



ENTREVOIR SON AVENIR

Mise en situation écologique et accompagnement d'un adolescent
déficient visuel vers son projet professionnel

Mémoire d'initiation à la recherche

En vue de l'obtention du diplôme d'état d'ergothérapeute

Session juin 2018

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

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

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 50 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) 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'étudiant(e) est aidé(e) 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'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussigné (e) _____ étudiant(e) en 3^{ème} 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(e) 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 Créteil, le

Signature

NOTE AU LECTEUR

« Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayant droit ou ayant cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement, ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque »

Article L-122-4, Code de la propriété intellectuelle

REMERCIEMENTS

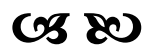
Je tiens à remercier toutes les personnes m'ayant aidée lors de la réalisation de ce mémoire :

En premier lieu, je remercie ma maîtresse de mémoire, Catherine GUILLAUME, pour m'avoir guidée et conseillée depuis les prémices de ce travail.

Je remercie également l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie pour son accompagnement durant ces trois années.

Merci aux personnes ayant accepté de participer à mon enquête pour leur contribution essentielle à ce travail d'initiation à la recherche.

Enfin, je tiens à remercier ma famille et mes proches pour leur soutien et leur encouragement.



« Le handicap visuel complique, il ne détermine pas le devenir adulte. »

Pierre GRIFFON, 1997



TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
CADRE THEORIQUE.....	4
I. La déficience visuelle congénitale.....	4
A. Déficience visuelle et handicap visuel.....	4
1. Définitions.....	4
2. Classification.....	5
B. La déficience visuelle en France.....	6
C. Déficit visuel congénital : impacts et conséquences.....	7
D. Le modèle Personne-Environnement-Occupation-Performance.....	9
II. Spécificités de l'adolescent déficient visuel congénital.....	11
A. Problématique identitaire et recherche d'indépendance.....	11
1. Une quête identitaire complexe.....	11
2. Processus d'indépendance et évolution des relations familiales.....	12
B. Réactualisation de la prise de conscience du handicap visuel à l'adolescence.....	14
C. Parcours de vie et projet d'orientation professionnelle de l'adolescent.....	15
1. Intégration préscolaire.....	15
2. Parcours scolaire.....	15
3. Projet d'orientation professionnelle de l'adolescent.....	17
III. Contexte d'insertion professionnelle des personnes déficientes visuelles.....	18
A. Législation autour du handicap visuel et de l'emploi.....	18
B. Processus d'insertion professionnelle des personnes déficientes visuelles.....	20
1. Orientation et accès aux formations.....	20
2. Structures employant des travailleurs handicapés.....	21
3. Les organismes favorisant l'emploi des travailleurs handicapés.....	21
C. Facteurs influant sur l'emploi dans le cas d'un handicap visuel.....	22
IV. L'ergothérapie auprès d'un adolescent déficient visuel.....	24
A. Présentation de l'ergothérapie.....	24
B. Rôle de l'ergothérapeute auprès des personnes déficientes visuelles.....	25
C. La mise en situation écologique, un outil de l'ergothérapeute.....	26
D. La collaboration interprofessionnelle pour la constitution d'objectifs communs.....	28

CADRE EXPERIMENTAL	30
I. Méthodologie de l'enquête.....	30
A. Objectifs de l'enquête	30
B. Population cible.....	30
C. Outils d'investigation : choix, construction et passation	31
1. <i>L'outil principal : les entretiens :</i>	31
2. <i>L'outil secondaire : les observations :</i>	33
II. Présentation des résultats bruts.....	35
A. Résultats des entretiens	35
B. Résultats des observations.....	38
III. Analyse des résultats	39
A. L'orientation professionnelle des adolescents déficients visuels	39
B. Rôle de l'ergothérapeute auprès de ces jeunes.....	40
C. L'apport des mises en situation écologiques	41
D. Un suivi en étroite collaboration interprofessionnelle	43
IV. Discussion	44
A. Confrontation des résultats au cadre théorique.....	44
B. Limites de la recherche	49
C. Nouvelles pistes de réflexion : intérêts et perspectives de la recherche	49
CONCLUSION.....	51
GLOSSAIRE	51
BIBLIOGRAPHIE	53
ANNEXES	56

INTRODUCTION

D'importants progrès ont été accomplis pour la prévention et la prise en charge de la déficience visuelle. Or, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que le nombre de personnes atteintes d'une **déficience visuelle** est amené à tripler d'ici 2050 dans le monde. Cet accroissement s'explique par la croissance démographique et le vieillissement de la population. Selon les données de 2017 rapportées par la Fédération des Aveugles de France (FAF), 1.7 millions de français sont concernés par les troubles de la vision : malvoyance et cécité.

La déficience visuelle touche tous les âges de la vie, et plus particulièrement les enfants et les personnes âgées. Chez l'enfant, cette déficience est le plus souvent d'origine congénitale, c'est-à-dire : présente dès la naissance. Elle va donc perturber le développement de l'enfant et être un frein à la réalisation de ses occupations. A l'**adolescence**, période charnière et de transition, le jeune déficient visuel va principalement être préoccupé par la **recherche** de son **identité propre**, son **indépendance** et son **autonomie**. Il a conscience que son handicap visuel engendre des difficultés auxquelles il va devoir s'adapter. Progressivement, des questionnements sur son **avenir professionnel** apparaissent. Toutefois, comment faire face à cette problématique d'orientation professionnelle dans un contexte d'accès à l'emploi complexe et d'autant plus pour les personnes en situation de handicap ? De quel accompagnement peut bénéficier cet adolescent déficient visuel congénital quant à son avenir ?

Dans ce contexte, des plans de santé publique ont vu le jour. Notamment le Plan Handicap Visuel 2008-2011 « Dignité – Autonomie – Intégration sociale, qui a pour objectifs d'accompagner la personne et sa famille, de garantir l'accès au savoir, à l'école et à l'emploi. Pour beaucoup, l'activité professionnelle est synonyme d'intégration sociale réussie de par la satisfaction personnelle, l'identité sociale et la reconnaissance qu'elle procure. Mais celle-ci dépend du parcours scolaire de l'individu, de ses compétences, de l'accès aux formations et au poste de travail mais aussi de la perception qu'a l'employeur du handicap.

Ainsi, en tant que future professionnelle de la santé, je m'interroge sur cette problématique d'**orientation professionnelle** d'un adolescent déficient visuel congénital : Quel est le rôle de l'**ergothérapeute** auprès de cette population ? Comment l'ergothérapeute peut s'inscrire dans un **accompagnement interprofessionnel** ? Et quels moyens peut-il utiliser ?

Ces questionnements ont été le fruit d'un long cheminement. Cela m'a permis de construire une problématique de recherche et d'aboutir à une hypothèse.

Tout d'abord, mon intérêt et ma réflexion autour du handicap visuel remonte à 2013, lorsqu'une personne non voyante est venue effectuer une sensibilisation sur la déficience visuelle au sein de mon lycée. Cela a été pour moi l'occasion de découvrir l'ergothérapie, dont cette personne avait bénéficié lors d'un séjour en rééducation.

Ensuite, lors de mes études d'ergothérapie début 2015 et notamment au cours de la première année, j'ai visité une école de chiens guides d'aveugles. L'apport des chiens guides pour cette population est grand. C'est alors que je me suis alors demandée : quels autres accompagnements ou moyens de compensation sont possibles pour permettre à une personne déficiente visuelle d'être indépendante ?

Puis durant mes deux stages de deuxième année, l'un en rééducation neurologie et traumatologie et l'autre en maison d'accueil spécialisée, j'ai pu rencontrer des patients ayant des troubles visuels. Ce fut une réelle opportunité pour commencer à appréhender le rôle de l'ergothérapeute dans le domaine du handicap visuel et découvrir des aides techniques spécifiques. C'est à partir de ces expériences de stage que mon envie de réaliser mon mémoire sur la déficience visuelle et le rôle de l'ergothérapeute dans ce domaine s'est confirmée. Après avoir de multiples lectures à ce sujet, il me fallait dorénavant cerner d'avantage la population.

C'est ainsi que dans le cadre des ateliers mémoires mis en place par l'Institut de Formation en Ergothérapie en avril 2017, j'ai fait le choix de m'orienter vers les adolescents déficients visuels. En effet, l'adolescence est une période charnière de la vie où la recherche d'indépendance et d'autonomie est très importante. Elle amène à des questionnements notamment quant à son avenir. Par le biais de lectures sur l'adolescence, les spécificités de l'adolescent déficient visuel et les problématiques liées à cette période (mémoires, articles et ouvrages), j'ai pu définir une première problématique : *De quelle manière l'ergothérapeute peut accompagner un adolescent déficient visuel vers son projet d'orientation professionnelle ?* J'ai ensuite précisé la population étudiée en ajoutant la notion de handicap congénital. En effet, mes lectures m'ont montrées qu'un adolescent déficient visuel de naissance est moins concerné par le travail de deuil n'ayant pas d'éléments de comparaisons. Le jeune sera alors plus à même de se projeter vers son avenir.

Dans le but d'affiner cette problématique et d'émettre une hypothèse, j'ai réalisé une pré-enquête auprès d'ergothérapeutes en septembre 2017. Les échanges avec ma maître de mémoire m'ont permis d'aller dans ce sens. Cela aussi fait prendre conscience de la notion d'**interprofessionnalité**, très présente et importante dans l'accompagnement de cette population. J'ai donc fait évoluer ma problématique pour lui donner sa forme finale :

De quelle manière l'ergothérapeute, dans le cadre d'un accompagnement interprofessionnel, peut aider un adolescent déficient visuel congénital dans son projet d'orientation professionnelle ?

Avec cette pré-enquête, j'ai également constaté l'utilisation très fréquente des mises en situations écologiques surtout dans le domaine de la vie quotidienne. Mais peu d'ergothérapeutes l'utilisent dans le domaine de l'orientation professionnelle. A partir de ce constat, j'ai souhaité étudier l'apport des mises en situations écologiques dans le cadre du projet professionnel du jeune. Ainsi, j'ai émis mon hypothèse :

La mise en situation écologique permet à l'ergothérapeute d'aider le jeune à identifier les capacités à développer, afin de faciliter l'accès à son projet professionnel.

Cette problématique et cette hypothèse font appel à différents concepts qui sont développés dans le cadre théorique qui suit. Dans un premier temps je vais définir ce qu'est la **déficiences visuelle congénitale** et je développerai les **spécificités de l'adolescent** atteint d'un handicap visuel congénital. Puis je m'intéresserai au **contexte d'insertion professionnelle** des personnes déficientes visuelles. Enfin, j'aborderai le **rôle de l'ergothérapeute** auprès de cette population et notamment l'utilisation de **mise en situation écologique**.

Dans un deuxième temps, je présenterai le cadre expérimental avec la méthodologie de l'enquête que j'ai menée et les résultats que j'ai obtenus. Viendra ensuite une discussion mettant en lien le cadre théorique et expérimental, avant de conclure ce mémoire d'initiation à la recherche.

CADRE THEORIQUE

I. La déficience visuelle congénitale

Avant de s'intéresser aux spécificités de l'adolescent déficient visuel congénital, il est important de définir les notions de **déficience visuelle** et de **handicap visuel**. Ces notions peuvent être appuyées de données, pour enfin se pencher sur les **impacts du déficit visuel** lorsqu'il est d'origine congénitale.

A. Déficience visuelle et handicap visuel

1. Définitions

Selon C. KOVARSKI (2014), la déficience correspond à une « *altération d'une structure ou d'une fonction anatomique, physiologique ou psychologique* ». La déficience visuelle concerne donc « *une baisse de la vision ou de la perception du champ visuel que l'on peut relier à une anomalie de développement ou une altération d'une des composantes anatomiques, physiologiques ou neurologiques du système visuel* ». Ce déficit s'exprime en fonction de deux données :

- L'acuité visuelle : grandeur mesurant la capacité de l'œil à discriminer deux points distincts, en fonction de la distance les séparant et de l'éloignement de l'observateur.¹ Il existe plusieurs échelles [Annexe 1].
- Le champ visuel : espace que l'œil peut percevoir quand il est immobile.² Il s'exprime en degré.

La déficience visuelle prend également en compte « *l'impact de la perte visuelle par rapport au fonctionnement de la personne dans un environnement familial* ». Ainsi, une notion « *d'autonomie et de fonctionnalité* » est ajoutée et va au-delà des critères bruts d'acuité visuelle et de champ visuel.

Ce déficit s'exprime différemment d'une personne à l'autre. Il n'existe donc pas une déficience visuelle mais bien des déficiences visuelles. En ce sens, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2017), estime que « *les baisses de la vision (malvoyance) et la cécité représentent l'ensemble des déficiences visuelles* ».

^{1, 2} Définitions issues du Larousse médical 2006

De plus, il est important de souligner que la notion de déficience visuelle est étroitement liée à celle du handicap visuel. Selon la loi du 11 février 2005, « *constitue un handicap [...], toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ». De ce fait, le handicap correspond aux conséquences du déficit sur l'activité et la participation de la personne dans son environnement.

Le handicap visuel concerne donc « *tout sujet reconnu comme atteint de cécité ou de malvoyance* », qui « *subit une limitation d'activité dans son comportement socioculturel ou professionnel attribuable à une anomalie de la vision ou de la perception du champ visuel* ». (KOVARSKI, 2014, p. 468)

Ainsi, la déficience visuelle correspond à la perte visuelle d'un individu en tenant compte de sa répercussion sur ses activités et comportements au quotidien. Ce dernier est en situation de **handicap visuel** lorsqu'il est reconnu que sa déficience **impacte ses occupations et sa participation**. Au niveau mondial, l'OMS a établi une classification des déficiences visuelles.

2. Classification

Dans la 10^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10), l'OMS détermine cinq catégories de déficiences visuelles selon deux critères : l'acuité visuelle et le champ visuel. Ces catégories sont différenciées en deux notions : la malvoyance (basse-vision) et la cécité.

La **malvoyance** correspond à une acuité visuelle, du meilleur œil après correction, inférieure à 3/10^{ème} et supérieure ou égale à 1/20^{ème}. Elle se décline en deux catégories : la déficience visuelle moyenne et sévère. Selon J. HEYRAUD (2013), la déficience visuelle sévère peut se décliner en 3 groupes : la vision centrale ou tubulaire, le scotome central avec vision périphérique et la vision floue.



Image 1 : vision centrale

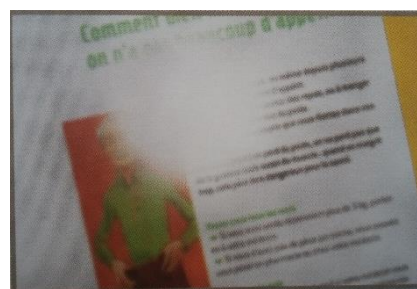


Image 2b: scotome central

(Source : Quand la malvoyance s'installe, INPES, 2002)

La définition actuelle de la **cécité** par l'OMS n'inclut pas la notion de perception lumineuse. Elle définit la cécité par une acuité visuelle du meilleur œil avec correction inférieure à 1/20^{ème} et un champ visuel inférieur à 10 degrés. Elle se décline en trois catégories : la déficience visuelle profonde, presque totale et totale.

Ainsi, la classification des déficiences visuelles se présente de la façon suivante :

Type d'atteinte et catégorie (OMS)		Acuité visuelle binoculaire avec correction portée		Champ visuel
		Inférieure à :	Supérieure ou égale à :	
Malvoyance	Catégorie I déficience visuelle moyenne	3/10 (0,30)	1/10 (0,10)	Supérieur à 20°
	Catégorie II : déficience visuelle sévère	1/10 (0,10)	1/20 (0,05)	Entre 20° et 10°
Cécité	Catégorie III : déficience visuelle profonde	1/20 (0,05)	1/50 (0,02)	Entre 10° et 5°
	Catégorie IV : déficience visuelle presque totale	1/50 (0,02)	Perception lumineuse	
	Catégorie V : Déficience visuelle totale	Pas de perception lumineuse		

Tableau 1: Classification des déficiences visuelles selon l'OMS

En réalité, la déficience visuelle ne peut se définir uniquement par l'acuité et le champ visuel. Il existe une multiplicité de cas comme les troubles de la vision centrale (scotome), les troubles de la vision périphérique (vision tubulaire), les troubles de perception des couleurs ou des contrastes (dyschromatopsie) ou encore les troubles de tolérance à la lumière (photophobie).

C'est pourquoi en France, les différentes formes de déficiences visuelles ont été définies selon l'incapacité visuelle ressentie par les individus.

B. La déficience visuelle en France.

En 2003, l'Union Européenne des Aveugles a proposé une définition dite fonctionnelle de la déficience visuelle fondée sur les besoins de l'individu : « *une personne malvoyante est une personne dont la déficience visuelle entraîne une incapacité dans l'exécution d'une ou plusieurs des activités suivantes : lecture et écriture, appréhension de l'espace et déplacements, activités de la vie quotidienne, communication, poursuite d'une activité exigeant le maintien prolongé de l'attention visuelle* ».

Cette définition est utilisée en France dans le cadre des aides financières et du soutien matériel alloué par les organismes de l'Etat. Ces organismes utilisent également la définition de la malvoyance par l'OMS et de la cécité légale considérée à partir d'une acuité visuelle inférieure à 1/20^{ème}.

Selon la Fédération des aveugles de France (FAF), en 2017, 1.7 millions de français sont concernés par les troubles de la vision. Parmi eux, on dénombre 207 000 personnes atteintes de cécité dont 61 000 aveugles (pas de perception lumineuse).

Beaucoup de personnes malvoyantes ne sont pas identifiées comme telles. F. BOE nous dit d'ailleurs : « *lorsque l'on est aveugle, on sait qu'on ne voit pas, alors que pour une personne malvoyante c'est beaucoup plus délicat d'apprécier la capacité de vision, c'est très variable d'une personne à une autre [...]. Chaque cas est particulier.* ». De ce fait, il est plus difficile de dénombrer la population atteinte de malvoyance. Les seules données proviennent de l'enquête « Handicaps-Incapacités-Dépendance » (HID) publiée en 2002 par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Celle-ci estime à 932 000 le nombre de malvoyants en France.

La déficience visuelle touche tous les âges de la vie et plus particulièrement les enfants et les personnes âgées. Toujours selon l'enquête HID, chez l'enfant, la déficience visuelle est le plus souvent d'origine prénatale et pose le problème du développement et de l'éducation. Cette enquête estime que 63 000 personnes ont un handicap visuel congénital, c'est-à-dire présent dès la naissance.

Plus précisément, quels sont les impacts de la déficience visuelle congénitale chez un jeune enfant ? Et, comment cela se manifeste-t-il ?

C. Déficit visuel congénital : impacts et conséquences

J. HATWELL (2006) définit la déficience visuelle comme congénitale lorsqu'elle survient soit dès la naissance soit après quelques semaines ou mois de vie.

Le déficit visuel congénital a un impact important sur le développement de l'enfant. En effet, il a des conséquences autant sur le plan sensori-moteur, qu'affectif, social ou intellectuel. La stimulation visuelle fait défaut chez l'enfant, ainsi « *les interactions sensorielles et affectives sont amoindries ou perturbées ; il ne peut imiter son entourage dont il ignore les mimiques, les gestes et les postures* ». Il ne peut pas non plus « *explorer l'invisible avec son corps, s'aventurer dans son espace familier, apprivoiser son propre environnement en multipliant les expériences* » qui sont des mécanismes essentiels au développement. (HEYRAUD, 2013, p. 30)

En résumé, le déficit visuel congénital « *majore les difficultés dans l'autonomie et l'intégration car l'expérience est perturbée en quantité et en qualité* » (RAYNARD, 2003, p. 30). Il a de nombreuses conséquences chez l'enfant qu'il est possible de répertorier de la façon suivante :

- Troubles des préhensions et du schéma corporel ;
- Difficultés dans la structuration de l'espace et des représentations mentales ;
- Mauvaise attitude posturale ;
- Relations à autrui perturbées : carence de mimétisme, peu d'accès aux manifestations non verbales et à la reconnaissance des expressions du visage ;
- Isolement fréquent et manque de confiance en soi.

F. RAYNARD (2003) ajoute que l'enfant est peu concerné par le travail de deuil³. Celui-ci lui est plus aisé car il n'a pas d'élément de comparaison. Malgré cela, il devra accepter sa différence et s'y adapter par des moyens de compensation.

Pour finir, il est important d'évoquer une particularité de certains enfants atteints de cécité ou de malvoyance sévère d'origine congénitale : le blindisme. Ce terme désigne l'ensemble des attitudes, comportements corporels singuliers et gestualités spécifiques observés chez ces enfants. Ces manifestations peuvent être des balancements, des mouvements rythmiques, une démarche singulière, les poings enfoncés dans les yeux ou encore des mimiques. Elles permettent à l'enfant de se stimuler et de se rassurer face au manque de repères que lui offre son environnement physique. (MARCELLINI, 2006)

Pour pallier ces difficultés, J. HEYRAUD (2013) insiste sur l'importance qu'a l'entourage dans l'accompagnement de l'enfant. En effet les parents, aidés par des professionnels, vont pouvoir le stimuler autant sur le plan sensori-moteur que relationnel et vont favoriser un développement optimal de leur enfant.

Cet enfant va grandir et atteindre la période de l'adolescence. Cette étape de la vie chez le jeune déficient visuel congénital peut être présentée à l'aide d'un modèle conceptuel : ici, le modèle Personne-Environnement-Occupation-Performance. Ce modèle donne une vue d'ensemble des caractéristiques spécifiques de l'adolescent déficient visuel et permet d'introduire le deuxième concept de ce cadre théorique.

