièrement c'est que je m'aperçois que les choses que je faisais avant, je ne peux plus en faire certaines. Ça donne toujours un coup au moral, mais bon.

**J :** Lorsque vous pensez à ça, c'est quelque chose que vous n'arrivez plus à faire de la même manière ?

**C3 :** oui par exemple, j'ai gardé ma petite fille de 4ans ; j'ai joué avec elle à « qui est ce ? » Je me suis aperçue que je n'arrivais plus à lire le nom d'une princesse.

**J :** Peut-être que le caractère était trop petit ?

**C3 :** Oui, là je n'y arrive plus.

**J :** Votre performance a été moins bonne que celle que vous pensiez ?

**C3** : Oui, c'est dans des activités réalisées que je me rends compte de la diminution de ma vue. Et là je me dis : là avant, j'y arrivais à le faire.

**J** : D'accord. Donc le fait de réaliser quelque chose de la même manière qu'avant a de l'importance pour vous ? En adaptant bien-sûr mais il apparaît important pour vous de réaliser l'occupation comme avant ?

**C3** : Ben essayer en tout cas.

**J** : D'accord. Tout à l'heure, on a parlé de la motivation ; maintenant du rendement, c'est-à-dire la manière de réaliser l'occupation. On a parlé également de l'acceptation du passé, de la venue de la déficience. Est-ce que le temps passé pour réaliser l'occupation a de l'importance pour vous ?

**C3** : Non aucune

**J** : D'accord.

**C3** : Pour moi, ce qui est important est de pouvoir réaliser la chose, peu importe la durée. Je sais que maintenant le plus dur est de me déplacer à l'extérieur. Donc je sais que lorsque je veux aller à un musée, ça me demande un travail préparatoire sauf si c'est un trajet déjà fait de nombreuses fois. De toute façon, je vérifie quand même qu'il n'y ait pas de grève, de travaux dans la gare, ce genre de choses... Je sais que durant tout le trajet, je serai hyper vigilante sur toutes les choses inhabituelles rencontrées lors du parcours. Ça demande beaucoup de concentration mais l'important est de faire l'activité que j'ai décidé de faire. Après je suis à la retraite donc le temps qui me faudra pour la faire n'a pas d'importance.

**J** : D'accord. Votre but final lorsque vous faites un loisir est de le réaliser comme vous le souhaitez, en fait.

**C3** : Oui voilà. Après le temps nécessaire pour le faire et les moyens mis en œuvre pour y aller (ça m'arrive de prendre un Uber ou un taxi quand j'ai une difficulté, je m'adapte. Certains jours, en fonction de la luminosité dehors, je n'arrive pas à appeler un Uber, ben je prends un taxi ou je trouve un autre moyen. Si je rencontre une difficulté, je ne fais pas un sang d'encre, je rentre alors en taxi.

**J** : D'accord. Vous vous adaptez assez facilement du coup aux difficultés rencontrées et vous trouvez une solution rapidement ?

**C3** : Ben oui il faut sinon ce n'est pas la peine de faire l'activité. J'essaie de me déplacer seule, de ne dépendre de personne. À ce moment-là, après je fais comme je peux.

**J** : Oui bien sûr. C'est vrai. Du coup, on peut dire que vous êtes totalement satisfaite de la manière dont vous réalisez vos loisirs actuellement ?

**C3** : Ben oui. Je ne dirai pas qu'il n'y a pas de difficultés, mais pour l'instant, globalement j'y arrive.

**J** : D'accord. Vous arrivez à surmonter vos difficultés ?

**C3** : Oui, par contre c'est beaucoup plus difficile pour moi. Avant d'être déficiente visuelle, je faisais des sorties partout dans Paris avec ma 1<sup>er</sup> petite fille, et je me rends compte qu'avec ma 2<sup>ème</sup> petite fille de 4 ans, je ne pourrai pas faire tout ça. C'est certain. Il n'est pas question pour moi d'aller seule quelque part avec elle.