³ Selon les travaux d'E. KUBLER-ROSS en 1969 les étapes du deuil sont : le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation. Chaque individu peut éprouver ces phases dans un ordre différent.

D. Le modèle Personne-Environnement-Occupation-Performance

Le modèle Personne-Environnement-Occupation-Performance (PEOP) est un modèle américain créé par C. CHRISTIANSEN, C. BAUM et J. BASS. Il est considéré comme un modèle « *écologique, systémique et transactionnel* ». De ce fait, il s'intéresse aux « *caractéristiques de la personne et de son environnement* » ainsi qu'à la façon dont ces deux concepts interagissent pour « *influencer la performance occupationnelle* ». Cette dernière est en lien avec les notions de **participation**, de **bien-être** et de **qualité de vie**. (MARGOT-CATTIN, 2017, p. 64).

Le modèle PEOP est représenté sous forme de quatre concepts qui se superposent et interagissent : la personne, son environnement, ses occupations et sa performance [Annexe 2]. Transposée à l'adolescent déficient visuel congénital, la représentation du modèle est la suivante :

- La **personne** : l'adolescent déficient visuel caractérisé par ses facteurs personnels et ses capacités/incapacités qui diffèrent selon les individus, l'atteinte visuelle et son parcours de vie.
- L'**environnement** : il inclut les influences familiales, scolaires et institutionnelles qui peuvent être facilitatrices ou obstacles pour la réalisation de ses occupations.
- Les **occupations** : ce sont les activités, tâches et rôles que l'adolescent veut réaliser et mener dans sa vie. Ici ses occupations principales sont la quête identitaire, la recherche d'autonomie et d'indépendance et les questionnements liés à son projet professionnel.
- La **performance** : c'est une notion mesurable. Chez l'adolescent elle n'est pas optimale car il lui reste des prérequis à acquérir et des capacités à développer.

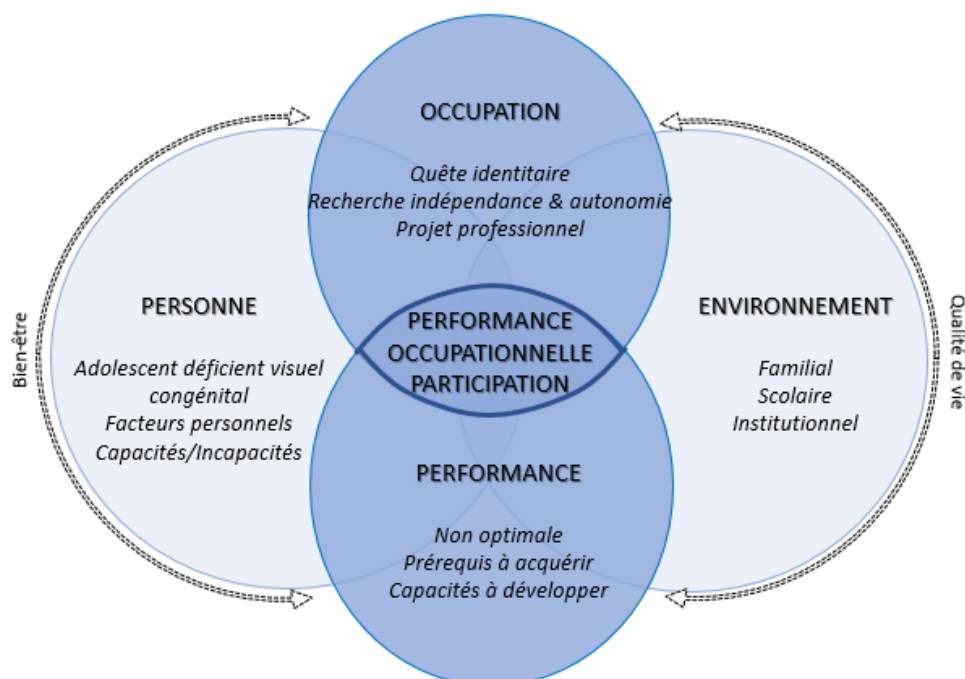


Image 1: Représentation du modèle PEOP appliqué à l'adolescent déficient visuel congénital

Ainsi, la réalisation optimale, par l'adolescent, des occupations qui font sens pour lui constitue la « *performance occupationnelle* ». Celle-ci est « *soutenue par les facteurs personnels et environnementaux* ». La **performance occupationnelle** est évolutive car elle dépend des quatre concepts qui l'entourent. De ce fait, lorsque ces concepts se superposent de manière uniforme, cela entraîne une « *performance réalisée* » et donc « *la participation, le bien-être et la qualité de vie* » de la personne (MARGOT-CATTIN, 2017, p. 64). Cependant, l'adolescent déficient visuel est confronté à des problématiques qui freinent sa performance occupationnelle et sa participation.

Pour conclure, il existe une multitude de formes pour la déficience visuelle. Plus celle-ci est précoce, plus elle va majorer les difficultés de l'enfant dans ses occupations. Cet enfant va grandir dans son environnement propre et va être confronté à l'adolescence et à diverses problématiques. Nous allons donc voir les spécificités de l'adolescence dans le cas d'une déficience visuelle et ses occupations principales au sein de son environnement. Puis son parcours de vie le menant à un projet professionnel, pour lequel sa performance est à développer.

II. Spécificités de l'adolescent déficient visuel congénital

L'**adolescence** est définie par l'OMS comme « *la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans* ».

C'est une « *étape charnière de la vie* » où l'adolescent quitte le monde de l'enfance pour faire « *face à de nombreux défis qui s'enchaînent dans un contexte de changement sur tous les plans développementaux* » (MARCOTTE, 2014, p. 287). Ainsi, le jeune va être confronté à plusieurs problématiques : une problématique identitaire complexe en lien avec sa quête d'indépendance et une réactualisation de la prise de conscience de son handicap.

A. Problématique identitaire et recherche d'indépendance

La période de l'adolescence est souvent plus longue pour un adolescent déficient visuel congénital. Son entrée dans cette phase se fait à un âge plus tardif. « *La prise de conscience des transformations corporelles, la modification des enjeux et des investissements affectifs ainsi que les processus identificatoires s'amorcent de manière lente et progressive* » (GRIFFON, 1997, p. 2).

L'adolescent déficient visuel est confronté à une **quête identitaire complexe** et cherche à devenir indépendant. Cela va faire évoluer la relation qu'il entretenait jusqu'à maintenant avec ses parents et son environnement familial.

1. **Une quête identitaire complexe**

La construction de l'identité est une « *tâche développementale majeure de l'adolescence* » (LANNEGRAND-WILLEMS, 2014, p. 102). Un de ses aspects est l'acceptation des changements dus à la puberté. Appelé développement pubertaire, il correspond à « *la maturation physique et reproductive et constitue le changement le plus évident et le plus rapide survenant dans la vie humaine* » (ALSAKER, 2014, p. 17).

Ces changements physiologiques perturbent l'identité du jeune et ses déterminants personnels. P. GRIFFON (1997) parle alors de quête identitaire. C'est-à-dire, la transition entre une identité sécurisante devenue caduque à la suite des maturations physiologiques vers une nouvelle identité d'adulte, valorisée mais encore difficile à assumer pleinement. Cette quête identitaire présente deux enjeux majeurs.

Tout d'abord définir une nouvelle image de soi en choisissant des modèles à imiter. Puis, tester ces identifications et prise de position auprès de ces parents et des jeunes du même âge. L'objectif de ce deuxième enjeu pour l'adolescent est d'affirmer sa nouvelle identité sans que cela ne diminue ses capacités à aimer et être aimé. (P. GRIFFON, 1997)

Ces enjeux sont en lien avec l'ambivalence auquel tout adolescent est confronté. L'individu souhaite être « *comme les autres, tout en se reconnaissant différent* » mais ne veut pas « *être reconnu comme différent* » (ZOLLA, 2005, p. 22). Cela renvoie aussi à l'estime de soi qui est « *une ressource importante pour la construction de l'identité* ». En retour, « *la consolidation de l'identité influence l'estime de soi* » (LANNEGRAND-WILLEMS, 2014, p. 119).

L'adolescent déficient visuel congénital est donc confronté à plusieurs problématiques identitaires. Tout d'abord, une grande difficulté à s'identifier à des modèles adultes qu'il ne peut pas bien voir ou qu'il ne voit pas et qui par conséquent, sont difficiles à imiter. Ensuite, un manque de moyens pour contrôler si sa nouvelle identité et sa nouvelle apparence sont acceptées et appréciées par les personnes qui l'entourent (GRIFFON, 1997).

Dans un même temps, l'adolescent déficient visuel entame une recherche d'indépendance. Cela va considérablement modifier la relation familiale qu'il entretenait jusqu'à maintenant.

2. Processus d'indépendance et évolution des relations familiales

Le jeune déficient visuel va pouvoir profiter du rebond propre à l'adolescence pour « *remettre en cause les éléments qui jusqu'alors définissaient son autonomie, son handicap et ses capacités personnelles* » (GRIFFON, 1997, p. 2). Ces éléments qui lui étaient essentiels pour grandir en sécurité auprès de ses parents sont alors remis en question.

M-P. HERVY (2016) définit l'**autonomie** comme « *la qualité dynamique de l'être humain, qui trouve son équilibre personnel entre les règles qu'il s'est lui-même choisies, et celles qui lui sont imposées, mais dont il admet le bien-fondé* ». En d'autres termes, il s'agit ici de la capacité de l'adolescent à faire ses choix tout en considérant les règles imposées par ses parents et son environnement et ainsi d'agir en fonction de ceux-ci.

L'autonomie est étroitement liée à la notion d'**indépendance** défini par S. MEYER (2013) comme « *le fait d'être capable de réaliser des activités de tous les jours de manière satisfaisante.* ». L'adolescent déficient visuel va donc chercher à devenir à la fois autonome et indépendant.

En effet, l'adolescent déficient visuel congénital, par le processus d'identification et de vérification d'identité présenté précédemment, va « *découvrir par lui-même des domaines d'effcience, d'autonomie et d'intérêt insoupçonnés au cours de l'enfance* » (GRIFFON, 1997, p. 3). Ces occupations vont alors être : choisir ses vêtements, sortir seul et prendre les transports en commun, se préparer à manger, ...

Cependant, cette recherche d'indépendance peut être freinée par l'environnement familial et notamment les parents qui « *ont tendance à surprotéger les adolescents déficients visuels* » (ZOLLA, 2005, p. 22). Si ce comportement de surprotection est trop important, le jeune déficient visuel aura peur de se lancer nous dit P. GRIFFON (1997). Car cela signifie s'opposer aux modèles de ses parents et risquer de perdre l'affection et l'assistance matérielle parentale qu'ils lui portent. Parfois, selon E. ZOLLA (2005) ce sont aussi les adolescents qui ont des difficultés à se détacher de leur parent pour acquérir de l'indépendance.

Ainsi, via le processus d'indépendance, les relations entre les parents et l'adolescent évoluent et sont caractérisées « *à la fois par la continuité et le changement : continuité sur le plan des fonctions essentielles exercées par les parents et changements sur le plan des interactions entre parents et adolescents* » (CLAES, 2014, p. 159). P. GRIFFON (1997) décrit cette démarche de distanciation comme complexe et ambivalente car elle signifie quitter un équilibre socio-affectif acquis, pour un autre jugé meilleur mais non acquis.

De ce fait, l'apparition de conflit semble inévitable car la recherche constante d'indépendance « *qui constitue une réalité centrale de l'adolescence* », va engendrer « *d'inévitable écarts entre parents et adolescents* » entraînant une « *décentration du cercle familial* » et la création de nouveau lien d'attachement avec les pairs. (CLAES, 2014, p. 170)

La recherche d'une identité nouvelle et d'une indépendance vont permettre à l'adolescent déficient visuel congénital de « *passer d'une position régressive passive à la position subjective de sujet responsable et individué* » (BRETON, 2000, p. 1). Mais celui-ci va aussi devoir faire face aux nouveaux aspects de son handicap.

B. Réactualisation de la prise de conscience du handicap visuel à l'adolescence

Depuis toujours, l'adolescent s'est conformé à « *une image du handicap et de son autonomie correspondant à celle que s'était faite ses parents* ». En grandissant, il va alors « *s'approprier son handicap en essayant de définir les limites fonctionnelles que ce dernier lui impose et, à l'intérieur de ces limites, les domaines de compétences sur lesquels il va s'appuyer pour affirmer son identité nouvelle* » (GRIFFON, 1997, p. 3)

Cette démarche est complexe car elle nécessite une double acceptation. A. BRETON (2000) parle de l'acceptation d'un nouveau corps sexué, et en parallèle, l'acceptation de la blessure narcissique due à ce corps endommagé par le handicap. L'adolescent doit donc se confronter au travail de deuil d'un corps idéal.

De plus, à l'adolescence, « *le caractère inéluctable de la maladie s'impose* » (BRETON, 2000, p. 1) et les angoisses face à la perte et au deuil resurgissent de façon importante. Ainsi, grandir en étant en situation de handicap renvoie le jeune déficient visuel à ses difficultés. Il souhaite devenir indépendant mais il n'en a pas toujours les capacités.

Le handicap visuel « *accentue les difficultés et la perte de confiance quant au désir d'autonomie et d'indépendance* » (HANDICAPS, 2008, p. 39). C'est pourquoi dans certains cas, « *la découverte des limites induites par la déficience visuelle peut générer des situations dépressives* » pour ceux dont la déficience visuelle est stable. Ceux dont la déficience est évolutive ont en plus « *une crainte extrêmement forte de la perte de la vue qui génère angoisse, voir déni du handicap* » (ZOLLA, 2005, p. 22).

La réactualisation de la prise de conscience du handicap à l'adolescence est aussi présente pour les parents. En effet selon A. BRETON (2000), leur enfant est à nouveau confronté à des difficultés et cela entraîne une « *réactivation du deuil de l'enfant idéal* » et une « *attitude parentale d'hyperprotection et de contrôle* ». Cette attitude doit absolument diminuer pour permettre à l'adolescent de « *passer d'une position passive à une position active* ». Enfin, les parents éprouvent des difficultés à « *accepter de perdre une partie de la maîtrise des soins* » et à « *apprendre à faire confiance à l'adolescent pour gérer seul sa maladie* ».

Ainsi, chaque individu réagit différemment face au handicap. « *Chaque problématique et chaque contexte sont uniques et s'inscrivent dans une trajectoire de vie* » (BRETON, 2000, p. 3). Qu'elles sont alors les possibilités de parcours s'offrant au jeune déficient visuel ? Nous allons donc voir les différents parcours scolaires possibles amenant l'adolescent déficient visuel vers son projet professionnel.

C. Parcours de vie et projet d'orientation professionnelle de l'adolescent

« Toute structure d'accueil est un puissant vecteur d'intégration sociale autant qu'un lieu d'acquisition de connaissances » (HANDICAPS, 2008, p. 59). Ainsi, beaucoup d'enfants déficients visuels sont accueillis en structure dès leur plus jeune âge. Une multitude de parcours est possible selon les besoins et les aptitudes de l'enfant.

1. Intégration préscolaire

Selon le guide de l'AP-HP⁴ sur le handicap visuel (2008), l'accueil précoce dans des structures ordinaires est important et permet de développer les capacités et les potentialités des enfants déficients visuels. Plusieurs possibilités s'offrent aux parents : crèche, halte-garderie, jardins d'enfants ou encore centres de loisirs. Toutes « veillent à la santé, à la sécurité et au bien-être des enfants qui leur sont confiés, ainsi qu'à leur développement, et elles concourent à l'intégration sociale des enfants ayant un handicap ou atteints d'une maladie chronique ».

En parallèle, les enfants peuvent être suivis par des structures de soutien comme le Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP) ou le Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce (SAFEP). Leur objectif est de favoriser l'adaptation sociale et éducative de l'enfant ayant un handicap, au sein de son environnement et avec sa participation, tout en conseillant les parents. (HANDICAPS, 2008)

2. Parcours scolaire

« Au niveau scolarité, les parents doivent être bien conseillés et rencontrer une équipe spécialisée » afin de « déterminer si l'enfant a besoin d'apprendre des techniques particulières et définir lesquelles » (BOE, 2005, p. 18). Les enfants peuvent suivre leur scolarité dans un établissement classique ou spécialisé.

Selon F. BOE (2005), l'enfant scolarisé dans une **école ordinaire** doit développer des capacités d'adaptation importantes. Toutefois, un professeur et des camarades compréhensifs ainsi qu'une équipe de soutien lui permettra de suivre en classe. Il existe 3 types de scolarisation en milieu ordinaire (HANDICAPS, 2008, p. 66) :

⁴ Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

- L'intégration individuelle dans une classe ordinaire ;
- L'intégration collective dans des Classes d'Intégration Scolaire (CLIS), remplacées depuis 2015 par les Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire (ULIS) ;
- Les Unités Pédagogiques d'Intégration (UPI) « *implantées dans les collèges et plus rarement les lycées* » avec « *au maximum 10 élèves* ». L'enseignant est spécialisé et le jeune déficient visuel est intégré dans un même temps à une classe traditionnelle.

Selon le même auteur, l'enfant développe les mêmes capacités en institution. Cependant, l'établissement fonctionne autour de la déficience visuelle avec une équipe spécialisée. L'enseignement et l'éducation sont donc facilités pour l'enfant. La Mission Handicaps (2008) énumère dans son guide, plusieurs types d'**établissements spécialisés** :

- L'Institut National des Jeunes Aveugles (INJA, situé à Paris) : enseignements et éducations spécialisés (accès au savoir, communication, relation, développement de l'autonomie et inclusion sociale) ;
- La Section d'Education et d'Enseignement Spécialisés (SEES) qui suit l'enfant dans sa globalité (développement, santé, scolarité, ...) ;
- La Section d'Education pour les jeunes déficients visuels avec un Handicap Associé important (SEHA) ;
- L'Institut Médico-Educatif (IME) pour les individus de 3 à 20 ans ;
- L'Institut Médico-Professionnel (IMPro) qui aide les 14 à 20 ans à acquérir un savoir-faire préprofessionnel et propose un suivi médical et paramédical ;
- La Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle (SIPFP) : accueillant des jeunes de 15 à 20 ans pour acquérir de l'autonomie, des compétences sociales et préprofessionnelles.

Durant son parcours scolaire, le jeune peut également bénéficier de **soutien** notamment du Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire (S3AIS). Il est composé d'une équipe pluriprofessionnelle qui accueille les jeunes déficients visuels jusqu'à 20 ans. Ce service propose des moyens de compensation, de la rééducation et un soutien adapté. Enfin, le jeune peut également bénéficier de l'aide d'une Auxiliaire de Vie Scolaire. (HANDICAPS, 2008)

3. *Projet d'orientation professionnelle de l'adolescent*

C'est lors de sa scolarité que le jeune va se questionner sur son **orientation professionnelle**. S'orienter c'est « *déterminer la place qu'on occupe par rapport à des repères, pour se diriger* » mais aussi « *savoir où on est et qui on est pour savoir où aller* » (BAUDOIN, 2009, p. 3). De ce fait, l'adolescent avec sa nouvelle identité affirmée, doit accepter son handicap pour pouvoir se projeter vers son orientation et donc vers son avenir. Cela constitue une grande part de ses occupations.

La question du devenir est aussi amenée par l'environnement de l'adolescent déficient visuel : la famille et l'entourage proche, l'école et la société. La pression peut s'avérer forte et l'adolescent devra faire la part des choses entre ses propres envies et celles provenant de l'extérieur. (BAUDOIN, 2009)

Certains jeunes déficients visuels « *pensent que leur orientation a été proposée plutôt en fonction des filières existantes ou de parcours tracés par des prédécesseurs, [...] plutôt qu'en fonction de leurs propres besoins ou objectifs* » (LEWI-DUMONT, 2015, p. 160). Cela n'est plus vrai aujourd'hui car comme le dit Q. POURBAY (2017) « *les métiers d'aveugles n'existent plus ou presque plus* ». Dorénavant, les jeunes peuvent s'orienter vers des filières autres que la musique, l'enseignement du braille ou encore le travail manuel.

De plus, le choix de l'orientation du jeune se fait de manière conjointe. Son avis, celui ses parents et des professionnels sont pris en compte. Ils font l'objet d'une **concertation** pour évaluer ses capacités/incapacités, sa performance et les caractéristiques de l'environnement dans lequel il souhaite évoluer. Cela permet de l'accompagner vers un projet réalisable et qui lui plaît. (GRIFFON, 1997)

Pour finir, l'orientation nécessite un certain nombre de **prérequis** décrit par P. CHAZAL (2005) :

- Disposer d'une documentation adaptée (braille ou grands caractères) et d'aides techniques adaptées à ses besoins ;
- Acquérir des méthodes de travail efficaces (mémoire, compensation multisensorielle) ;
- Etre autonome dans sa vie journalière et dans ses déplacements ;
- Avoir surmonté au mieux les difficultés psychologiques liées au handicap.

L'adolescent déficient visuel évolue dans un environnement familial, scolaire et institutionnel. Dans ce cadre, il fait face à son handicap pour réaliser ses occupations : quête identitaire et processus d'indépendance. Son parcours l'amène progressivement vers un projet d'orientation professionnelle. Ayant des capacités à développer et des prérequis à acquérir, sa performance n'est pas optimale. Alors, comment faire face à cette problématique d'orientation professionnelle dans un contexte d'accès à l'emploi complexe pour les personnes en situation de handicap ?

III. Contexte d'insertion professionnelle des personnes déficientes visuelles

L'accès à l'emploi est complexe. En France, selon l'INSEE, le taux de chômage est de 9.5% au deuxième trimestre de 2017. Il est d'autant plus complexe pour les personnes en situation de handicap. En effet, l'AGEFIPH (L'Association de Gestion des Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées) estime à 20% le taux de chômage des travailleurs handicapés. Pour les personnes déficientes visuelles, seulement 30% des 18-60 ans sont en activité. Ce constat est donc une problématique de Santé Publique. Dans ce cadre, quelles mesures sont prises pour favoriser l'insertion professionnelle des personnes déficientes visuelles ? Quels parcours va suivre le jeune pour accéder à son projet professionnel ?

A. Législation autour du handicap visuel et de l'emploi

La principale loi française sur le handicap est celle du 11 février 2005 dite « *pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* ». Elle a eu un impact important sur la représentation du handicap et l'a défini comme : « *constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ». Pour la première fois, la notion de handicap sensoriel est apparue dans la définition du handicap. De plus, cette loi a permis la mise en place des mesures pour favoriser : la scolarité en milieu ordinaire en instaurant « *un suivi personnalisé* » mais aussi l'emploi des personnes en situation de handicap par « *le principe de non-discrimination* ». Enfin, la loi promeut « *le principe d'accessibilité généralisée* ». Ce qui a abouti à l'amélioration de l'accessibilité des lieux publics mais aussi des supports d'informations. Cela facilite grandement le quotidien des personnes déficientes visuelles, par exemple pour se déplacer jusqu'à l'entreprise ou chercher une offre d'emploi sur internet (Aspect essentiels de la loi du 11 février 2005, dite loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, 2006).

A la suite de cette loi, les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) ont été créées. Elles sont chargées de l'accueil et de l'accompagnement des personnes handicapées et de leurs proches.

Au sein de la MDPH, il existe un organisme décisionnaire, la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH). Celle-ci a plusieurs missions. Elle décide notamment de l'attribution des prestations financières, de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) et du statut de travailleur handicapé (RQTH). C'est également cette commission qui se prononce, après la demande d'un usager, sur les décisions d'orientation vers des structures spécialisées (scolarisation, formation hébergement, rééducation). (MEDIALIS, 2017)

Dans la continuité de cette loi, le Plan Handicap Visuel 2008-2011 « *pour une intégration pleine et entière des personnes aveugles et malvoyantes à la vie de la Cité* » a été adopté. Les mots clés « *Dignité – Autonomie - Intégration Sociale* » constituent le fil conducteur des vingt-deux mesures organisées en trois axes : « *vivre dignement avec le handicap, vivre de façon autonome et vivre pleinement sa citoyenneté* ». Plusieurs thèmes sont abordés comme l'accompagnement, la scolarité et l'emploi. Ce plan a permis d'améliorer l'accompagnement de personnes déficientes visuelles et de leur entourage grâce à l'augmentation du nombre de places en SESSAD/S3AIS⁵. Parmi les mesures adoptées, celle d'une meilleure adaptation des documents scolaires a grandement facilité le parcours scolaire et par conséquent l'orientation professionnelle, puis l'accès aux formations des jeunes déficients visuels. (GOUVERNEMENT, 2008)

Concernant l'emploi, d'autres mesures ont été prises bien auparavant, lors de la loi du 23 novembre 1957 qui pour la première fois, fait référence à la qualité de travailleurs handicapés. Par la suite, la loi d'orientation du 30 juin 1975 a mis en place les premières commissions de reconnaissances de travailleurs handicapés. Enfin, l'obligation d'emploi, définie comme « *tout employeur occupant au moins 20 salariés, doit employer des travailleurs handicapés dans une proportion de 6% de son effectif salarié* » a été instituée par la loi du 10 juillet 1987. Cette loi est la première à mettre en place des moyens d'accompagnement, de contrôle et des sanctions financières aux employeurs ne répondant pas à leur obligation. Toutes ces mesures ont fait avancer la reconnaissance du droit fondamental de travailler et donc la participation sociale des travailleurs handicapés. (GOUVERNEMENT, 2015)

Ces lois ont apporté de nombreux changements. Une question se pose alors : qu'en est-il du processus actuel d'insertion professionnelle des personnes déficientes visuelles ?

⁵ Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile / Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire

B. Processus d'insertion professionnelle des personnes déficientes visuelles

La Fédération des Aveugles de France (FAF) décrit un processus **d'insertion professionnelle** en moyenne plus long que pour un individu lambda. Selon P. GRIFFON (1997), « *le handicap visuel compliqué, il ne détermine pas le devenir adulte* ». Ainsi, les jeunes déficients visuels ont devant eux plusieurs possibilités de **formations classiques ou adaptées** pour avoir accès au métier qu'ils souhaitent en milieu protégé, adapté ou ordinaire.

1. Orientation et accès aux formations

Selon la FAF (2015), le sujet de l'orientation doit être abordé tôt comme certaines formations sont accessibles dès 14 ans. De plus, il est important de l'aborder non seulement avec le jeune mais aussi avec les parents qui, par les mécanismes de surprotection, peuvent freiner les projets de leur enfant. Des services tels les S3AIS « *accompagnent les jeunes dans leur projet professionnel afin de leur permettre de suivre la formation de leur choix* ». Plusieurs possibilités de formations s'offrent à eux :

- Les filières universitaires qui s'ouvrent de plus en plus et disposent d'une mission handicap pour accompagner les étudiants ;
- Les parcours techniques de type BTS et IUT demandant « *une analyse fine des besoins en matériels de compensation [...] des tâches de travail et des risques professionnels* » ;
- Les Centres de Formation des Apprentis (CFA) proposant des contrats d'apprentissages classiques ou adaptés si le jeune possède la RQTH ;
- Les Centres de Reclassement Professionnel (CRP) qui « *proposent des formations, dans un cadre adapté avec personnel qualifié et outils de compensations* ».

Les lois et plans ont pu amener de nouveaux moyens pour favoriser l'accès aux formations et à l'emploi de cette population. De ce fait, les personnes ayant un handicap visuel ne sont plus contraintes de faire un choix parmi des métiers dits « d'aveugles » : standardiste, musicien, travailleurs manuels. D'autant plus que ces professions disparaissent peu à peu.

Selon P. CHAZAL (1999), le champ des possibles est ouvert. Dans son livre, il recueille des témoignages d'individus déficients visuels et montre la diversité des professions accessibles : interprète de conférence, attaché d'administration, viticulteur, écrivain, pianiste, boulanger, conseiller téléphonique, professeur de mathématiques, transcripteur en braille, câbleur, avocat, diététicien, secrétaire d'état, animateur de radio, informaticien, éducateur spécialisé et même photographe.

Ces professions couvrent des domaines très vastes. Ainsi, les personnes déficientes visuelles peuvent être employées dans différents types de structures, décrites ci-après.

2. Structures employant des travailleurs handicapés

Depuis la loi de 1987 concernant l'obligation d'emploi, l'Etat donne la priorité à l'emploi des travailleurs handicapés en **milieu ordinaire**. La loi du 11 février 2005 est venue réaffirmer cette obligation en durcissant les pénalités applicables au secteur public et en les étendant au secteur privé. Les entreprises doivent donc prendre des mesures pour permettre à un travailleur handicapé d'accéder à un emploi ou de conserver un emploi. Le cas échéant, elle doit lui dispenser une formation adaptée à ses besoins et rendre accessible l'entreprise ainsi que le poste de travail (CRTH, 2014).

Les personnes en situation de handicap ont également la possibilité d'exercer une activité professionnelle au sein d'une **entreprise adaptée**. Celle-ci fonctionne comme une entreprise ordinaire mais à la particularité d'avoir 80% de ses effectifs composés de travailleurs handicapés. La personne a un statut de salarié et est accompagné par l'entreprise qui met en place des conditions de travail adaptées à ses capacités. (PUBLIC, 2016)

Enfin, si la personne n'a pas acquis assez d'autonomie pour travailler en milieu ordinaire ou dans une entreprise adaptée, elle peut être accueillie dans un Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT). Ce **milieu protégé**, propose soutien médico-social et éducatif et des activités professionnelles. Dans le cas d'un handicap visuel, on retrouve souvent le cannage-paillage, l'horticulture, la fabrication de cannes blanches ou encore le conditionnement. Certains ESAT proposent également des Mises à Disposition (MAD) en milieu ordinaire de travail tout en maintenant un accompagnement. Dans les deux cas, la personne n'est pas salariée mais signe un contrat de soutien et d'aide par le travail. (PUBLIC, 2018)

3. Les organismes favorisant l'emploi des travailleurs handicapés

En France, deux organismes accompagnent les travailleurs handicapés selon s'ils exercent dans le secteur public ou privé.

D'une part, l'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées (AGEFIPH). Elle est administrée par les représentants des salariés (employeurs et personnes handicapées). Son but est de favoriser l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées dans les entreprises privées.

Depuis la loi de 1987, elle a pour mission de gérer la déclaration annuelle obligatoire des travailleurs handicapés. Si l'entreprise ne respecte pas le quota d'emploi de travailleurs handicapés (6% de l'effectif salarié), elle doit verser une contribution à l'AGEFIPH. Ces contributions permettent à l'association de favoriser des projets professionnels en finançant des adaptations de postes, des formations ou encore des créations d'entreprises.

Enfin, l'AGEFIPH travaille en réseau avec des partenaires qu'elle anime et finance : Cap emploi-Sameth pour le recrutement, la préparation à l'emploi et le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés, la Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) pour la compensation du handicap, ainsi que divers prestataires spécifiques du handicap, de la formation ou encore de l'aménagement de poste. (AGEFIPH, 2017)

D'autre part, c'est le Fond pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP) qui exerce les mêmes missions que l'AGEFIPH mais dans le domaine public, c'est-à-dire dans les fonctions publiques : les fonctions territoriales, hospitalières et de l'Etat.

C. Facteurs influant sur l'emploi dans le cas d'un handicap visuel

De nombreux éléments peuvent influencer l'accès à l'emploi d'une personne déficiente visuelle. Lors du colloque « emploi et déficience visuelle » animé par la FAF (2015), les groupes de travail ont mis en évidence des facteurs facilitateurs. L'insertion professionnelle est tout d'abord favorisée par les **capacités de la personne** elle-même : la « *mémorisation* », un « *capital énergie, volonté et détermination* », le fait de « *savoir parler de ses besoins liés à la déficience visuelle, voir la déficience visuelle elle-même* ».

Dans un même temps, la **volonté** de l'entreprise est elle aussi déterminante notamment pour la compréhension du handicap et la mise en place d'**aménagement**s adaptés. Pour cela, des associations comme la FAF ou l'Association Valentin Haüy œuvrent pour **sensibiliser** les entreprises au handicap visuel. Le stage en entreprise est également « *un vecteur d'insertion professionnelle* » car il permet de « *vérifier les compétences et aptitudes professionnelles, ainsi que le savoir-être* ». De ce fait, il permet de « *lever les peurs des employeurs, de leur faire prendre conscience des capacités productives de la personne au-delà des stéréotypes qu'ils peuvent avoir* ». Enfin, l'insertion professionnelle est grandement facilitée si la personne a effectué en amont une « *formation solide incluant les outils de compensations maîtrisés* ».

Ces groupes de travail ont également identifiés des freins à l'emploi. En effet, le niveau de qualification des personnes déficientes visuelles est « *inférieur à la population générale du fait de la difficulté d'accès à des enseignements adaptés* ». De plus, « *la rapidité d'obsolescence des outils numériques peut rendre caduque l'accessibilité aux outils* » et engendre également des problèmes de compatibilité. Enfin, J. CHARLIN (2005) ajoute que les personnes déficientes visuelles peuvent être confrontées à des difficultés comme les déplacements au sein de l'entreprise ou encore l'accès à l'information sur les panneaux d'affichage.

Les différentes lois et plan ont permis d'améliorer l'insertion professionnelle des personnes déficientes visuelles. Ainsi, plusieurs choix de formations s'offrent à elles pour les mener vers une multitude de professions. Cependant, de nombreux facteurs influent sur l'accès à l'emploi de cette population et peuvent notamment y faire obstacle.

De ce fait, plusieurs professionnels peuvent intervenir pour accompagner le jeune dans son projet afin de préparer son intégration non seulement professionnelle mais aussi sociale. C'est le cas de l'**ergothérapeute** qui œuvre notamment pour améliorer la performance occupationnelle et la participation du jeune en développant ses prérequis et ses capacités.

IV. L'ergothérapie auprès d'un adolescent déficient visuel

Au sein d'une l'équipe composée de plusieurs professionnels, l'**ergothérapeute**, par son approche centrée sur l'**occupation** et la **personne** dans son **environnement**, va intervenir afin d'accompagner le jeune vers son projet professionnel.

Cette partie va donc s'intéresser à ce qu'est l'ergothérapie et plus spécifiquement dans le domaine de la déficience visuelle. Elle abordera ensuite les moyens que l'ergothérapeute utilise pour accompagner le jeune, comme la mise en situation écologique. Cet accompagnement s'inscrit dans une démarche de collaboration interprofessionnelle.

A. Présentation de l'ergothérapie

L'ergothérapeute est un professionnel du champ sanitaire, médico-social et social. Le plus souvent en équipe, il est un acteur essentiel dans les processus de réadaptation, d'adaptation et d'intégration sociale des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie. (ANFE, 2017). Plusieurs instances nationales et internationales ont défini cette profession.

Tout d'abord le référentiel d'activité et de compétences **[Annexe 3]**, présent dans l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, définit l'ergothérapeute comme « *un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé* » et qui prend en compte « *l'interaction personne-activité-environnement* ». Son objectif est de « *réduire et compenser les altérations et les limitations d'activité, développer, restaurer et maintenir l'indépendance, l'autonomie et l'implication sociale de la personne* ». En d'autres termes, l'ergothérapie a pour but « *de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace* ».

D'autres part, la Fédération Mondiale des Ergothérapeutes (WFOT, 2012) en donne la définition suivante⁶ : « *l'ergothérapeute est une profession centrée sur la personne, qui vise à promouvoir sa santé et son bien-être par l'occupation. Son principal objectif est de permettre la participation de la personne dans ses activités de vie quotidienne.* ». L'ergothérapeute travaille donc « *avec la personne et sa communauté* » pour « *améliorer ses capacités à exercer les occupations qu'il veut faire, dont il a besoin ou qu'il est censé faire* », il agit également en « *modifiant l'activité ou l'environnement pour soutenir la performance occupationnelle* »

⁶ Traductions effectuées librement par moi-même

Ces deux définitions montrent que la personne est considérée dans sa globalité par l'ergothérapeute. Celle-ci est au centre de la prise en charge. L'ergothérapeute agit donc sur la personne, son environnement (physique, social, culturel, familial, institutionnel, ...) et sa **participation** en tenant compte de ses habitudes de vie.

Elles mettent également en évidence la place importante des occupations de la personne dans la prise en charge en ergothérapie. L'occupation est ici utilisée dans le sens que lui donne S. MEYER (2013) : « *un groupe d'activités [...] qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation à la société* ». En effet, l'ergothérapeute se décentre de la pathologie pour s'intéresser surtout à « *l'impact de celle-ci sur les activités et la vie de la personne, c'est-à-dire sa participation* » (CRIQUILLON-RUIZ & MOREL-BRACK, 2016, p. 23).

La pratique centrée sur la personne et sur l'occupation est caractéristique de l'ergothérapie. Quelles sont maintenant les spécificités de l'ergothérapeute dans le domaine du handicap visuel ?

B. Rôle de l'ergothérapeute auprès des personnes déficientes visuelles

En déficience visuelle, les interventions de l'ergothérapeute vont varier selon la catégorie d'âge de la personne et donc ses activités, l'ampleur de l'atteinte et le mode de survenue (brutal ou progressif). L'environnement de travail va également influencer sur les tâches qu'il effectue : hôpital, centre de rééducation, structure médico-sociale (HOLZSCHUCH, 2008).

Au sein d'une équipe, l'ergothérapeute « *cherche à faciliter la réalisation des activités quotidiennes* ». Il propose « *des moyens ou des stratégies aux personnes aveugles ou malvoyantes* ». Son approche consiste à « *mobiliser le potentiel multisensoriel de la personne, y compris les possibilités visuelles encore disponibles* ». L'environnement de la personne peut être facilitateur ou obstacle à l'autonomie, ainsi l'ergothérapeute va effectuer des « *actions sur l'environnement pour améliorer la qualité de vie* » de l'individu. Enfin, il procure des « *conseils en matière d'accessibilité* » et propose une « *sensibilisation de l'entourage* » (CHRISTIAEN-COLMEZ, 2012, p. 1 et 2).

Dans leur article, E. BOCHIN et al. (2008) énoncent plusieurs axes de travail en ergothérapie :

- La communication : verbale et non verbale, écriture manuscrite et/ou dactylographiée, installation spécifique ;
- Les sens compensatoires : toucher direct et indirect, dissociation tactile, baresthésie⁷, sensibilité thermo-algique, représentation mentale, sens auditif, olfactif et vision restante ;
- La gestualité : dissociation digitale, coordination (bimanuelle, œil-main, sensitivo-motrice), praxies, dextérité manuelle ;
- Les fonctions supérieures : mémoires, attentions, orientation spatiale, fonctions exécutives (organisation, résolution de problème, anticipation, ...) ;
- La vie quotidienne : repères tactiles et visuels, activités analytiques et globales (par exemple : apprendre à reconnaître les pièces de monnaie de manière analytique en séance puis les utiliser en situation pour aller acheter du pain) ;
- Préconisations et apprentissage de l'utilisation d'aides techniques ;
- L'environnement physique : ajout de repères, modification des contrastes, ajustement de la luminosité ;
- L'environnement familial et social : formation, information et sensibilisation.

Selon les demandes de l'adolescent déficient visuel mais aussi selon le degré de performance observé par l'ergothérapeute, tous ces axes peuvent être abordés. Ils vont permettre d'accompagner le jeune dans son **processus d'indépendance** et dans son **parcours scolaire et professionnel**. L'ergothérapeute peut également utiliser un outil fondé sur l'activité : la **mise en situation écologique**.

C. La mise en situation écologique, un outil de l'ergothérapeute

« Adopter une approche écologique en ergothérapie semble constituer une démarche naturelle et de bon sens ». L'approche écologique, qui consiste à prendre en compte la personne dans son environnement, permet de « mieux comprendre comment adapter l'environnement social et physique des personnes qui en ont besoin dans leur vie quotidienne pour faciliter les processus fonctionnels, préserver la qualité de vie et éviter de prodiguer des solutions uniquement techniques qui s'avèrent inefficaces » (CHARRAS, REINTJENS, & TROUVE, 2016, p. 111)

⁷ Baresthésie : « sensibilité des tissus et des organes à la pesanteur et aux variations de pression » Larousse 2017

En ergothérapie, la **mise en situation écologique** peut être à la fois un outil d'évaluation et un moyen thérapeutique. Elle consiste à mettre une personne en situation se rapprochant le plus de sa réalité habituelle et autour d'une activité qui a du **sens** pour elle. L'activité étant définie par P. SUREAU (2008) comme une « *réalisation d'une suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations* ».

La mise en situation écologique a de nombreux apports qui sont notamment décrites par M. SEENE (2008). Tout d'abord, elle « *repose essentiellement sur des observations dans un cadre qui n'est pas normalisé mais qui est celui de la personne et qui constitue son quotidien* ». De ce fait, elle est complémentaire aux évaluations et moyens dit classiques et analytiques. Ensuite, elle est un support pour « *concevoir les objectifs thérapeutiques au plus près des habitudes de vie et du contexte de la personne* ». De plus, elle facilite la participation de la personne à son projet car elle l'aide à « *prendre conscience de ses difficultés et de son potentiel* » et crée une « *dynamique de changement* ». Enfin, la mise en situation écologique permet à l'ergothérapeute de « *constater comment la personne peut compenser ses difficultés [...] et utiliser ses aptitudes* ». La mise en situation est donc un **support** sur lequel l'ergothérapeute s'appuie pour **développer les capacités** du jeune et proposer **des moyens de compensations** qui pallient ses difficultés.

E. BOCHIN et al. (2008) donne l'exemple d'une mise en situation : la cuisine. Le jeune va évoluer au sein de la cuisine thérapeutique de la structure ou même parfois sur son lieu de stage ou de formation quand cela est possible. Durant l'activité, l'ergothérapeute va pouvoir observer les habiletés gestuelles, l'organisation, l'attention, les déplacements dans la pièce, les stratégies visuelles ou compensatoires mises en place et toutes les autres capacités ou difficultés pouvant apparaître en situation écologique : la fatigabilité par exemple. La mise en situation est aussi une occasion de prodiguer des conseils, de tester des aides techniques et de commencer à mettre en place des axes de travail en ergothérapie.

Pour finir, la mise en situation écologique « *doit pouvoir orienter sur les suites à donner à l'accompagnement de l'utilisateur dans son projet de soin et doit déboucher sur des relais ou un travail en réseau si nécessaire* » (SEENE, 2008, p. 170). Comment s'organise la collaboration entre les professionnels ?

D. La collaboration interprofessionnelle pour la constitution d'objectifs communs

L'ergothérapeute ne travaille pas seul. Il collabore avec une équipe composée de différents professionnels de la santé et du social. Plusieurs termes sont utilisés pour définir cette **collaboration**.

La collaboration peut être pluriprofessionnelle. Dans ce cas, J-P. GUIHARD (1999) y décrit différents professionnels, gardant leur identité professionnelle et leur spécialité, qui œuvrent pour un objectif commun. Les membres de l'équipe sont juxtaposés et « *n'ont pas ou peu de relations entre eux* ». Ils ne peuvent pas « *se réclamer d'une prise en charge globale* » car « *il n'y a pas de coordination ou d'articulation entre les différents professionnels* ».