**J** : Il y a encore certaines choses difficiles à accepter ?

**C3** : Ben oui ça par exemple. Toutes les choses que j'ai pu faire avec sa grande sœur, je ne pourrai le faire seule avec elle, comme aller au spectacle. Je pourrai faire mais avec un autre adulte.

**J** : D'accord. Bon, je n'ai plus de questions. Après vous, est ce que vous voulez rajouter d'autres choses ? Sur vos loisirs ? Sur la manière que vous aviez été pris en charge ?

**C3** : J'en étais très contente, je ne sais si vous les connaissez ou avez l'occasion de travailler avec eux. J'ai été pris en charge par des gens vraiment très à l'écoute. J'ai bien aimé aussi dialoguer avec le psychologue du centre car il savait ce qu'était la déficience visuelle, à l'inverse d'un psychologue qui ne vous connaît pas et qui ne connaît pas la maladie. Il comprenait bien les difficultés rencontrées, c'était vraiment important.

**J** : C'est spécifique pour vous

**C3** : Voilà. Et ils m'ont permis également de venir une demi-journée avec mon fils aîné qui habite ici, il a rencontré notamment le psychologue qui lui a expliqué des choses. C'est très important aussi.

**J** : ils ont fait intervenir également votre entourage ?

**C3** : Oui, c'était à ma demande. Apparemment, ce n'est pas systématique. Étant donné qu'il n'y a pas de déficients visuels dans la famille, pour eux, c'était quelque chose de nouveau.

**J** : C'est bien qu'ils aient pu rencontrer le psy.

**C3** : Je suis bien entourée. Mes 2 fils ont bien réagi (j'en ai un qui habite aux États Unis). Lorsqu'on se promène ensemble en ville, il ne vérifie pas systématiquement si j'ai une difficulté ; il me laisse faire avec ma canne et m'aide si j'ai une difficulté uniquement. Ils ont une attitude positive.

**J** : D'accord.

**C3** : Il ne se sent pas gêné d'être avec moi, avec une personne qui a une canne blanche.

**J** : Du coup, vous êtes motivés ?

**C3** : Ben oui, car ce n'est pas évident pour la famille quand même.

**J** : Oui, c'est vrai qu'il est important de prendre en compte aussi l'entourage. La situation peut être vécue difficilement par l'entourage.

**C3** : Oui oui, on ne pense pas toujours à l'entourage mais plutôt à la personne concernée mais l'entourage peut mal de vivre.

**J** : Oui c'est vrai.

**C3** : Parfois, je dis à ma 1ere petite fille que les gens dans la rue ne se rendent pas compte que je vois peu ou pas du tout. Du coup, certains me regardent comme un extraterrestre ; elle me répond : « mais non mamie ». Je lui réponds : « je te jure ». La dernière fois, j'étais dans un magasin, un jeune homme me fixait durant 30 secondes, j'ai fini pour lui dire « est ce que vous voulez ma photo ? ». Car vraiment il se demandait qui il avait en face de lui. Du coup, il s'est retourné et parti.

**J** : C'est vrai que ça peut arriver souvent

**C3** : Oui, il y a de tout : il y a des gens qui veulent vous aider, d'autres essaient de vous tendre un piège pour voir si vous voyez encore quelque chose ! Il y a de tout.

**J** : D'accord. J'ai toutes les informations que je souhaitais. Est-ce que vous pensez à d'autres choses ?

**C3** : Non. Si vous avez toutes les informations que vous voulez

**J** : Oui vous m'avez donné beaucoup d'informations, c'est super.

**C3** : Il faut faire avec la déficience visuelle et profiter de la vie tant qu'on peut ! Voilà. Maintenant, mon projet est de pouvoir repartir quelques jours ; pendant ce confinement, je me suis renseignée sur les peintures que j'avais envie de voir, un peu partout. Et je voudrais pouvoir partir quelques jours visiter les musées, tant que je peux.