D'autre part, l'**interprofessionnalité** « *implique des coordinations, des articulations pour pouvoir fonctionner* ». Toujours selon J-P GUIHARD (1999), chaque professionnel a ses compétences propres mais connaît aussi le rôle des autres membres de l'équipe. Cela permet de collaborer autour d'objectifs communs et ainsi avoir une vision globale, dite holistique, de l'individu. Dans ce mode de collaboration, la communication est un élément essentiel pour mener à bien les objectifs. La demande et le point de vue de la personne est également pris en compte.

Ce même auteur illustre ces deux modes de collaboration par des schémas :

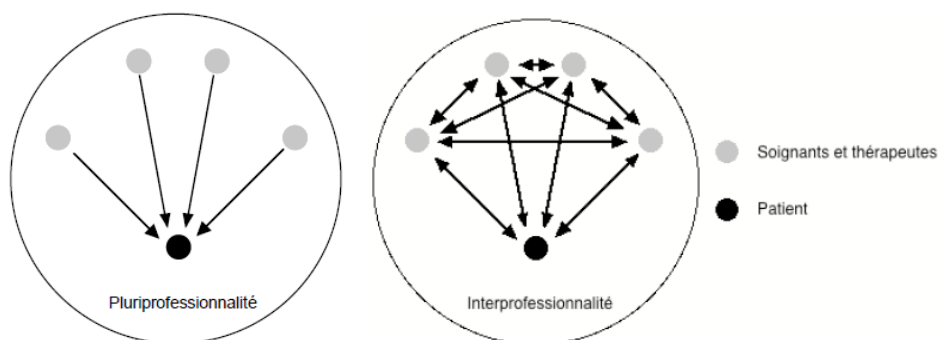


Image 2: Représentation des modes de collaboration (J-P. GUIHARD, 1999)

J. HEYRAUD (2013) citent de multiples professionnels intervenant auprès de l'adolescent déficient visuel :

- Médecins : généraliste, ophtalmologiste, psychiatre, ...
- Professions du paramédical : masseur-kinésithérapeute, psychomotricien, orthoptiste, psychologue, instructeur de locomotion, rééducateur en AVJ (Activité de la Vie Journalière), ...
- Professions du social : assistant social, éducateur spécialisé, auxiliaire de la vie scolaire, enseignant spécialisé, transcritteur et adaptateur de documents...

Dans le cadre d'une collaboration interprofessionnelle, chacun va pouvoir amener son point de vue de manière complémentaire afin que l'équipe puisse avoir une **vision holistique** du jeune (identité, environnement, occupations, difficultés et aptitudes, ...). La construction des objectifs va s'effectuer communément et en concertation avec le jeune pour recueillir son avis et ses besoins. En étant acteur de son suivi, le jeune est investi et motivé. L'équipe peut ainsi l'accompagner vers son projet professionnel (GRIFFON, 1997).

Pour finir, « *il est important de noter que ces différents intervenants ne sont pas obligatoirement tous nécessaires pour la prise en charge de chaque individu* ». En effet, « *chaque cas est particulier et l'adaptation permanente à sa situation est indispensable.* » (HANDICAPS, 2008, p. 16).

CONCLUSION DU CADRE THEORIQUE

A l'**adolescence**, période charnière de la vie, le jeune déficient visuel congénital est en proie à une problématique identitaire majeure. Au sein de son environnement, il entame un **processus d'indépendance** et se questionne quant à son avenir. Mais comment faire face à cette problématique d'**orientation professionnelle** dans un contexte d'accès à l'emploi complexe ? En effet, ayant des **capacités** à développer et des **prérequis** à acquérir, la **performance** n'est pas optimale et freine sa **participation**. L'adolescent peut alors bénéficier d'un **accompagnement interprofessionnel** dont fait partie l'**ergothérapeute** pour avancer vers son projet. Avec une approche dite écologique, sa pratique est centrée sur les interactions entre la personne et son environnement. Dans ce cadre, il utilise alors plusieurs outils dont la **mise en situation écologique**.

Mes recherches et lectures m'ont permis d'établir ces faits. Cependant, qu'en est-il de la pratique sur le terrain ? Et surtout, quels sont les véritables apports de la mise en situation écologique pour l'accompagnement du jeune déficient visuel vers son projet professionnel ?

L'enquête réalisée dans la partie qui suit va me permettre de répondre à ma problématique : ***De quelle manière, l'ergothérapeute, dans le cadre d'un accompagnement interprofessionnel, peut aider un adolescent déficient visuel congénital dans son projet d'orientation professionnelle ?***

Je vais aussi pouvoir vérifier mon hypothèse : ***La mise en situation écologique permet à l'ergothérapeute d'aider le jeune à identifier les capacités à développer, afin de faciliter l'accès à son projet professionnel.***

CADRE EXPERIMENTAL

I. Méthodologie de l'enquête

Afin de répondre à ma problématique : De quelle manière l'**ergothérapeute**, dans le cadre d'un **accompagnement interprofessionnel**, peut aider un **adolescent déficient visuel congénital** dans son projet **d'orientation professionnelle** ? J'ai élaboré une enquête sur la base d'un recueil de données.

Cette dernière va aussi permettre de vérifier mon hypothèse : La **mise en situation écologique** permet à l'ergothérapeute d'aider le jeune à **identifier les capacités** à développer, afin de **faciliter l'accès à son projet professionnel**.

A. Objectifs de l'enquête

Les objectifs de mon enquête sont au nombre de trois :

- Mettre en évidence l'**apport de l'ergothérapeute** dans l'**accompagnement interprofessionnel** des adolescents déficients visuels congénitaux.
- Montrer la pertinence de la **mise en situation écologique** pour aider l'adolescent déficient visuel à **identifier les capacités à développer** pour son projet.
- Evaluer si la mise en situation écologique **facilite** ou non **l'accès à un projet professionnel**.

Ainsi formulés, ces objectifs vont guider la construction des outils d'investigation pour répondre à la problématique et vérifier l'hypothèse de mon mémoire.

B. Population cible

Mes recherches sont axées sur le rôle de l'ergothérapeute, dans l'accompagnement des adolescents déficients visuels congénitaux dans leur projet d'orientation. A ce titre, je me suis intéressée aux ergothérapeutes intervenant dans le domaine de la déficience visuelle. Pour cibler mes recherches et obtenir des résultats pertinents, j'ai défini plusieurs critères d'inclusions et d'exclusions.

J'ai donc choisi d'interroger des **ergothérapeutes** exerçant auprès d'adolescents déficients visuels et dont certains ont une atteinte congénitale. J'ai ensuite sélectionné uniquement les professionnels utilisant des mises en situations écologiques dans leur prise en charge afin d'en savoir davantage sur les modalités d'utilisation et les apports de cet outil. Enfin, j'ai ciblé les ergothérapeutes ayant déjà été confrontés à des problématiques d'orientation professionnelle. Ce retour d'expérience de ces thérapeutes me permettra d'obtenir des réponses plus riches et variées. D'après ma pré-enquête, peu d'ergothérapeutes exercent auprès de cette population c'est pourquoi je n'ai pas choisi de restreindre le type de structure accueillant les jeunes (S3AIS, IME, IMPro, SESSAD...). J'ai simplement exclu les ergothérapeutes intervenant en libéral car l'aspect interprofessionnel est moins présent.

D'autre part, je me suis intéressée aux **adolescents déficients visuels congénitaux** dans une tranche d'âge allant de 15 à 22 ans. La tranche d'âge débute à 15 ans car cet âge correspond à la phase de transition entre le collège et le lycée, soit le début de l'orientation. Ensuite, l'OMS a statué à 19 ans la fin de l'adolescence ? Or, nous avons vu dans cet écrit que l'adolescence tend à se prolonger dans le cas d'un handicap visuel. C'est pourquoi j'ai pris la décision d'étendre l'âge de la population cible. De plus, je n'ai pas pris en compte les adolescents présentant des troubles associés car j'ai choisi de m'axer uniquement sur la déficience visuelle. Enfin, j'ai ciblé les jeunes présentant une atteinte congénitale car le travail de deuil du handicap est moins important et le jeune est ainsi prêt à se projeter dans un avenir professionnel.

C. Outils d'investigation : choix, construction et passation

Afin de répondre aux objectifs de mon enquête, j'ai décidé d'utiliser deux outils. D'une part, un entretien auprès des ergothérapeutes, et d'autre part, des observations auprès d'adolescents déficients visuels congénitaux.

1. L'outil principal : les entretiens :

J'ai choisi l'**entretien** comme outil d'investigation principal. Le nombre d'ergothérapeutes exerçant dans le domaine de la déficience visuelle étant limité, ce choix me paraît pertinent afin d'obtenir un nombre de réponse suffisant pour l'analyse. En effet, selon A. BLANCHET et A. GOTMAN (2010), le « *corpus nécessaire à la réalisation d'une enquête par entretien est [...] de taille plus réduite que celui d'une enquête par questionnaire* ».

L'avantage de l'entretien est également de pouvoir échanger autour du **point de vue**, de **l'expérience de la personne** et ainsi « *obtenir des informations sur des faits ou des représentations dont on analyse le degré de pertinence, de validité et de fiabilité au regard des objectifs du recueil d'informations* » (DE KETELE & ROEGIERS, 2009, p. 14). Les résultats seront donc qualitatifs et c'est ce qui m'intéresse pour mon enquête.

Plus précisément, j'ai opté pour des entretiens semi-directifs qui permettent de cadrer l'échange tout en laissant la personne parler librement de son expérience (BLANCHET & GOTMAN, 2010). J'ai donc créé un guide d'entretien composé de 19 questions ouvertes [Annexe 4]. Comme les réponses obtenues peuvent dépendre de l'expérience de l'ergothérapeute, une première question aborde rapidement son parcours professionnel et permet de faciliter l'analyse des réponses suivantes. Les 18 questions qui suivent sont réparties en quatre thèmes en lien avec le plan de la partie théorique. Ils permettent de répondre à la problématique et à l'hypothèse de départ :

La première partie aborde **l'orientation professionnelle des adolescents déficients visuels** : âges, milieux et métiers envisagés, critères d'accès. Les cinq questions de cette partie ont pour but de poser le contexte de prise en charge de cette population. Le deuxième thème abordé est **l'ergothérapie et l'orientation professionnelle des jeunes déficients visuels**. Il est composé de quatre questions en lien avec le premier objectif de mon enquête. Il permet d'explicitier le rôle de l'ergothérapeute dans ce domaine (rôle, capacités développées, moyens). L'un des moyens mis en place par l'ergothérapeute est **la mise en situation écologique**. La troisième partie explore donc à l'aide de cinq questions les apports de cet outil, les modalités de mise en place et les éléments observés. Ces questions sont en lien avec le 2^{ème} et le 3^{ème} objectifs et permettent de faire le lien entre la mise en situation écologique et le repérage des capacités à développer. Le quatrième thème abordé se penche sur **l'accompagnement interprofessionnel**. Les trois questions s'intéressent aux différents professionnels de l'équipe, à leur organisation et aux apports que peut avoir cette collaboration pour l'accompagnement du jeune. Pour finir, l'entretien s'ouvre sur une question portant sur **la place de l'entourage** et notamment des parents dans le projet de leur adolescent.

Pour réaliser mes entretiens, j'ai contacté 7 ergothérapeutes par téléphone ou via les réseaux sociaux. Seulement 5 correspondaient à mes critères d'inclusion et c'est finalement 3 de ces ergothérapeutes qui ont accepté de participer à l'entretien. Nous avons donc convenu d'un rendez-vous sur leur lieu de travail ou bien pour un appel téléphonique enregistré.

Le tableau suivant regroupe les ergothérapeutes interrogés, leur année de diplôme ainsi que leur structure d'exercice :

E1	E2	E3
SESSAD depuis 3 ans	S3AIS depuis 9 ans	SESSAD depuis 1 an
2004	2001	2013

Tableau 2: Ergothérapeutes interrogés lors des entretiens

Ces entretiens ont duré entre 20 et 40 minutes et se sont basés sur la grille d'entretien décrite ci-dessus. Pour mener à bien cet outil d'enquête, j'ai demandé en amont l'autorisation d'enregistrer l'échange afin notamment d'en faciliter sa retranscription. Les questions ont bien sûr été posées de manière à ne pas influencer les réponses de la personne interrogée. Les entretiens ont ensuite été retranscrits par informatique dans leur totalité [Annexe 5, 6 et 7]. J'aurais aimé effectuer deux entretiens supplémentaires mais j'ai été confronté à des refus (manque de temps, difficulté à trouver un créneau horaire commun). Ainsi, pour compléter cet outil principal j'ai choisi de réaliser des observations auprès d'une adolescente déficiente visuelle au cours de mon stage.

2. L'outil secondaire : les observations :

Dans un deuxième temps, j'ai eu l'occasion de réaliser des **observations** lors de mon dernier stage de formation d'ergothérapie en SESSAD. Cette structure a un agrément pour accueillir des adolescents de 14 à 25 ans⁸ et les accompagne dans leur projet scolaire et professionnel. Ma position de stagiaire a été un facilitateur pour réaliser mes observations. Contrairement à une position d'observatrice extérieure, j'avais déjà installé une relation de confiance avec les adolescents depuis quelques semaines. De plus, ces observations, utilisées comme outil secondaire de mon enquête, ont été une réelle opportunité. Elles m'ont permis de **comparer** les réponses des entretiens auprès des ergothérapeutes à la **réalité du terrain** et au **ressenti des adolescents**.

⁸ Un SESSAD classique accueille les enfants de 0 à 20 ans.

Ainsi, j'ai suivi une jeune de 20 ans atteinte d'une pathologie visuelle congénitale caractérisée par une très forte myopie⁹. Elle présente également une cataracte¹⁰ et un nystagmus¹¹ horizontal. Cette jeune femme est actuellement en première année de licence Administration Echange International mais n'est pas sûre de son choix. Elle hésite énormément avec un cursus autour des métiers de la cuisine. Il a donc été pertinent de lui proposer deux mises en situation : l'une autour d'une activité cuisine et l'autre axée sur la bureautique. Ces mises en situation sont en lien avec les deux derniers objectifs de l'enquête.

Concernant le déroulement de ces mises en situation, l'activité cuisine s'est déroulée au sein de la cuisine thérapeutique du SESSAD. Volontairement, pour observer son adaptation à un cadre plus ou moins rigide, la jeune disposait de la recette pour réaliser un gâteau au chocolat mais devait faire une salade de fruit sans recette. Concernant la bureautique, j'ai créé un exercice comprenant une partie avec des consignes précises et une partie plus libre [**Annexe 8**]. Afin que celui-ci ait un sens pour elle, je l'ai créé autour du thème de sa licence (poursuites d'études, débouchés). L'exercice permettait d'utiliser Word, Excel, des courriels, un navigateur internet et l'imprimante. Il s'est déroulé dans la salle d'ergothérapie. Pour les deux mises en situation, elle devait me solliciter le moins possible et réaliser l'activité seule.

Les observations ont été réalisées en suivant une grille que j'ai créée, basée sur les notions du modèle PEOP. On y retrouve la **personne** avec ses différentes caractéristiques (moteur, cognitif, visuel, motivation), l'**environnement**, l'**occupation** réalisée et la **performance** dans chacun des items [**Annexe 9**]. Elles se sont déroulées en accord avec l'institution, l'ergothérapeute et la jeune qui, sur demande du chef de service, a signé un accord de participation [**Annexe 10**].

Suite aux séances, je lui ai demandé son ressenti sur les deux mises en situation. Elle n'a pas souhaité que je l'enregistre. Néanmoins, j'ai pu prendre des notes afin de retranscrire les éléments importants à exposer lors de la présentation des résultats.

⁹ **Myopie** : « Anomalie de la réfraction oculaire entraînant une mauvaise vue des objets éloignés sans toucher la vision de près. » Larousse Médical 2006

¹⁰ **Cataracte** : « Opacification partielle ou totale du cristallin entraînant une baisse de l'acuité visuelle, des modifications réfractives, une altération de la vision des couleurs et une sensibilité à l'éblouissement. » Larousse Médical 2006

¹¹ **Nystagmus** : « Tremblements et secousses oculaires involontaires des yeux » Larousse Médical 2006

II. Présentation des résultats bruts

A. Résultats des entretiens

Pour synthétiser les résultats des entretiens, les réponses des trois ergothérapeutes sont présentées sous forme de tableaux reprenant plusieurs indicateurs des thèmes du guide d'entretien. Les questions 8 et 11 ne sont pas traitées car, servant de transition dans le discours, elles n'ont pas toujours été posées lors des entretiens.

Le premier thème développé porte sur l'orientation professionnelle des adolescents déficients visuels.

L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE DES ADOLESCENTS DEFICIENTS VISUELS	
Âge (Q2)	E1 : « <i>c'est très différent selon les jeunes</i> », « <i>en général la question se pose vers le lycée [...] quand ils vont rentrer en seconde</i> » E2 : « <i>ça dépend de ce qu'ils ont choisi</i> », « <i>fin collège, début lycée</i> » E3 : « <i>ça dépend vraiment des cas</i> », « <i>je dirais quand même vers 16-17ans</i> »
Initiateur du projet (Q3)	E1 : « <i>on fait en sorte que ça vienne du jeune</i> », « <i>les éducateurs sont quand même très présents pour poser les bonnes questions</i> » E2 : « <i>en général c'est eux, après on voit par rapport à la faisabilité</i> » E3 : « <i>les trois</i> » (le jeune, les parents, l'institution)
Formations/ métiers (Q4/Q5)	E1 : « <i>général</i> », « <i>pro [...] en CAP</i> », « <i>à la fac [...] en BTS</i> » / « <i>masseur-kinésithérapeute dans des écoles adaptées</i> », « <i>la bureautique, de l'informatique, du commerce, de la téléassistance</i> », « <i>vente</i> », « <i>pas forcément penser aux limites et aux freins</i> » E2 : « <i>des jeunes qui sont en bac pro, bac technologique ou bac classique</i> » / « <i>enseignants ou profs</i> », « <i>horticulture</i> », « <i>boulangerie</i> », « <i>kiné</i> », « <i>c'est un peu divers et varié quoi</i> » E3 : « <i>ce qui revient le plus souvent c'est l'informatique</i> », « <i>cuisine</i> », « <i>travail au bureau</i> ».
Prérequis (Q6)	E1 : « <i>un niveau scolaire déjà</i> », « <i>avoir les capacités professionnelles [...], les capacités relationnelles, les capacités cognitives</i> », « <i>les fonctions exécutives, savoir s'organiser, savoir être à l'heure</i> », « <i>autonomie dans la vie quotidienne</i> » E2 : « <i>avoir en tête tous les gestes qu'il va devoir effectuer</i> », pas de « <i>contre-indications</i> » E3 : « <i>la motivation !</i> », « <i>capacités dans tel ou tel métiers</i> »

Tableau 3 : Résultats bruts pour l'orientation professionnelle des adolescents déficients visuels

Le deuxième thème traite du rôle de l'ergothérapeute auprès de cette population.

ERGOTHERAPIE ET ORIENTATION PROFESSIONNELLE DE CETTE POPULATION	
Rôle (Q7)	E1 : « aides techniques appropriées », « dossier MDPH », « aménagement du poste de travail », « travail de prérequis », « actions de sensibilisation » E2 : « expérimenter [...] les activités en séances qui sont proches de ce qu'il va devoir faire », « adaptation du poste de travail ». E3 : « travail des moyens de compensations, des stratégies compensatoires », « sensibiliser les professionnels de l'entreprise », « adapter le poste de travail »
Capacités développées pour le projet (Q9)	E1 : « l'informatique » E2 : « l'organisation », « gestes qu'il a besoin », « utiliser des appareils spécifiques » E3 : « le toucher », « les sensations kinesthésiques », « le sens baresthésique », « orientation spatiale », « apprentissage des moyens de compensation », « développer tous ses sens »
Moyens utilisés (Q10)	E1 : « travailler la dactylo avec des logiciels », « travail avec des médiations », « mise en situation pratique » E2 : « manipulations très fines avec l'utilisation d'outils », « mises en situation » E3 : « séances analytiques », « jeux, donc ludiques », « mises en situation, « visite en entreprise et à domicile »

Tableau 4: Résultats bruts concernant le rôle de l'ergothérapeute auprès de cette population

Dans un troisième temps, le thème de la mise en situation écologique est abordé.

MISE EN SITUATION ECOLOGIQUE (MSE)	
Déroulé de la MSE (Q12)	E1 : « service, aller à l'extérieur [...] aussi à domicile », « on se base sur les besoins et les attentes du jeune », « j'utilise pas de grille d'observation », « j'observe tout ce qui est cognitif », « la résistance au stress », « la partie gestuelle », « les compensations » E2 : « au service, [...] au collège ou au lycée, [...] sur le lieu de stage ou aussi à la maison », « reproduire au mieux ce qu'il avait rencontré », « observations c'est plus de manière informelle », « j'essaie d'avoir [...] ce qui est demandé exactement dans cette filière ». E3 : « toutes diverses », « dans les ateliers qu'on propose : bien-être, informatique, cuisine, menuiserie », « à domicile ou à l'école », « grille d'observation pour suivre une trame »
Apports et plus-value pour le jeune (Q13/14)	E1 : « le concret », « on peut comparer, tirer des conclusions » E2 : « c'est eux qui viennent demander », « pour être plus efficace par la suite », « on est au cœur des choses, dans le concret quoi ! », « voir ce qui fait défaut [...] et amener le jeune à réfléchir sur comment [...] il pourrait faire face à une difficulté », « sens » E3 : « objectif [...], environnement autre », « voir s'il arrive à reproduire ce qu'il connaît »

Utilisation des observations (Q15)	<p>E1 : « retour objectif au jeune », « mettre en place des compensations techniques », « développer ces compensations », « valoriser le jeune », « partagées avec le reste de l'équipe »</p> <p>E2 : « support de travail », « travailler les gestes [...] plus en difficultés, essayer des aides techniques ou des aides optiques », « on en parle en réunion d'équipe », « compte rendu », « par exemple aux enseignants d'ateliers [...] avec des conseils »</p> <p>E3 : « partagées avec tous les professionnels », « beaucoup auprès du jeune pour discuter des axes d'amélioration », « après on retravaille, on accentue sur ce qui a pêché »</p>
---	---

Tableau 5 : Résultats bruts de l'utilisation de la mise en situation écologique

Enfin, le dernier thème se penche sur l'accompagnement de cet adolescent dans son projet.

ACCOMPAGNEMENT INTERPROFESSIONNEL ET PLACE DE LA FAMILLE	
Intervention des professionnels (Q16/17)	<p>E1 : « psychomotricienne », « instructeur de locomotion », « psychologue si un jeune a vraiment pas du tout confiance en lui », « les éducateurs qui sont référents de chaque jeune », « assistante sociale s'il y a besoin de faire un dossier pour les aides techniques », « orthoptiste ».</p> <p>E2 : « ophtalmo », « directeur [...] garant du projet », « assistante sociale [...] amenée à rencontrer les familles et le jeune pour un certain nombre de papiers », « éducateur pour tout l'aspect qui va être autour du travail », « psy car c'est une phase qui est complexe », « orthoptiste pour la mise en place de matériel », « moniteur d'atelier »</p> <p>E3 : « éducatrice spécialisée [...] la faisabilité du projet c'est plus elle », « enseignant spécialisé », « l'orthoptiste [...] pour voir au niveau de l'éclairage »</p>
Apports de la collaboration (Q18)	<p>E1 : « prise en charge très complète », « communication [...] ça apporte un cadre au jeune et une cohérence », « se soutenir », « rassurant pour le jeune »</p> <p>E2 : « réflexion d'équipe », « vue d'ensemble sur les capacités globales du jeune »</p> <p>E3 : « aide sur toutes les parties de la mise en œuvre », « un soutien »</p>
Position de la famille (Q19)	<p>E1 : « ça dépend des cas », « parents qui sont à fond », « d'autres absents », « il y a ceux [...] qui vont mettre des bâtons dans les roues »</p> <p>E2 : « hyper variable », « parents lambda actifs », « d'autres qui veulent tout faire par eux-mêmes »</p> <p>E3 : « famille a une place très importante », « ici ils sont très moteurs et ne vont pas freiner le projet », « ils sont très soucieux de la possibilité ou pas », « ils sont beaucoup plus inquiets que l'enfant lui-même »</p>

Tableau 6 : Résultats bruts au sujet de l'accompagnement interprofessionnel et la place de la famille

B. Résultats des observations

Pour plus de lisibilité et afin de fluidifier la lecture, les grilles d'observations des mises en situation (cuisine et bureautique) sont présentées en annexes **[Annexe 11 et 12]**.

Concernant le ressenti exposé par la jeune femme, plusieurs éléments ressortent. Tout d'abord, la cuisine lui plaît beaucoup mais engendre un stress important. A l'inverse, la bureautique est plus rassurante pour elle mais également moins passionnante. Ensuite, les mises en situation ont permis de la rassurer quant à ses capacités gestuelles, cognitives et visuelles. La jeune femme a également pris conscience que c'est son manque de confiance en elle qui la ralentit et la bloque dans ses activités. Dorénavant, elle sait qu'elle doit travailler cet aspect. Enfin, les deux mises en situation l'ont aidé à affiner son projet professionnel : la cuisine est finalement trop stressante en tant qu'activité professionnelle et sera donc conservée en tant que loisir. Elle souhaite ainsi poursuivre sa licence et s'est découverte un attrait pour les ressources humaines suite à l'exercice de bureautique.

III. Analyse des résultats

J'ai choisi d'effectuer une **analyse thématique** qui « *défait en quelque sorte la singularité du discours et découpe transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème* ». Cela permet de regrouper les réponses des trois personnes et les résultats des observations autour d'une « *cohérence thématique* » (BLANCHET & GOTMAN, 2010, p. 96).

A. L'orientation professionnelle des adolescents déficients visuels

Les trois ergothérapeutes s'accordent à dire que le questionnement sur l'orientation professionnelle apparaît lors de la transition **collège/lycée** : « *fin collège* » (E2) c'est-à-dire « *vers 16-17 ans* » (E3), « *quand ils vont entrer en seconde* » (E1). Cette période est donc **la première phase de l'orientation professionnelle**. Cette réflexion est généralement à l'**initiative du jeune**. Par ailleurs, E1 ajoute que l'équipe est là pour poser les bonnes questions, et amener le jeune à réfléchir sur son projet. Enfin E3 évoque la famille, également présente pour le guider.

Les jeunes s'orientent ensuite vers des BAC classiques, technologiques ou professionnels. Selon leur projet, certains poursuivent leur cursus vers des études supérieures en « *fac* », « *BTS* » ou au sein « *d'écoles adaptées* » comme pour « *masseur-kinésithérapeute* » (E1). Concernant les métiers visés, les ergothérapeutes évoquent des **professions diverses et variées** et E1 estime qu'il ne faut pas penser aux limites et aux freins. Elles citent plusieurs domaines dont : « *bureautique* », « *informatique* », « *commerce* », « *vente* » et « *enseignement* » mais aussi des métiers manuels comme la « *boulangerie* », « *l'horticulture* » et « *la cuisine* ».

Enfin, ces thérapeutes énoncent des **prérequis** essentiels pour l'accès au projet professionnel :

- Présenter un **niveau scolaire** suffisant ;
- L'**autonomie** dans la vie quotidienne pour savoir s'organiser et être à l'heure le matin ;
- La **motivation** qui est primordiale ;
- Avoir les **capacités** requises par le métier : « *professionnelles* », « *relationnelles* », « *cognitives* », « *les gestes* » ;
- **Représentation exacte** du métier par le jeune : « *avoir en tête les manipulations qu'il va devoir effectuer* », connaître les « *capacités pour tel ou tel métier* »
- Obtenir la **validation** par le **médecin** du travail (pas de contre-indications).

Quel est alors le rôle de l'ergothérapeute auprès de cet adolescent déficient visuel en recherche d'orientation professionnelle ? Quels moyens ce thérapeute utilise pour aider le jeune à acquérir ces prérequis et développer ses capacités ?

B. Rôle de l'ergothérapeute auprès de ces jeunes

Pour accompagner le jeune déficient visuel dans son projet professionnel, les ergothérapeutes abordent quatre grands axes de travail présentés dans l'histogramme ci-dessous. Ceux-ci sont en relation avec le modèle PEOP et montrent que l'ergothérapeute intervient au niveau de la **personne** elle-même, son **environnement** et sa **performance**.

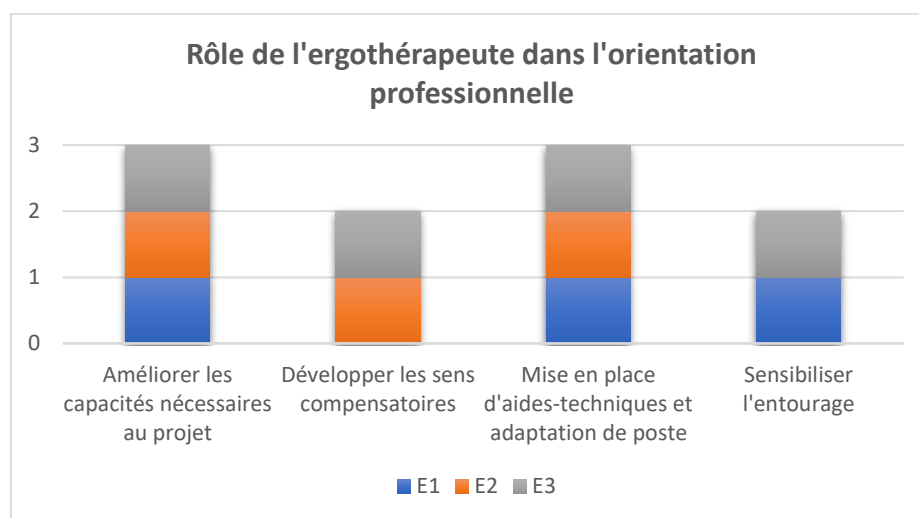


Figure 1: Rôle de l'ergothérapeute dans l'orientation professionnelle

Les trois ergothérapeutes évoquent le fait d'**améliorer les capacités nécessaires au projet** du jeune. E2 parle « *d'expérimenter les activités en séances qui sont proches de ce qu'il va devoir faire* ». E1 évoque plutôt « *travail de prérequis* ». Parmi les capacités travaillées avec le jeune, les fonctions cognitives sont citées comme « *l'orientation spatiale* » (E3) et « *l'organisation* » (E2). Une ergothérapeute expérimente avec le jeune les gestes et manipulations spécifiques à son projet. Enfin, une autre ergothérapeute développe l'indépendance du jeune dans sa vie quotidienne et travaille les compétences en informatique. Ces compétences sont utiles tant sur le plan scolaire que professionnel.

Dans le cas où certaines capacités ne peuvent être développées suffisamment, deux ergothérapeutes **développent les sens compensatoires**. E3 cite « *les sensations kinesthésiques* », « *le sens baresthésique* » ou « *le toucher* » par exemple.

De plus, toutes mettent en place des **aides techniques** et des **adaptations de poste** pour améliorer l'indépendance du jeune dans sa future activité professionnelle.

Enfin, deux ergothérapeutes effectuent des **actions de sensibilisation** de l'entourage. Ces sensibilisations peuvent être à destination de la famille, des enseignants ou encore d'une entreprise. L'objectif est d'expliquer le retentissement fonctionnel de la déficience visuelle sur les occupations du jeune. Mais aussi de mettre la personne en situation avec un bandeau ou des lunettes de simulation pour qu'elle comprenne mieux les problématiques du jeune.

Parmi les moyens utilisés pour ces axes de travail, E1 parle d'utilisation de « *médiation* » et de « *la dactylo avec des logiciels* ». E3 ajoute qu'elle effectue en premier lieu des « *séances analytiques* » de manière « *ludique* ». Elle fait également des « *visites en entreprise et à domicile* ». Pour finir, toutes utilisent systématiquement la **mise en situation écologique**. Qu'elle est donc l'apport de cet outil par rapport à un moyen plus analytique ? Et, comment ses mises en situations se déroule-t-elle ?

C. L'apport des mises en situation écologiques

Dans un premier temps, il est important de décrire comment se déroulent ces **mises en situation écologiques**. Toutes les ergothérapeutes les réalisent en individuel. Celle-ci peuvent être mises en place **au service, à l'école, sur le lieu de stage ou à domicile**. Toutefois, E3 propose aussi des mises en situation collectives lors d'atelier « *bien-être, informatique, cuisine, menuiserie, couture* », Hormis ces ateliers, les mises en situation peuvent être très diverses. E1 « *se base sur les besoins et les attentes du jeune* » **en lien avec son projet professionnel**. Quant à E2, elle essaie de « *reproduire au mieux ce qu'il a rencontré* » en stage ou ce qu'il va rencontrer lors de sa future activité professionnelle.

Lors de la mise en situation, seule E3 utilise une grille d'observation pour suivre une trame qu'elle adapte ensuite en fonction de l'activité. Les deux autres ergothérapeutes font des observations de manière informelle et prennent des notes. E1 observe de façon générale « *tout ce qui est cognitif* », « *la partie gestuelle* », « *les compensations* » mais aussi « *la gestion du stress* ». Enfin, E2 se renseigne sur « *ce qui est demandé exactement dans la filière* » pour orienter ses observations.

Cela nous amène aux apports de la mise en situation écologique. Les résultats des entretiens, des observations et du ressenti de la jeune que j'ai suivi, ont donc été croisés afin de déterminer les apports de cet outil pour l'ergothérapeute mais aussi pour l'adolescent déficient visuel. Ceux-ci sont présentés dans l'histogramme ci-après :

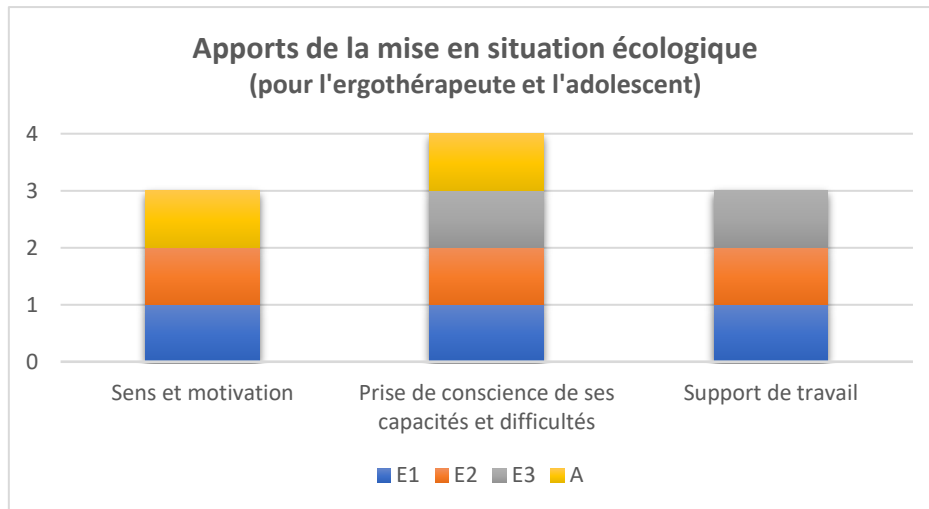


Figure 2: Apports de la mise en situation écologique (pour l'ergothérapeute et l'adolescent)

Tout d'abord, la deuxième ergothérapeute parle de la notion de « sens » qu'à cet outil auprès d'un adolescent : « c'est eux qui viennent demander », « pour être plus efficace par la suite ». Cela rejoint les propos de la jeune qui a été **motivée** et s'est senti **valorisée** par la mise en situation car l'activité faisait sens pour elle. C'est également ce que j'ai remarqué lors de mes observations.

De plus, toutes les ergothérapeutes évoquent l'aspect « concret » de cet outil qui permet au jeune d'effectuer un « transfert des acquis » mais également « voir ce qui fait défaut » (E2), « voir s'il arrive à reproduire ce qu'il connaît » (E3). En d'autres termes, la mise en situation écologique, par son aspect **concret**, permet au jeune de **prendre conscience de ses capacités et difficultés**. Le discours des ergothérapeutes est cohérent avec ce que l'adolescente évoque. Effectivement, elle a pris conscience de ses capacités gestuelles, cognitives et visuelles. Dans un même temps, elle a compris que c'est sa confiance en elle qu'elle doit travailler pour son projet. J'ai pu observer cette évolution lors de la deuxième mise en situation : la jeune femme semblait avoir davantage confiance en elle et se dévalorisait moins.

Enfin, la mise en situation apparaît comme un **support pour de nouveaux axes de travail**. En effet, les observations permettent de faire un retour objectif au jeune et d'échanger sur les axes d'amélioration : « discuter des axes d'amélioration » (E3), « travailler les gestes plus en difficultés » (E2), « mettre en place des compensations techniques » (E1). Par exemple, en observant des difficultés visuelles en bureautique, j'ai pu proposer à l'adolescente une séance pour tester des logiciels de grossissement d'écran.

Les trois ergothérapeutes partagent les résultats de leurs observations avec d'autres professionnels. Aussi, comment s'organise l'accompagnement du jeune par l'équipe ?

D. Un suivi en étroite collaboration interprofessionnelle

Les trois ergothérapeutes interrogées exercent au sein d'une équipe composée de plusieurs professionnels qui collaborent autour de l'accompagnement du jeune. Elles citent notamment : « directeur », « ophtalmologue », « éducateur spécialisé », « orthoptiste », « psychologue », « assistante sociale », « psychomotricienne » et « instructeur de locomotion ». Par ailleurs, E2 collabore avec le « moniteur d'atelier » présent sur le lieu de stage du jeune et E3 avec « l'enseignant spécialisé » présent à l'école.

Les observations d'une mise en situation écologique sont partagées avec ces professionnels ce qui permet de faire avancer le **projet global du jeune**. E1 explique plus en détails en quoi les observations peuvent être utiles pour le reste de l'équipe. Par exemple pour l'orthoptiste si « l'on trouve qu'il y a un problème d'exploration visuelle ou de fixation » lors de l'activité ou pour la psychologue « si un jeune a vraiment pas du tout confiance en lui et que [...] ça le bloque pour toutes les activités ». Comme l'éducateur est généralement le référent du jeune, « c'est bien qu'il ait un retour aussi », comme le précise E2, notamment « pour tout l'aspect qui va être autour du travail » : savoir se comporter de façon adaptée, savoir poser des questions.

De façon plus générale, la collaboration entre ces professionnels permet d'avoir « une prise en charge très complète » (E1) et donc une « vue d'ensemble sur les capacités globales du jeune » (E2). Chaque professionnel a sa spécificité mais œuvre pour un objectif commun : l'**orientation du jeune** vers un **projet réalisable et qui lui plaît**. La **collaboration** apparaît donc comme **interprofessionnelle**. De plus, l'interprofessionnalité apporte une cohérence et un cadre essentiel au jeune : E3 parle d'un « soutien ». E1 ajoute que cela est « rassurant pour le jeune ».

Enfin, le suivi du jeune se fait **en lien avec les parents**. E3 estime que « la famille a une place très importante » d'autant plus que le jeune n'est pas toujours majeur. Cependant, selon E1 et E2, la position des parents par rapport au projet de leur enfant est très variable : « ça dépend des cas », « parents qui sont à fond », « d'autres absents », « hyper variable ».

Cette analyse de données a apporté de nouvelles informations notamment sur la pratique de l'ergothérapeute dans le domaine de la déficience visuelle et les apports de la mise en situation écologique. Ces résultats soulèvent également des interrogations. La discussion va donc chercher à répondre à ses questions en confrontant le cadre théorique au cadre expérimental.

IV. Discussion

Dans cette partie, les résultats des investigations sont mis en relation avec les concepts de la partie théorique. Cela va permettre de répondre aux interrogations exposées dans ce mémoire et d'en discuter. Cela pourra également montrer les limites de cette recherche et d'ouvrir sur de nouvelles pistes de réflexion.

A. Confrontation des résultats au cadre théorique

L'enquête a rempli ses trois objectifs : mettre en évidence l'apport de l'ergothérapeute dans l'accompagnement interprofessionnel des adolescents déficients visuels congénitaux, montrer la pertinence de la mise en situation écologique pour aider le jeune à identifier les capacités à développer pour son projet et, évaluer si cet outil facilite en facilite ou non l'accès.

Nous allons donc maintenant comparer les résultats de cet enquête aux concepts théoriques, tout en faisant du lien avec l'hypothèse de cette recherche : la **mise en situation écologique** permet à l'**ergothérapeute** d'aider le jeune à **identifier les capacités** à développer, afin de **faciliter l'accès à son projet professionnel**.

Cette discussion est en lien avec le modèle Personne-Environnement-Occupation-Performance (PEOP) utilisé dans ce mémoire. Ce modèle s'intéresse aux interactions entre les caractéristiques de la personne en lien avec ses occupations et sa performance dans son environnement propre. L'enquête a montré que le jeune déficient visuel est inscrit dans cette dynamique « *écologique, systémique et transactionnelle* », décrite par I. MARGOT-CATTIN (2017) lors de la présentation du modèle. Il est alors possible d'appliquer les quatre concepts du PEOP à l'orientation professionnelle. En effet, l'adolescent déficient visuel congénital, au sein de son **environnement scolaire, familial et institutionnel**, va progressivement se questionner sur son avenir professionnel. Cela constitue une place majeure dans ses **occupations**.

Selon, F. BOE (2005) sa scolarisation s'effectue autant en **milieu ordinaire** qu'en structure adaptée. Or, j'ai pu constater dans le cadre de mon enquête que tous les jeunes effectuent leur scolarité au sein d'un collège ou d'un lycée ordinaire (filière générale, technologique, professionnelle). Comment cette différence peut-elle s'expliquer ? A mon sens, ce sont les mesures sur l'inclusion en milieu ordinaire prises par la loi du 11 février 2005 et par le plan Handicap Visuel 2008-2011 qui ont eu le résultat attendu et, justifieraient cette divergence entre l'enquête et la littérature.

Ensuite, l'enquête a révélé que les premiers questionnements sur l'orientation ont lieu lors de la période de transition entre le **collège** et le **lycée**. Cette période peut alors être considérée comme la **première phase de l'orientation professionnelle**. Dans la littérature, cette phase est décrite comme difficile pour l'adolescent car la pression y est très forte. D'une part, elle est amenée via la société qui, de par son contexte d'insertion professionnelle complexe, peut faire peur. D'autre part, elle provient des parents qui, selon E. ZOLLA (2005), « *ont tendance à surprotéger les adolescents déficients visuels* » et ainsi freinent leur projet. L'enquête vient nuancer ce dernier point. Même si certains **parents** y sont décrits comme des freins, la plupart sont de réels **éléments moteurs** pour le projet de leur enfant.

La **seconde phase de l'orientation** a lieu à la fin du **lycée**. Une fois encore, j'ai constaté lors de mon enquête que c'est le **milieu ordinaire** qui est privilégié : la faculté, le BTS¹² ou le CAP¹³ par exemple. Une seule filière en école adaptée ressort : il s'agit des études de masseur-kinésithérapeute. En effet, il existe plusieurs centres de formation en masso-kinésithérapie exclusivement réservés aux personnes déficiente visuelle. C'est donc un choix d'orientation répandu chez les jeunes. Une question se pose alors : aujourd'hui, vers quel projet professionnel les adolescents déficients visuels s'orientent-ils ?