**J** : D'accord. C'est super, vous avez un beau projet.

**C3** : Oui oui, on verra si j'y arrive.

**J** : Oui il n'y a pas de raison, vous êtes motivés, ça devrait bien se passer. Je n'ai pas d'autres interrogations. Je vais vous laisser, si c'est bon pour vous également.

**C3** : Si vous avez d'autres questions, je pourrai y répondre par écrit également.

**J** : C'est gentil de votre part d'avoir répondu à mon enquête je vous en remercie.

**C3** : C'est justement ça que j'ai trouvé vraiment bien à sainte marie.

**J** : Super, votre accompagnement a été positif.

**C3** : Oui c'est sûr.

**J** : Je vous remercie de votre disponibilité. Je vous souhaite une bonne fin d'après-midi et un bon WE. C'était très gentil de répondre et d'apporter beaucoup de détails dans vos réponses.

**C3** : Merci à vous de m'avoir écouté, bonne journée, au revoir.

**J** : Au revoir

## Abstract en français

### CO-OP'érer avec les déficients visuels acquis vers un loisir satisfaisant

Chaque personne évolue au sein de son environnement familial, social, culturel et professionnel à travers des occupations. Lorsqu'un traumatisme interne ou externe survient brutalement, tout bascule ! les repères environnementaux changent ; les occupations y compris les loisirs disparaissent ; le bien-être et les facteurs de satisfaction de la personne sont alors mis à l'épreuve. Or, nous savons que les loisirs ont des répercussions essentielles sur l'épanouissement de la personne. L'objectif de l'enquête est de déterminer si l'approche CO-OP permettrait de reprendre le loisir et de retrouver le sentiment de satisfaction perdu suite au traumatisme.

Pour cela, une enquête qualitative a permis de recueillir la pratique de 6 ergothérapeutes et le témoignage de 3 personnes déficientes visuelles. Le questionnement développe les caractéristiques de la méthode CO-OP, son influence sur la reprise de l'occupation loisir et plus particulièrement sur le sentiment de satisfaction. Cette enquête permet de comprendre les différentes étapes indispensables que doit surmonter la personne déficiente visuelle pour reprendre un loisir satisfaisant.

Les arguments des ergothérapeutes et des personnes mettent en avant la réalisation de mises en situation suivant des caractéristiques précises entraînant une prise en charge centrée sur le client. Ils montrent ainsi l'importance de la prise en compte de la satisfaction dans la prise en charge afin d'arriver à son objectif initial. Le loisir est propre à chacun mais certains critères de satisfaction sont semblables et influent le client.

**Mots clés :** Ergothérapie – Déficience visuelle acquise – Approche CO-OP – Loisir – Satisfaction

## Abstract in English

CO-OP'erate with the acquired visual impairment toward a satisfactory leisure

Each person evolves within his family, social, cultural and professional environment through occupations. When an internal or external trauma suddenly occurs, everything changes!

Since environmental landmarks change and occupations are disappearing, the person's well-being and satisfaction factors are put to the test. However, we know that leisure has essential repercussions on the self-development. The objective of the survey is to determine whether the CO-OP approach would allow people to get back on leisure and regain the sense of satisfaction lost because of trauma. In order to do so a qualitative survey collected the practice of 6 occupational therapists and the testimony of 3 visually impaired people.

In order to do so, the practice of 6 occupational therapists and the testimony of 3 visually impaired people have been collecting through a qualitative survey. The study develops the characteristics of the CO-OP method, its influence on the resumption of leisure time occupation and more particularly on the feeling of satisfaction. This survey makes it possible to understand the various essential stages that the visually impaired person must overcome to get back on a satisfactory leisure time.

The arguments of occupational therapists and people highlight the realization of scenarios according to precise characteristics leading to a management centered on the client. Thus, they show the importance of taking satisfaction into account to achieve its initial objective. Leisure is specific to each individual, but some satisfaction criteria are similar and influence the client.

**Keywords in English:** Occupational therapist – Acquired visual impairment – Approach CO-OP – Hobbies – Satisfaction