Q. POURBAY (2017) estime que « *les métiers d'aveugles n'existent plus ou presque plus* ». Cette affirmation se confirme sur le terrain. En effet, de **multiples domaines** ont été cités lors des investigations : le commerce et la vente, la bureautique et l'informatique, l'enseignement. On retrouve également des métiers manuels comme la restauration (boulangerie, cuisine) ou les espaces verts.

Enfin, pour accéder à son projet professionnel, le jeune doit acquérir certains **prérequis** qui constituent sa **performance**. Ces prérequis peuvent être ou non spécifiques à la formation professionnelle. P. CHAZAL (2005) en énonce plusieurs : acquérir « *des méthodes bien spécifiques pour apprendre à travailler* », « *disposer d'une documentation en braille ou en caractères agrandis* » adaptée à ses besoins, avoir « *surmonté au mieux les difficultés psychologiques* » liées à son handicap et enfin, « *l'autonomie dans la vie journalière et dans les déplacements qui est primordiale* ». De plus, le jeune doit développer des **capacités** motrices, cognitives mais aussi de communication et d'adaptation. L'enquête permet d'ajouter qu'il est nécessaire d'avoir une **représentation exacte** du métier envisagé.

Cependant, la performance de l'adolescent déficient visuel n'est pas optimale et freine sa participation dans ses occupations. Ainsi, de quel accompagnement peut-il bénéficier pour être accompagné vers son projet ?

¹² BTS : Brevet de Technicien Supérieur

¹³ CAP : Certificat d'Aptitude Professionnel

Les résultats de l'enquête ont montré que de nombreux professionnels interviennent pour accompagner le jeune vers son projet. Une question se pose alors : Comment s'organise leur collaboration ? Dans le cadre théorique, par les écrits de J-P GUIHARD (1999) nous avons vu que la **collaboration interprofessionnelle** « implique des coordinations, des articulations pour pouvoir fonctionner ». Chaque professionnel a ses compétences propres mais échange avec les autres membres de l'équipe. Cela permet d'avoir une **vision globale** de la personne et d'œuvrer pour des **objectifs communs**.

C'est ce mode de collaboration qui ressort lors de l'enquête. En effet, l'équipe accompagne le jeune déficient visuel autour d'un objectif commun : préparer son **intégration** non seulement **professionnelle**, mais aussi **sociale**. Les échanges, lors des réunions, donnent une vision globale des capacités du jeune (motrices, cognitives, relationnelles) et de son environnement (physique, familial, social). En s'appuyant sur ces éléments, l'équipe va pouvoir développer les prérequis nécessaires à son orientation. Enfin, l'interprofessionnalité apporte un cadre et une cohérence qui soutient l'adolescent dans son projet et le rassure.

L'**adolescent** a d'ailleurs une **place centrale** dans cette collaboration. La littérature, tout comme l'enquête, le décrit comme l'acteur principal de son suivi. La faisabilité de son projet et ses objectifs sont donc évalués en concertation entre les professionnels et lui. Cela permet d'obtenir un élément essentiel à la réussite de son projet : sa **motivation**¹⁴. Au sein de cette équipe, de quelle façon l'ergothérapeute accompagne le jeune vers son projet professionnel ? Et surtout, comment réussir développer sa motivation afin de favoriser son investissement dans le suivi ?

Le rôle de l'**ergothérapeute** auprès d'un adolescent déficient visuel a été difficile à définir dans le cadre théorique. En effet, le nombre restreint d'articles que j'ai pu lire ne traite que de son rôle très général dans le domaine de la déficience visuelle. Comment se fait-il qu'aussi peu de littérature existe à ce sujet ? Je pense que le nombre peu conséquent d'articles pourrait être corrélé au faible nombre d'ergothérapeutes exerçant dans ce domaine.

C'est grâce à mon enquête que j'ai pu déterminer quatre **axes de travail** abordés par l'ergothérapeute, pour accompagner le jeune déficient visuel vers son projet. Ceux-ci sont : **améliorer les capacités** nécessaires au projet professionnel, **développer les sens compensatoires**, mettre en place des **aides techniques**, des **adaptations de poste** et enfin, **sensibiliser** l'entourage.

¹⁴ Selon S. MEYER (2013) la motivation est « un élan qui oriente les actions d'une personne vers la satisfaction de besoins »

L'ergothérapeute intervient donc au niveau de la **performance** du jeune, notamment, en améliorant les capacités nécessaires à son projet (gestes et manipulations spécifiques à la profession, autonomie et indépendance dans la vie quotidienne, organisation). Toujours en lien avec la performance, il développe les sens compensatoires lorsque certaines capacités ne peuvent être suffisamment améliorées. Il effectue également des actions sur l'**environnement** de l'adolescent (aides techniques, adaptations de poste, actions de sensibilisation). Les résultats que j'ai obtenus sont donc en accord avec les concepts du modèle PEOP.

L'enquête montre que l'ergothérapeute intervient en **amont de l'orientation** en effectuant un travail de prérequis. Tout d'abord il développe l'indépendance et l'autonomie dans la vie quotidienne du jeune. L'autonomie étant définie par S. MEYER (2013) comme « *la liberté de faire des choix en considérant des éléments internes et externes et d'agir en fonction de ceux-ci* » et l'indépendance comme « *le fait d'être capable de réaliser des activités de tous les jours de manière satisfaisante.* ». Ces activités sont essentielles à la faisabilité du projet et à l'intégration professionnelle du jeune : être capable de se déplacer jusqu'à son lieu de travail, de manger avec ses collègues. Ensuite, l'ergothérapeute travaille les compétences préprofessionnelles pouvant être transférables d'un emploi à un autre : l'organisation, l'orientation spatiale, les compétences relationnelles et informatiques par exemple.

Selon l'enquête, l'ergothérapeute intervient aussi **pendant la formation**. Dans ce cadre, il collabore avec des intervenants extérieurs comme l'enseignant et le moniteur d'atelier. Cela lui permet d'observer le jeune en situation et d'axer sa prise en charge : gestes et manipulations spécifiques, sens compensatoires à développer (le toucher, le sens baresthésique, les sensations kinesthésiques). De plus, l'ergothérapeute peut proposer des aides techniques et des adaptations de poste de travail. Enfin, avec l'accord du jeune, le thérapeute peut effectuer des actions de sensibilisation auprès de l'enseignant, du moniteur d'atelier, des collègues de formation pour les aider à mieux comprendre le retentissement fonctionnel du handicap visuel au quotidien.

En ergothérapie, il existe plusieurs approches. Dans le cadre théorique nous avons développé l'**approche écologique** qui selon K. CHARRAS et al. (2016) consiste à prendre en compte la personne dans son environnement. Cela permet notamment de « *mieux comprendre comment adapter l'environnement social et physique des personnes* » et « *éviter de prodiguer des solutions uniquement techniques qui s'avèrent inefficaces* ». Cet auteur ajoute que cette approche « *semble constituer une démarche naturelle et de bon sens* ». Cela se vérifie lors de mon enquête car toutes les ergothérapeutes utilisent des **misés en situation écologiques**.

Cet outil se base sur les **besoins et les attentes du jeune** en lien avec son projet professionnel. Les ergothérapeutes interrogées semblent peu utiliser des grilles d'observations. Elles réalisent néanmoins des observations de manière plus informelle en s'appuyant sur ce qui est demandé dans chaque filière. De plus, dans une approche écologique, la mise en situation se déroule autant que possible au sein de l'**environnement du jeune** (domicile, lieu de formation ou de stage). L'accès n'y est pas toujours possible. L'ergothérapeute reproduit alors au mieux les conditions de l'environnement au sein de la structure. Dans ce cas, la mise en situation peut-elle être qualifiée d'écologique ?

De **nombreux apports** de la mise en situation écologique ont pu être décrits dans la littérature. En utilisant deux outils d'investigation, j'ai recueilli à la fois le ressenti de l'ergothérapeute et de l'adolescent déficient visuel. Cela m'a permis de cerner avec précision les apports de cet outil dans le cadre de l'orientation professionnelle.

Nous avons évoqué plus haut qu'il est essentiel de prendre en considération la motivation de l'adolescent. L'un des atouts de la mise en situation mis en évidence par l'enquête est justement **l'aspect motivationnel** : l'activité réalisée a du sens pour le jeune, si bien qu'il vient demander de lui-même à y participer, il sait que cela va l'aider pour son projet.

De plus, par son aspect concret, la mise en situation écologique aide l'adolescent déficient visuel à **prendre conscience de ses capacités et difficultés**. En effet, en prenant en compte le contexte réel (contrainte de temps, environnement peu connu par exemple), l'ergothérapeute amène le jeune à réfléchir sur : comment reproduire ce qu'il connaît et comment s'adapter face aux difficultés qu'il rencontre.

Enfin, les observations tirées de la mise en situation écologique apparaissent comme un réel **support pour de nouveaux axes de travail**. L'ergothérapeute discute avec l'adolescent des axes d'amélioration et peut lui proposer de tester des compensations techniques.

Cette discussion permet d'évaluer mon hypothèse de recherche : la mise en situation écologique permet à l'ergothérapeute d'aider le jeune à identifier les capacités à développer, afin de faciliter l'accès à son projet professionnel. Elle a également montré les limites de ma recherche que je vais développer dans la partie suivante.

B. Limites de la recherche

Tout d'abord, le peu d'ergothérapeutes interrogés constitue la première limite de mon enquête. J'avais conscience qu'il y avait un nombre restreint d'ergothérapeutes travaillant dans ce domaine. Je m'attendais donc à un échantillon réduit. De plus, parmi les cinq ergothérapeutes correspondant à mes critères, seulement trois ont finalement répondu à mon entretien. Il m'est alors plus difficile de généraliser et d'évaluer mon hypothèse.

En lien avec cette première limite, je n'ai pas pu comparer différents types de structures. Il aurait été intéressant d'échanger avec des ergothérapeutes issus d'autres types de services. Je pense notamment aux IMPro et aux Sections d'Initiation et de Première Formation Professionnelle (SIPFP) qui sont spécialisés dans le domaine de l'orientation professionnelle. J'avais contacté un ergothérapeute exerçant en IMPro mais celui-ci n'a finalement pas donné suite à ma demande d'entretien.

Enfin, je considère que ma dernière limite est de ne pas avoir assez de recul sur l'orientation professionnelle du jeune. En effet, le cadre théorique et l'enquête montrent que la mise en situation écologique facilite la formation de l'adolescent déficient visuel. Néanmoins, cet outil facilite-t-il véritablement l'insertion professionnelle du jeune ? Il faudrait un regard sur le long terme.

C. Nouvelles pistes de réflexion : intérêts et perspectives de la recherche

La politique de Santé Publique actuelle vise à favoriser la participation sociale et l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap. Ce travail d'initiation à la recherche s'interroge sur l'apport de l'ergothérapeute dans le processus d'orientation professionnelle d'un adolescent déficient visuel. Ainsi, il s'inscrit dans ce **contexte de Santé Publique**.

L'ergothérapeute, dans cette dynamique de Santé Publique, a toute sa place dans l'accompagnement des personnes déficientes visuelles. Or, si peu de ces thérapeutes exercent aujourd'hui dans ce domaine. Est-ce dû à une mauvaise connaissance de ses compétences par les services spécialisés en déficience visuelle ? Ou bien un manque de moyens financiers de ces structures ? Les **multiples rôles de l'ergothérapeute** dans le domaine de la déficience visuelle serait donc une piste à développer pour une future recherche.

Ce mémoire d'initiation à la recherche a pu compléter mon apprentissage et mes connaissances acquises lors de mes études d'ergothérapie. Il m'a ainsi beaucoup apporté sur le plan connaissances théoriques, notamment sur l'approche écologique en ergothérapie. Par l'utilisation du modèle PEOP, j'ai pris conscience de l'importance d'une vision globale de la personne pour être véritablement centré sur ses besoins et ses attentes. Cela permet de lui proposer des objectifs faisant sens pour elle et ainsi, accentuer sa motivation.

Dans le cadre de mes investigations, les observations réalisées avec l'outil que j'ai créé ont été une expérience très enrichissante. Dorénavant, j'ai les capacités nécessaires pour proposer des mises en situation écologique lors de ma future pratique professionnelle. Je saurais également les adapter en fonction des besoins de la personne accompagnée.

Enfin, mes lectures et mon enquête ont soulevé une problématique : trop **peu de bilans spécifiques** à la déficience visuelle existent pour évaluer les capacités de la personne dans ses activités de la vie journalière. La plupart des ergothérapeutes utilisent soit des bilans normés qu'elles adaptent à l'atteinte visuelle de la personne, soit des observations lors de mises en situations écologiques. Il serait donc intéressant de se pencher sur la création d'un bilan spécifique et adapté à la déficience visuelle. L'équipe de recherche de l'Institut ARAMAV est justement en train de développer un bilan dans le cadre de la rééducation basse-vision : le **bilan 13-30**.

CONCLUSION

Lors de ce mémoire d'initiation à la recherche, nous avons pu mettre en relation les apports théoriques de la littérature aux informations recueillies sur le terrain.

En lien avec ma problématique de recherche, le cadre théorique a permis de définir les **spécificités de l'adolescent** atteint d'un **handicap visuel de naissance**. Celui-ci est confronté à une problématique identitaire et souhaite devenir indépendant. Dans un même temps, il s'interroge sur son **avenir professionnel** qui lui semble complexe. En effet, la participation sociale et l'intégration professionnelle des personnes en situation de handicap ne sont pas aisées. C'est pourquoi, dans une dynamique de Santé Publique, de nombreuses mesures ont vu le jour pour faciliter l'accès à l'emploi des individus déficients visuels. C'est dans ce cadre que plusieurs professionnels de la santé et du social, dont fait partie l'ergothérapeute, peuvent intervenir pour accompagner le jeune vers son projet.

Grâce aux investigations, nous avons ensuite constaté la **collaboration interprofessionnelle** instaurée au sein de l'équipe. Celle-ci permet d'avoir une vision globale de l'adolescent et de son environnement. En s'appuyant sur ces éléments, les professionnels développent les **prérequis** essentiels à la réussite du projet du jeune et, le positionnent en tant qu'acteur de son suivi. L'objectif est de favoriser son investissement afin de préparer avec lui, son **intégration professionnelle et sociale**. L'**ergothérapeute** est un membre de cette équipe. Pour accompagner l'adolescent déficient visuel vers son projet, il utilise notamment la **mise en situation écologique**. L'enquête a montré les apports de cet outil. Tout d'abord, l'activité réalisée en situation a du sens pour le jeune. Ce qui lui donne une **dimension motivationnelle**. De plus, par son aspect concret, la mise en situation amène l'adolescent à reproduire ce qu'il connaît et à s'adapter face à une difficulté. De ce fait, cela l'aide à **prendre conscience de ses capacités** mais aussi de **ses difficultés**. Enfin, cet outil apparaît comme un réel support pour de nouveaux **axes de travail** : développer des sens compensatoires, tester des aides techniques par exemple.

Dans le cadre de cette recherche mon hypothèse est validée. En effet, la **mise en situation écologique** permet à l'**ergothérapeute** d'**aider** le jeune à **identifier les capacités à développer**. De surcroît, cet outil possède d'autres atouts (sens pour la personne, support de travail). Ce sont tous ces apports qui vont **faciliter l'accès** de l'adolescent déficient visuel congénital à **son projet professionnel**.

Dans l'optique d'exercer en basse-vision, j'ai continué mes recherches pour connaître les formations possibles. J'ai ainsi découvert la formation d'**instructeur en Activité de la Vie Journalière** proposée par la FAF à plusieurs professions. Celle-ci pousse à s'y intéresser de plus près car elle aborde une notion très présente en ergothérapie : l'indépendance dans les activités de vie quotidienne.

GLOSSAIRE

AGEFIPH : Association de Gestion des Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées

CAMPS : Centre d'Action Médico-Social Précoce

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CFA : Centre de Formation des Apprentis

CRP : Centre de Reclassement Professionnel

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

FAF : Fédération des Aveugles de France

FIPHFP : Fond pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique

HID : Handicaps-Incapacités-Dépendance (enquête)

IME : Institut Médico-Educatif

IMPro : Institut Médico-Professionnel

INJA : Institut National des Jeunes Aveugles

INSEE : Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques

MAD : Mise à Disposition

MDPH : Maisons Départementales des Personnes Handicapées

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCH : Prestation de Compensation du Handicap

PEOP : Personne-Environnement-Occupation-Performance (modèle)

RQTH : Reconnaissance Qualité Travailleur Handicapé

S3AIS : Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire

SAFEP : Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce

SEES : Section d'Education et d'Enseignement Spécialisées

SEHA : Section d'Education pour les jeunes déficients visuel avec un Handicap Associé

SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile

SIPF : Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle

ULIS : Unités Localisés pour l'Inclusion Scolaire

UPI : Unités Pédagogiques d'intégration

BIBLIOGRAPHIE

- **AGEFIPH. (2017).** *Bilan emploi et chômage des personnes handicapées*. Consulté le 10/02/2018, sur <https://www.agefiph.fr/Actus-Publications/Actualites/Vient-de-paraitre-le-tableau-de-bord-Emploi-et-chomage-des-personnes-handicapees-Bilan-au-1er-semester-2017>.
- **AGEFIPH. (2017).** *Profil et missions*. Consulté le 02/05/2018, sur <https://www.agefiph.fr/A-propos-de-l-Agefiph/Profil-et-missions>.
- **ALSAKER, F. (2014).** Etapes du développement pubertaire et incidence psychologique. Dans M. CLAES, & L. LANNEGRAND-WILLEMS, *La psychologie de l'adolescence*. PU Montréal.
- **ANFE. (2017).** *L'ergothérapie aujourd'hui en France*. Paris.
- **Aspect essentiels de la loi du 11 février 2005, dite loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. (2006).** *Reliance n°22*.
- **BAUDOIN, N. (2009).** A l'adolescence, construire son avenir : quels enjeux ? Choisir , s'orienter : est-ce renoncer ? *Orientation scolaire*. Poitiers.
- **BLANCHET, A., & GOTMAN, A. (2010).** *L'enquête et ses méthodes - L'entretien*. Armand Colin.
- **BOCHIN, E., DE BOCK, S., GUYOT-SIONNEST, C., & GRAS, L. (2008).** Evaluation et déficience visuelle. *ErgOthérapies n°32*.
- **BOE, F. (2005).** Scolarité des aveugles et malvoyants. *Réadaptation n°517*.
- **BRETON, A. (2000).** Travail de maladie, travail de deuil, et travail de l'adolescence, ou l'adolescence de l'enfant portant une maladie chronique. *Archive de pédiatrie*.
- **CHARLIN, J. (2005).** Déficience visuelle et enseignement supérieur. *Réadaptation n°517*.
- **CHARRAS, K., REINTJENS, C., & TROUVE, E. (2016).** Approche écologique des relations personne-environnement. Dans E. TROUVE, *Agir sur l'environnement pour permettre les activités*. De Boeck.
- **CHAZAL, P. (1999).** *Les aveugles au travail*. Le cherche midi éditeur.
- **CHAZAL, P. (2005).** La formation professionnelle des déficients visuels. *Réadaptation n°517*.
- **CHRISTIAEN-COLMEZ, M.-P. (2012).** L'ergothérapie dans le domaine des déficiences visuelles. *ERGOTHERAPIE*.
- **CLAES, M. (2014).** Les relations entre parents et adolescents. Dans M. CLAES , & L. LANNEGRAND-WILLEMS, *La psychologie de l'adolescence*. PU Montréal.
- **CRIQUILLON-RUIZ, J., & MOREL-BRACK, M.-C. (2016).** Pour une démarche d'évaluation centrée sur le client et sur l'évaluation. *ErgOthérapie n°63*.

- **CRTH. (2014).** *Handicaps & Cultures : ERP, employeurs, salariés.* M Médias.
- **DE KETELE, J.-M., & ROEGIERS, X. (2009).** *Méthodologie du recueil d'informations* (éd. 4). De boeck.
- **DETRAZ, M.-C. (2008).** Les processus d'intervention en ergothérapie. Dans J.-M. CAIRE, *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités.* Solal.
- **FAF. (2015).** *Emploi et déficience visuelle.* Lyon.
- **FAF. (2017).** *Emploi.* Consulté le 10/02/2018, sur <https://www.aveuglesdefrance.org/nos-actions/emploi>.
- **GOVERNEMENT. (2008).** *Plan Handicap Visuel 2008-2011.*
- **GOVERNEMENT. (2010).** *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute (référentiel d'activités et de compétences).*
- **GOVERNEMENT. (2015).** *L'obligation d'emploi en faveur des travailleurs handicapés.* Consulté le 08/02/2018, sur <http://travail-emploi.gouv.fr/emploi/insertion-dans-l-emploi/>.
- **GOVERNEMENT, & PARLEMENT. (s.d.).** *Code du travail.* Consulté le 05/02/2018, sur <https://www.legifrance.gouv.fr/>.
- **GRIFFON, P. (1997).** *Rétinite pigmentaire et devenir adulte. Rétinite pigmentaire et autres atteintes dégénératives de la rétine.* Bruxelles.
- **GUIHARD, J.-P. (1999).** *Inteprofessionnalité ou interprovidence. Journal d'ergothérapie.*
- **HANDICAPS, M. (2008).** *Handicap visuel de l'enfant et de l'adolescent.* Guides de l'AP-HP.
- **HATWELL, Y. (2006).** *Apréhender l'espace pour un enfant aveugle. Enfance & Psy n°33.*
- **HERVY, M.-P. (2016).** *Evaluation des stratégies de prévention et de la dépendance.* Dans C. TRIVALLE, *Gérontologie préventive.* Masson.
- **HEYRAUD, J. (2013).** *L'accompagnement au quotidien des personnes déficientes visuelles.* Eres.
- **HOLZSCHUCH, C. (2008).** *La basse vision. ErgOthérapies n°32.*
- **INPES. (2012).** *Quand la malvoyance s'installe, guide pratique à l'usage des adultes et de leurs entourages.* Inpes.
- **KOVARSKI, C. (2014).** *Les anomalies de la vision chez l'enfant et l'adolescent.* Lavoisier.
- **LANNEGRAND-WILLEMS, L. (2014).** *La construction de l'identité.* Dans M. CLAES, & L. LANNEGRAND-WILLEMS, *La psychologie de l'adolescence.* PU Montréal.
- **LEWI-DUMONT, N. (2015).** *Des besoins particuliers des élèves aux besoins de formation des professionnels : l'exemple de la déficience visuelle. La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation n°70.*
- **MARCELLINI, A. (2006).** *Déficientes et ritualité de l'interaction. Eduquer.*

- **MARCOTTE, D. (2014).** Les problèmes internalisés : la dépression et l'anxiété à l'adolescence. Dans M. CLAES, & L. LANNEGRAND-WILLEMS, *La psychologie de l'adolescence*. PU Montréal.
- **MARGOT-CATTIN, I. (2017).** Le modèle PEOP. Dans M.-C. MOREL-BRACQ, *Les modèles conceptuels en ergothérapie*. De Boeck.
- **MEDIALIS. (2017).** MDPH. Consulté le 24/04/2018, sur www.mdpf.fr.
- **MEYER, S. (2013).** *De l'activité à la participation*. De Boeck-Solal.
- **OMS. (2017).** *Cécité et déficience visuelle*. Consulté le 14/11/2017, sur <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/fr/>
- **OMS. (2017).** *Développement des adolescents*. Consulté le 05/02/2018, sur http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
- **POURBAIX, Q. (2017).** Les déficients visuels s'adaptent en permanence face aux mutations de l'emploi. *Déficience visuelle, initiatives citoyennes pour demain*. Brest.
- **PUBLIC, S. (2016).** *Handicap : travail en entreprise adapté*. Consulté le 01/05/2018, sur <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1653>.
- **PUBLIC, S. (2018).** *Handicap : travail en établissement et service d'aide par le travail*. Consulté le 01/05/2018, sur <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1654>.
- **RAYNARD, F. (2003).** *Un autre regard, la réadaptation des déficients visuels*. Solal.
- **SEENE, M. (2008).** L'évaluation écologique. Dans J.-M. CAIRE, *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*. Solal.
- **SUREAU, P. (2008).** L'activité comme processus thérapeutique. Dans J.-M. CAIRE, *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*. Solal.
- **WFOT. (2012).** *Definition of occupational therapy*. Consulté le 27/03/2017, sur <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>.
- **ZOLLA, E. (2005).** Déficience visuelle et adolescence. *Réadaptation n°517*.

ANNEXES

SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Correspondance des échelles de vision de loin	I
ANNEXE 2 : Representation des concepts du modeles PEOP	II
ANNEXE 3 : Referentiel de competence en ergotherapie	III
ANNEXE 4 : Guide d'entretien a destination des ergotherapeutes	IV
ANNEXE 5 : Retranscription entretien avec E1 (SESSAD).....	VI
ANNEXE 6 : Retranscription de l'entretien avec E2 (S3AIS)	XIV
ANNEXE 7 : Retranscription de l'entretien avec E3 (SESSAD).....	XIX
ANNEXE 8 : Consignes de la mise en situation bureautique.....	XXIII
ANNEXE 9 : Grille d'observation pour la mise en situation	XXIV
ANNEXE 10 : Exemple de l'accord de participation	XXV
ANNEXE 11 : Grille d'observation mise en situation cuisine.....	XXVI
ANNEXE 12 : Grille d'observation mise en situation bureautique.....	XXVII

➤ **ANNEXE 1 : CORRESPONDANCE DES ECHELLES DE VISION DE LOIN**

CORRESPONDANCE ECHELLES DE VISION DE LOIN								
Minutes d'arc	Notation LogMAR	Monoyer	Décimale	Snellen 4 mètres	Snellen 5 mètres	Snellen 6 mètres	Snellen 20 pieds	Score ETDRS
120		1/120	0,008				20/2400	
100	+2	1/100	0,01				20/2000	
80		1/80	0,0125	4/320		6/480	20/1600	
60		1/60	0,016				20/1200	
50		1/50	0,020				20/1000	
40		1/40	0,025	4/160		6/240	20/800	5
30	1,5	1/30	0,032	4/120			20/630	10
25	1,4	1/25	0,04	4/100				15
20	+1,3	1/20	0,05	4/80	5/100	6/120	20/400	20
16	+1,2	1/16	0,063	4/63	5/80	6/95	20/300	25
12,50	+1,1	1/12	0,08	4/50	5/63	6/75	20/250	30
10	+1	1/10	0,10	4/40	5/50	6/60	20/200	35
8	+0,9	1,2/10	0,12	4/32	5/40	6/48	20/160	40
6,30	+0,8	1,6/10	0,16	4/25	5/32	6/38	20/125	45
5	+0,7	2/10	0,2	4/20	5/25	6/30	20/100	50
4	+0,6	2,5/10	0,25	4/16	5/20	6/24	20/80	55
3,20	+0,5	3,2/10	0,32	4/12,5	5/16	6/19	20/63	60
2,50	+0,4	4/10	0,40	4/10	5/12,5	6/15	20/50	65
2	+0,3	5/10	0,5	4/8	5/10	6/12	20/40	70
1,60	+0,2	6,3/10	0,63	4/6,3	5/8	6/9,5	20/30	75
1,25	0,1	8/10	0,8	4/5	5/6,3	6/7,5	20/25	80
1	0	10/10	1	4/4	5/5	6/6	20/20	85

Minutes d'arc = Angle MAR = Le minimum séparable : La distance minimale entre 2 points distincts de contraste maximum correctement discernés est exprimée en minute d'arc. Pour les personnes emmétropes, elle représente 1 minute d'arc (1'), soit 10/10^{ème}. Cette valeur angulaire est peu utilisée en France.

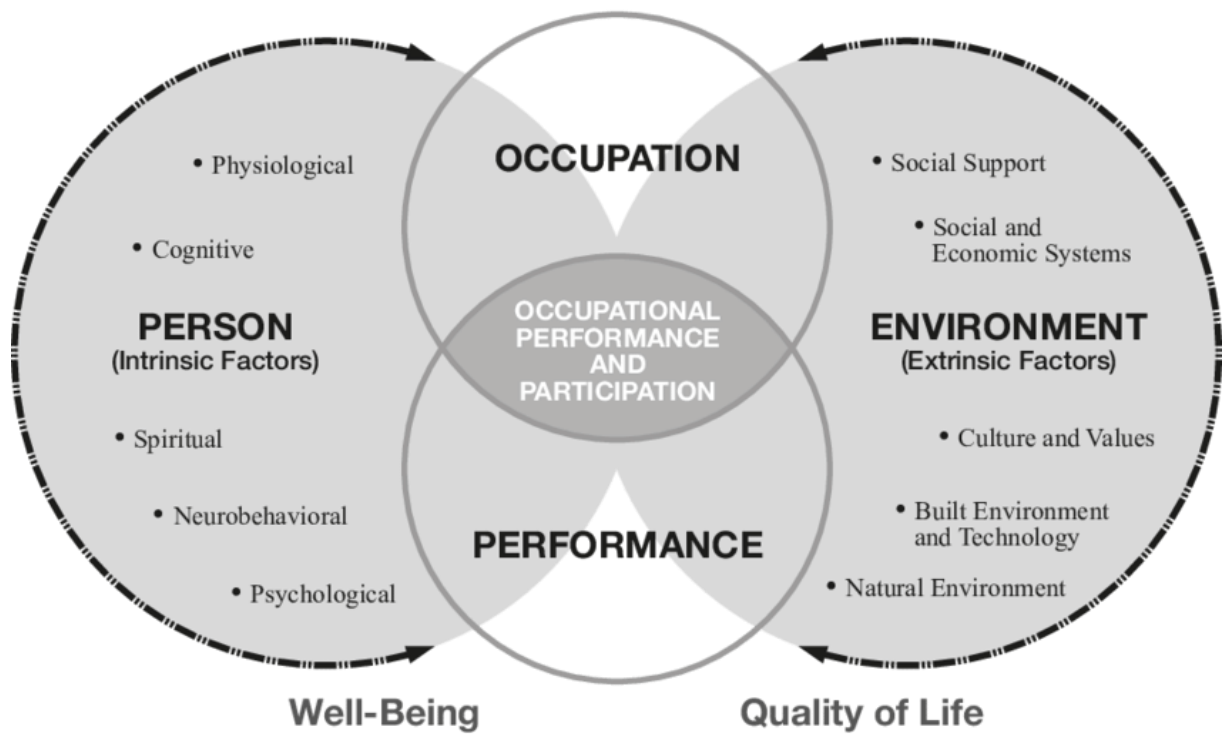
LogMAR : Logarithme calculé à partir du MAR. Permet d'effectuer des statistiques sur des valeurs plus fiables. Peu utilisée en France.

Echelle de Monoyer : le test pour la vision à 3 m se termine par NXV ; le test pour la vision à 5 m, se termine par ZU. La progression d'une ligne à l'autre n'est pas linéaire. Elle mesure mieux les bonnes acuités visuelles. C'est l'échelle la plus utilisée en France.

SNELLEN 20 pieds = 6,09 mètres. Cette échelle anglo-saxonne commence à être plus utilisée en France car elle est plus précise pour les acuités visuelles basses.

Score ETDRS : Mesure l'acuité de façon plus fine par ligne d'acuité. De plus en plus utilisée en France. Sur son graphique, le praticien entoure les lettres correctement lues.

➤ **ANNEXE 2 : REPRESENTATION DES CONCEPTS DU MODELES PEOP**



➤ **ANNEXE 3 : REFERENTIEL DE COMPETENCE EN ERGOTHERAPIE**

1. Évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique.
2. Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement.
3. Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie.
4. Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques.
5. Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique.
6. Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie.
7. Évaluer et faire évoluer la pratique professionnelle.
8. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques.
9. Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs.
10. Former et informer.

➤ **ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN A DESTINATION DES ERGOTHERAPEUTES**

- 1) Pouvez-vous me résumer votre parcours professionnel ? (année de diplôme et expériences professionnelles)

Orientation professionnelle des adolescents déficients visuels

- 2) Vers quel âge les jeunes que vous suivez s'orientent-ils professionnellement ?
- 3) Qui déclenche ce projet d'orientation ? Est-ce une demande de leur part, un souhait des parents, une proposition de la structure ?
- 4) Vers quel(s) lieu(x) de formation s'orientent-ils ?
- 5) Quels sont les secteurs ou métiers qu'ils envisagent ?
- 6) Selon vous, quels critères (prérequis) sont essentiels pour qu'un jeune accède à son projet d'orientation professionnelle ?

Ergothérapie et orientation professionnelle

- 7) Quel est le rôle de l'ergothérapeute dans l'orientation professionnelle des jeunes déficients visuels ? Quelles sont vos objectifs de prise en charge ?
- 8) Comment évaluez-vous les capacités du jeune ? Avec quels outils ?
- 9) Lesquelles sont développées pour le projet d'orientation professionnelle ?
- 10) Quels sont les moyens que vous utilisez en ergothérapie pour développer ces capacités ? (*Mise en situation écologique ?*)

Mise en situation écologique

- 11) Avec quels jeunes réalisez-vous des mises en situation écologiques ?
- 12) De quelle manière se déroulent-elles ? (organisation, durée, lieu, grille d'observation)
- 13) Comment celui-ci prend part à l'exercice ?
- 14) Quels sont les apports / la plus-value de la mise en situation écologique par rapport aux autres moyens de prise en charge
- 15) Que faites-vous des éléments observés lors de la mise en situation du jeune ?

Accompagnement interprofessionnel

- 16) Quels professionnels interviennent dans le projet d'orientation professionnelle du jeune ?
- 17) Avec qui sont partagées les observations de la mise en situation écologique ? Dans quel but ?
- 18) Quelles sont les apports de cette collaboration ?

Place de l'entourage dans le projet

- 19) Quel est le positionnement des parents quant à l'orientation professionnelle de leur enfant ?

➤ **ANNEXE 5 : RETRANSCRIPTION ENTRETIEN AVEC E1 (SESSAD)**

Peux-tu me résumer ton parcours professionnel depuis ton année de diplôme ?

Alors quand j'ai été diplômée, je voulais aller en psychiatrie. J'ai commencé la psychiatrie dans une clinique privée pendant 1 an et demi. Alors après, j'ai été dans un hôpital public du coup où je suis restée 10 ans en psychiatrie toujours avec intra-hospitalier et extra-hospitalier donc CATTP et HDJ. Et donc j'ai fait un changement d'activité en décidant, alors je voulais m'orienter vers la pédiatrie, et j'ai eu l'opportunité d'aller en pédiatrie et en déficience visuelle. Donc deux éléments qui m'intéressaient et je suis arrivée au SESSAD en juillet 2015. Ça va faire 3 ans dans quelques mois.

Et du coup tu as été diplômé en quelle année ?

2004.

Ok, donc je vais d'abord poser des questions d'un point de vue général sur l'orientation professionnelle des adolescents visuels. Vers quel âge au sein du SESSAD les jeunes commencent à penser leur orientation et ils s'orientent professionnellement ?

Bon alors c'est très différent selon les jeunes déjà puisque ils ont des, euh comme tous les adolescents, ils ont des profils très différents. Il y a ceux qui vont avoir des caractères vraiment à vouloir s'en sortir et à vouloir aller de l'avant sachant très bien ce qu'ils veulent. Et puis l'autre partie qui ne sait pas trop ce qu'ils veulent, qui changent d'avis et qui sont un peu perdus voilà ... Donc déjà, on a des profils différents ! Donc ça, ça joue sur à quel moment ça intervient. Ça dépend si ils sont scolarisés ou pas. On en a plein qui ne sont pas scolarisé donc euh ... C'est très compliqué de penser orientation professionnelle quand ils ont pas de diplôme et qu'ils sont pas vraiment intégrés dans une formation.

C'est pas leur priorité ?

C'est pas que c'est pas leur priorité, c'est que euh ... soit ils sont en échec scolaire soit ils ont d'autres difficultés en plus de la déficience visuelle. Ça peut être des troubles cognitifs associés. Ça peut être une grande difficulté sociale. Ça peut être euh ... des problèmes du justice etc. Et puis il y a ceux qui malgré tout, malgré leur handicap ont un bon niveau qui arrivent à aller jusqu'au lycée.

En général, la question se pose vers le lycée. Première étape c'est quand ils vont rentrer en seconde. Parce que nous on les suit de 14 à 25 ans. Donc 14 ans c'est à peu près milieu de collège. Euh les plus jeunes qu'on a ils sont en 4^{ème}, 3^{ème} plutôt 3^{ème}. Donc la question commence à se poser, la première fois au moment de l'orientation en seconde. Est-ce qu'ils vont en seconde générale ? Est-ce qu'ils vont en seconde pro ? Est-ce qu'ils vont en CAP ? etc. Donc là c'est la première phase, puisque c'est le début de l'orientation en fait.

Après forcément la deuxième phase c'est quand ils sont en général : quelle 1^{ère} ils choisissent ? Quelle section ? Soit si ils sont en pro, est-ce qu'ils continuent dans leur optique ? Alors souvent en pro on a les gestions administrations par exemple. Ou euh commerce ou ... Donc je sais plus exactement, il faudrait demander aux éducateurs tous les intitulés de bac pro mais euh il y en a quand même un certain nombre. Donc il y a commerce, vente, etc. Et après il y a ceux qui sont en général. Est-ce qu'ils vont faire ES, S, ou L ? Puisque ça va euh ... Leur orientation finale va dépendre de cette orientation, enfin de cette première orientation.

Dès cette première phase d'accord.

Et après, quand ils sont en terminale il y a la période où il va falloir qu'ils fassent des choix. Alors avant ça s'appelait APB maintenant ça s'appelle euh ...

ParcoursSup je crois ?

Voilà ! Et donc là il faut qu'ils fassent des choix sur ... est-ce qu'ils veulent aller à la fac ? Est-ce qu'ils veulent aller en BTS ? Est-ce qu'ils veulent faire une école en particulier ? Est-ce qu'il faut qu'ils qu'ils fassent un concours ? Etc Donc là c'est vraiment euh ... c'est vraiment le moment charnière. Et après il y a l'attente des résultats de ce ParcoursSup. On n'a pas eu l'occasion ça va être maintenant savoir si euh ... Leurs choix ont été respectés, s'ils vont partir dans ce qu'ils ont choisis.

D'accord.

Voilà les étapes où l'orientation professionnelle est euh... Et parfois ils partent dans une filière et finalement ils se reposent la question, ils sont plus très sûrs, ils n'y arrivent pas trop, ils sont pas motivés ... et où on imagine une réorientation. Voilà un peu les cas de figure.

Et cette orientation c'est souvent déclenché par eux ou bien c'est l'école ou les parents qui peuvent demander l'orientation ? De qui vient la demande en fait ?

Alors nous au SESSAD on fait en sorte que ça vienne du jeune. Par rapport à notre façon de travailler. Euh ... Que les parents veulent ça pour leur enfant on peut l'entendre mais nous on essaie de, enfin c'est surtout les éducateurs qui vont discuter de ça. Mais on essaie quand même d'aller chercher leurs attentes, leurs possibilités. Est-ce qu'ils sont en phases avec leur vrai potentiel ou pas ? Que ce soit, soit ils se surestime soit ils se sous-estime, c'est dans les deux sens. On essaie que ça vienne d'eux en fait. Puisque pour que l'orientation soit réussie, il faut vraiment que ce soit un choix. Et pas par dépit parce que « on m'a dit que quand je suis déficient visuel je peux pas faire ça, on m'a dit que je pouvais faire que ça donc bon bin je suis obligé d'aller là ». On évite que ça se passe comme ça !

Sinon il n'y a pas de motivation,

Voilà ! Bon après le problème de l'adolescence c'est que la motivation elle est fluctuante. Alors il y a les écoles qui euh ... il y les écoles qui vont accompagner : les CPE, les conseillers d'orientation. Mais au SESSAD les éducateurs sont quand même très présent pour poser les bonnes questions « Bon alors ton orientation ? ». Sachant que sinon ils se poseraient pas forcément la question. Enfin, on essaie d'anticiper en fait.

Ok, et concernant les lieux de formations on en a déjà un peu parlé tout à l'heure. Quelles filières et quels métiers ils envisagent ? Quels sont ceux qui reviennent le plus souvent ?

Alors euh ...on va dire que dans l'histoire de la déficience visuelle à un moment donné on disait souvent « Bah les déficients visuels ils peuvent être accordeur de piano » Ça c'était un peu avant. Il y a toujours hein quand même une euh ... Une branche qui est assez sollicitée pour ceux qui ont les capacités c'est la branche masseur-kinésithérapeute dans des écoles adaptées. Il en existe deux en région parisienne, à l'AVH et une qui s'appelle Guinot. C'est déjà arrivé qu'il y ait 2 jeunes qui soient partis précédemment dans une de ces écoles. Et là il y en a une jeune qui vise mais il faut quand même avoir un certain niveau. Donc ça c'est une partie qui est assez ouverte aux déficients visuels puisqu'il y a une formation adaptée.

Après euh ... finalement on se dit qu'il faut pas forcément penser aux limites et aux freins. Mais il y a quand même des métiers qui sont pas possibles. Mais tout ce qui va être autour de la bureautique, de l'administratif euh..., du commerce, de la téléassistance etc c'est quand même une ouverture. Puisque avec tous les aménagements de poste de travail possibles et ce qu'on travaille au niveau des compétences informatiques, franchement voilà. Quelqu'un qui a un poste informatique adapté peut être vraiment très autonome même s'il est déficient visuel.

Et après, euh il y en a quelques-uns qui sont en vente. Parce que les degrés de malvoyance peuvent permettre de faire de la vente dans certains domaines. Et euh ... pour certains la vue est stabilisée. Il y a pas une dégradation. Après euh ... comme autre métier on a eu un jeune qui était en cuisine mais euh ... qui a du se réorienter parce que lui sa vue se dégradait donc c'était plus possible. Après les métiers qui sont pas possibles c'est par exemple s'occuper de jeunes, petite enfance etc. Où ça peut être compliqué.

D'accord donc le champ des possibles est ouvert mais il y a quand même des limites.

Il y a quand même des limites oui. Enfin on peut pas dire le contraire.

Et, quels sont selon toi les prérequis pour accéder à leur formation professionnelle ? Des leviers ou des critères pour faciliter l'accès ?

Moi je dirais il faut un niveau scolaire déjà. Parce que malgré tout un employeur qui va avoir les candidatures il va quand même regarder les diplômes. Si le jeune, bon il est déficient visuel, en général c'est quand même abordé parce qu'il y a ... euh quasiment tous ont une RQTH. Donc après ça peut faciliter l'emploi parce que il y a la fameuse loi pour pour le pourcentage de personnes en situations de handicap en entreprise mais si ils ont pas les diplômes bah c'est comme tout le monde quoi. Donc le prérequis c'est d'avoir un niveau qui correspond à l'emploi et ... et donc d'avoir les capacités professionnelles c'est-à-dire les capacités relationnelles, les capacités cognitives quoi ! Les fonctions exécutives, savoir s'organiser, savoir être à l'heure. Parce qu'il y a des jeunes ils sont..., certains on se dit qu'ils ne pourraient pas travailler parce que ils sont complètement déconnecté au niveau du temps. Alors ça peut être lié à la déficience visuelle depuis l'enfance et puis à des troubles associés mais certains jeunes sont tellement déconnectés au niveau du temps, ils arrivent pas du tout, malgré la rééducation à avoir une temporalité précise, donc ils ne pourraient pas travailler. Même en travaillant parfois on y arrive pas. Les prérequis c'est ça, le diplôme, les capacités qui correspondent au métier attendu et après aussi bah les capacités cognitives et la euh ... le cadre, le travail.

Ok et comment l'ergothérapeute justement il peut intervenir dans ce projet d'orientation professionnel ? Quel est son rôle auprès ...

Bah en tout cas moi personnellement, je vais pas, enfin ... c'est assez rare les jeunes qui travaillent dans notre service. Il y a en un qui travaille à relais colis. Il a eu un BTS en négociation relation client. Euh ... donc moi en fait je suis intervenue en amont pour qu'il ait ses aides techniques appropriées. Donc lui il est non voyant total. Et donc il fonctionne avec un logiciel de lecture d'écran qui s'appelle « Jaws ». Et il fonctionne avec une plage braille. En fait c'est un dispositif, une aide technique, qui est reliée à l'ordinateur et ... tout ce qui est sur l'écran va apparaître sur des petites cellules braille informatique. Comme ça il va savoir du bout des doigts ce qu'il y a sur l'écran. Et comme ça il navigue entre le braille et la synthèse vocale et son poste est adapté. Donc moi je suis intervenue en amont pour que au moment de l'emploi euh ... il ait déjà tout son matériel et ses aides techniques. Donc on a fait un dossier

MDPH 6 mois avant avec l'assistance sociale. Et comme ça il a pu débiter son poste avec son matériel. Donc je suis intervenue avant pour l'aménagement du poste de travail.

Donc de manière générale l'ergothérapeute intervient en amont de l'orientation ?

Ça peut être avant aussi. Pendant le poste mais on a pas beaucoup de recul ... Il y a une autre jeune aussi qui a travaillé en emploi aidé donc là, pendant 2 ans et donc je suis intervenue pour que pendant son activité ils lui installent ZoomText. ZoomText c'est un logiciel d'agrandissement et elle avait en plus NVDA qui est le lecteur d'écran gratuit, l'équivalent de « Jaws ». Donc voilà quand je peux intervenir au niveau professionnel.

Après la plupart du temps j'interviens avant. Au niveau rééducation. Donc on va dire, des mois, des années avant. En optimisant au maximum, alors euh en général les capacités informatiques pour que le jeune soit vraiment autonome au niveau de la dactylo, des mails, organisation, bureautique, ... Mais ça, ça va être un travail de longue haleine. Ça va être un travail de prérequis en fait. Après au niveau de l'équipe du SESSAD, on peut intervenir au sein d'une entreprise. Donc avant que j'arrive c'était arrivé pour faire ce qu'on appelle euh, de la sensibilisation au handicap. Alors on a eu un jeune qui était en cuisine, qui était à côté, on a un self du conseil général et lui il était dans la cuisine collective. Et donc, l'équipe était intervenue après du chef d'équipe et de ses collègues en faisant une action de sensibilisation donc en les mettant en situation de malvoyance avec des lunettes de simulation. Le jeune il avait une rétinite pigmentaire donc euh ... un champ visuel tubulaire et donc il avait été proposé quelque chose avec des lunettes qui avait un champ visuel restreint pour se rendre compte de la difficulté en action de ce que c'était de faire de la cuisine quand on voyait de cette façon... quand fallait tout balayer, quand fallait s'organiser au niveau de l'espace etc. Donc là en fait on en fait parfois des actions de sensibilisation. En général c'est dans les écoles mais ça peut très bien se faire dans le milieu professionnel pour que ... pour que l'entourage professionnel puisse comprendre ce qu'est la malvoyance. Puisque ça ne se voit pas forcément et c'est pas toujours compréhensible tant qu'on a pas été mis en situation.

D'accord, du coup les compétences développées en ergothérapie ça serait l'informatique, ça serait tous les prérequis dont on a parlé ?

Alors l'informatique, sachant qu'il y a une grande ou euh enfin ... Je peux pas dire qu'il y a de statistiques mais ceux qui vont s'orienter vers l'emploi et les études c'est quand même beaucoup des postes où il va y avoir besoin de postes informatiques donc il va y avoir forcément des choses que l'on va développer.

D'accord et quels sont les moyens utilisés en ergothérapie avec ces jeunes pour développer ces compétences ?

Et bin déjà on va travailler sur la dactylo avec des logiciels comme ApprentiClavier par exemple. Il y en a plein d'autres hein il y a TapTouche. Donc ça c'est ... alors il y a des jeunes qui ont été formés pendant l'enfance, qui sont autonomes. Et puis il y a des jeunes qui y arrivent plus tard, qu'on jamais été formés. Qui ont perdu la vue sur le tard. Donc là on va mettre ça un peu plus tard la dactylo. Et c'est pas simple puisque ça peut être un petit peu rébarbatif, mais faut essayer ! Enfin moi en tout cas mon rôle c'est de le rendre attrayant et que de les valoriser, qu'ils se rendent compte de leur progrès en dactylo. Mais ça peut aussi passer par euh ... j'essaie aussi parfois le travail avec des médiations. Donc travailler

l'informatique mais avec des médiations donc c'est-à-dire : aller chercher des informations sur internet ... sur des domaines qu'ils aiment, faire du copier-coller, reprendre un texte, pour euh ...

Pour mettre en pratique ?...

Voilà mettre en pratique par une médiation qui les intéresse pour avoir leur motivation et qui permet d'avancer tout en faisant quelque chose qui est plaisant et pas euh ... faire des séances de rééducation, dactylo un peu rébarbatif. Qui de toute façon est nécessaire au début.

D'accord et est-ce que dans les moyens tu utilises des mises en situations pratiques ou écologiques ?

Alors euh ... pas vraiment en informatique. Mais une partie du travail de l'ergothérapeute en déficience visuelle c'est ce qu'on appelle les AVJ et là bah je vais faire pas mal de situation pratique donc souvent la cuisine. Aller faire une action à l'extérieur donc pas forcément les déplacements. Mais aller pour un but précis à l'extérieur comme par exemple retirer des sous etc. Donc là on va dire que c'est pas forcément une mise en situation qui va être exactement calquée sur le métier qu'il vise mais c'est quand même des prérequis comme tu parlais de prérequis. J'en ai pas parlé tout à l'heure mais c'est l'autonomie. Pour pouvoir travailler il faut pouvoir aller au lieu de travail, il faut pouvoir s'organiser pour être prêt le matin. Faire sa toilette, s'habiller, être habillé de façon appropriée avec les bonnes couleurs, avec pas de tâches avec du linge propre plus ou moins repassé. Enfin pouvoir avoir le temps de déjeuner. Enfin imaginons que le jeune est dans un logement indépendant par exemple. Tous ces prérequis de vie quotidienne ça nécessite des mises en situations et c'est pas forcément calqué sur le métier mais c'est important ! Je sais pas si tu ...

Oui je vois bien, c'est tout ce qui indirectement va favoriser le projet professionnel

La vie quotidienne va permettre de pouvoir travailler. Si la personne n'est pas autonome dans sa vie quotidienne et que ça lui prend trop de temps, c'est difficile d'aller travailler.

D'accord et donc avec quels jeunes les mises en situations écologiques sont utilisées ?

Quels jeunes c'est-à-dire ?

Est-ce que c'est utilisé avec tous les jeunes ? Ou seulement avec certains ?

Alors comment on fonctionne ici, on se base sur les besoins et les attentes du jeune. Donc ça part de l'évaluation donc soit initiale soit annuelle. Où on se pose « bah voilà t'en es là, qu'est-ce que tu veux faire cette année ? Qu'est-ce que tu as besoin ? ». Et euh, où ça peut venir au fur et à mesure des mois mais moi j'essaie de partir de ce que le jeune me dit. Parfois j'identifie qu'il y a un problème d'autonomie donc je vais lui proposer, je vais jamais imposer. Mais euh C'était quoi ta question déjà (rire) ?

C'est si c'est utilisé avec tous les jeunes ?

Ah oui ! Bon déjà moi je pars du principe qu'il faut leur motivation. Voilà je vais pas ... enfin à part un cas exceptionnel où on va proposer la cuisine pour évaluer parce que c'est un profil psychologique particulier mais euh j'essaie vraiment d'avoir vraiment l'engouement du jeune pour faire la mise en situation. Alors ça va concerner déjà ceux qui sont fortement déficients visuels parce que c'est ceux qui ont le plus de problème d'autonomie. Il y en a que je vois pas en AVJ parce que ils ont une relative bonne acuité visuelle, un champ visuel qui est pas trop atteint. Et à part la vision de près où vraiment des choses précises où ils ont besoin d'adaptation dans la vie quotidienne ils se débrouillent donc ils

ont pas besoin d'AVJ. Donc vraiment ça s'intéresse à ceux qui ont une forte déficience visuelle voire une non voyance. Et à ceux qui ont des gros soucis organisationnels. Donc euh, ça peut être des troubles dysexécutifs, praxiques etc. Qui sont parallèle à la déficience visuelle ou conséquent à la déficience visuelle.

Ok et donc de quelle manière ça se déroule ces mises en situations ? Est-ce qu'il y a des lieux particuliers, la durée ?

C'est souvent déjà la cuisine. C'est un peu le lieu de base. Alors la cuisine du service, aller à l'extérieur, faire des courses etc. Après ça peut être aussi à domicile, ça arrive assez souvent. Dans le lieu de vie en fait, dans le logement, voir un petit peu comment ils s'organisent. Parce qu'en général les jeunes ils connaissent bien l'environnement et moins la cuisine d'ici. Mais euh ... en premier lieu on va pas forcément aller direct chez eux. On commence un peu le travail ici et après on va à domicile.

D'accord. Est-ce que tu utilises une grille d'observation ou c'est des observations un peu de manière informelle ?

Euh J'utilise pas de grille d'observation à proprement parlé. Alors ça, ça vient de mon parcours en psychiatrie on va dire. Après j'observe euh ... j'observe beaucoup une première partie tout ce qui est cognitif. J'observe l'attention, c'est-à-dire alors déjà le temps de concentration possible, la vigilance. Tout ce qui va être double-taches : gérer une cuisson, le découpage, repérer le temps. J'observe la capacité d'anticipation. Il y a plein de chose, tout ce qui est exécutif. C'est-à-dire planifier, planifier de façon appropriée, s'adapter s'il y a quelque chose, si c'est pas assez cuit. J'observe euh ... la mémoire de travail, par exemple si le jeune va écouter, ou lire, une phrase de recette où il faut retenir des grammes et 5 minutes après il s'en souvient, il se souvient de tant. Ça c'est la mémoire de travail. Je peux observer la gestion du temps. Donc c'est plus que la planification. C'est euh prévoir, enfin ça va aussi avec l'anticipation, mais se dire « bah voilà, il me faut 10 minutes pour faire ça, ça j'imagine qu'il me faut 20 minutes, donc je vais pouvoir me mettre à table à 12h30 et pas à 15h quoi ». Parce que parfois c'est très problématique. Puisque la déficience visuelle, en général, pour, euh enfin ce genre d'activité on prend beaucoup plus de temps. Donc il faut le savoir, il faut se connaître. J'observe la gestion de l'espace. Est-ce qu'il a une bonne orientation spatiale ? Est-ce qu'il mémorise au niveau spatial où sont les obstacles ? Où sont les éléments ? Et que même si on a vu il peut se diriger vers le bon endroit plus ou moins, est-ce qu'il est en sécurité ? etc. J'observe euh... la résistance au stress aussi. Si le temps commence un peu à se bousculer. Comment il se pose ? Est-ce qu'il perd tous ses moyens ? Après la partie cognitive, je vais observer la partie gestuelle. Qu'est-ce que le jeune arrive, au niveau euh... que ce soit praxiques, au niveau vraiment de la manipulation du membre supérieur, est-ce qu'il arrive à bien doser sa force ? Par exemple casser des œufs. Pour mélanger, est-ce qu'il arrive à bien s'organiser pour verser des liquides. Mettre pas trop de force mais assez de force pour mélanger une pâte etc. Donc tout ça c'est les habilités vraiment manuelles. Et euh ... après j'observe, comment, enfin il y a toute la partie où il y a la déficience visuelle, est-ce qu'il va compenser ? Est-ce qu'il va faire que confiance à sa vision résiduelle ou est-ce qu'il va utiliser ses autres sens ? Ecouter, est-ce qu'il va écouter euh ... le son de la pâte qui devient plus lisse, est-ce qu'il va sentir l'odeur du gâteau qui a une odeur un peu suspecte qu'il faut aller vérifier, enfin tout ça ... Et il y aussi ça peut être le goût, ça peut être goûter l'assaisonnement, ça peut être le sens baresthésique c'est-à-dire la sensation du poids. Donc il y a des jeunes qui sont tellement habitués et habiles qu'ils vont sentir quand le verre est plein. Il ont pas besoin forcément d'aller mesurer, enfin ... Ils vont avoir la sensation des liquides dans un contenant en fait. Donc ils vont percevoir les poids en fait. Donc voilà tous ces sens

un petit peu alors euh ... Je crois que c'est vicariant le terme. Les autres sens. Et après, quand il faut mettre en place bah des compensations techniques alors ça peut être la recette, l'imprimer en gros caractères. Ça peut être utiliser une loupe. Ça peut être utiliser un ordinateur portable avec une synthèse vocale pour avoir accès à « Marmiton » par exemple. Voiceover qui va lire la recette. Ça peut être compenser, alors ça c'est les aides techniques mais ça peut être aussi utiliser une, on a euh... par exemple une balance parlante. On peut imaginer des adaptations, on a des petites cuillères qui correspondent à des grammes. Donc on peut se dire qu'il faut 100g de farine alors on va prendre la cuillère 100g qu'on a repérée à l'avance. Donc ça c'est le côté technique mais aussi surutiliser la mémoire par exemple lire la recette une fois et essayer de tout retenir. Donc ça c'est aussi une compensation. Donc j'observe et si ça fonctionne bien je vais essayer de développer ces compensations. Donc voilà.

D'accord et on a parlé tout à l'heure de la motivation et de l'implication du jeune. Selon toi quels seraient les autres apports de la mise en situation écologique ? Quels sont en fait les apports de cet outil par rapport aux autres moyens utilisés en ergothérapie ?

Euh ... Enfin après c'est un peu propre à l'ergothérapie mais je dirais que c'est le ... Ce qui manque parfois c'est le concret. Si on prend par exemple le cas de la jeune dont on a programmé la mise en situation. Elle est beaucoup dans l'intellectualisation des choses et dans le « et de toute façon je ne sais pas si je vais y arriver, je sais pas ... ». Mais en fait elle est pas en action. Donc l'avantage de ça c'est vraiment le concret. Au moins on parle de quelque chose qu'on a fait, on peut comparer, on peut en tirer des conclusions, on peut dire « bah voilà on a observé tu l'as fait ! ». Et on est pas dans le « Ah mais je sais pas, peut-être que je pourrais pas, mais si j'avais fait mais je sais pas ... ». Enfin, on est dans le concret. Je pense que c'est vraiment l'intérêt de l'ergothérapie et de la mise en situation.

Ok, et on a parlé de tous les éléments qui étaient observés, j'aimerais savoir ce que tu fais de ces éléments ? Tu as évoqué les moyens de compensation, est-ce qu'il a d'autres choses ?

Ça peut aussi être partagé avec le reste de l'équipe. Donc déjà de faire un compte rendu de ce qu'on a observé. De faire des corrélations avec les autres métiers. Donc euh ... par exemple avec la psychomotricienne, ça lui donne des informations par rapport au corps dans l'espace, aux habilités psychomotrices qui peuvent quand même être travaillées si il y a des difficultés. Parce que dans la déficience visuelle il peut y avoir vraiment des difficultés corporelles. Ou alors difficultés à toucher des choses. Et les autres professionnels à avoir des clés, on peut confronter nos avis. Déjà ça peut servir à ça. Euh ... ça sert aussi à valoriser le jeune aussi en lui disant « bon bah voilà là tu es capable de faire ça en fait ! », « Ah tu savais pas, bin si tu es capable de faire ça », ou ... « bin la quand même tu as des difficultés ». Ça permet de faire un retour au jeune surtout, parce qu'il a pas forcément de retour avec un ...alors il y a pas de normes, c'est pas une grille d'évaluation, un bilan mais ça permet de faire un retour objectif au jeune.

D'accord, je rebondis justement sur l'aspect interprofessionnel. On a parlé de la psychomotricienne. Quels sont les autres professionnels qui interviennent auprès du jeune pour son orientation professionnelle ?

Après il y l'instructeur de locomotion parce que que c'est intéressant qu'il soit mêlé dans le ... dans l'évaluation, dans l'observation. Puisque si il faut aller faire des courses, aller à l'extérieur c'est important qu'il puisse intervenir car lui il est vraiment expert dans les déplacements. Après ça donne aussi des éléments à la psychologue. Si un jeune a vraiment pas du tout confiance en lui et que c'est

problématique et que ça le bloque pour toutes activités, il y a quelque chose à travailler puisque ... on pourra lui donner toutes les ressources, lui rendre euh ... faire part de toutes les ressources qu'on a observé. Si lui il est convaincu qu'il est nul et qu'il arrivera jamais c'est plus un blocage psychologique et voilà là ... C'est peut-être plus au psychologue d'intervenir. Bon après il y a les éducateurs qui sont référents de chaque jeune. Et qui sont garants de la prise en charge de manière générale donc c'est bien qu'ils aient un retour aussi. Bon après l'assistante sociale si il y a besoin de faire un dossier pour les aides techniques. Parce que on trouve que l'aide technique elle est vraiment formidable et bin on commence à faire le dossier administratif. Euh... je ne sais pas qui j'ai oublié des professionnels. Bin l'orthoptiste par exemple on trouve qu'il y a un problème d'exploration visuelle ou de fixation puisqu'il y a des pathologies visuelles qui font que les gens ont du mal à fixer. Par exemple avec les nystagmus. Euh ça peut être un travail précis en rééducation pour apprendre à gérer la fixation ou alors, un jeune qui aurait un défaut de vision centrale, selon les pathologies, et ... il y a donc une technique qui s'appelle la vision excentrée. Donc on excentre le point de fixation sur les côtés là où le champ visuel est meilleur mais ça se travaille. Pour qu'au niveau du cerveau (la plasticité cérébrale), avec la rééducation à un moment donné il va mieux voir en vision excentrée. Mais il faut vraiment s'entraîner. Donc là tu as le travail de l'orthoptiste. Voilà un petit peu les relations interprofessionnelles.

Quels sont de manière générale les apports de cette collaboration pour le jeune ?

Déjà c'est que chaque professionnel va avoir sa spécificité donc ça va être une prise en charge très complète. Après la communication ça permet, ça apporte un cadre au jeune et une cohérence. Surtout à l'adolescence parce que si on fait des choses chacun de son côté sans communiquer et parfois contradictoires bin les ados ils vont s'engouffrer dans les failles. Ils vont ... ils ont besoin d'être rassuré par un cadre précis et si le cadre est décousu avec les adolescents ça ne fonctionne pas, ils ont besoin d'être rassuré. Et euh ... et puis bah ça permet de se remettre en question des fois. Il faut pas l'oublier parfois on fait des mauvais choix, on cherche mais comme on est en équipe on peut se soutenir entre professionnel pour trouver la bonne voie. Et ça aussi c'est rassurant pour le jeune !

Et pour finir une dernière question concernant l'environnement familial : comment va se positionner la famille et les proches face à ce projet d'orientation du jeune ?

Alors moi j'ai pas forcément de contact avec les familles sauf quand je vais au domicile. Mais là j'ai envie de te dire que c'est vraiment les éduc. Qui sont très en communication avec les parents donc là il faudrait que tu leur poses la question. Euh ... Mais en général ça dépend vraiment des cas. Ça dépend des familles, ça dépend des jeunes. Il y a des parents qui sont à fond, qui sont vraiment des collaborateurs du SESSAD avec notamment des éduc. Il y a eu ceux qui sont absents. Il y a ceux qui sont un peu ... je sais pas comment le dire de façon objectives mais qui ont des particularités [rire], enfin qui vont mettre des bâtons dans les roues, qui vont changer d'avis. Enfin, il y aussi parfois les parents à gérer. Enfin voilà c'est vraiment, il y a pas de règles.

D'accord et bien c'est tout pour moi, merci pour toutes ces informations !

➤ **ANNEXE 6 : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC E2 (S3AIS)**

Dans un premier temps, je voudrais savoir quel est ton parcours professionnel depuis ton année de diplôme ?

Bah écoute j'ai travaillé un peu plus de 7 ans dans un SSR pour adultes déficients visuels avec ou sans troubles associés en Ile de France. Et puis après euh j'ai, euh bin c'est l'endroit où je travaille toujours dans un S3AS : un service d'aide à l'autonomie et à la scolarisation auprès d'enfant déficient visuel de 0 à 20 ans.

D'accord et ce qui fait que tu es diplômée depuis quelle année ?

2001

D'accord. Donc ensuite je vais aborder le thème de manière générale de l'orientation professionnelle des jeunes déficients visuels.

Tout d'abord vers quel âge les jeunes arrivent en phase d'orientation préprofessionnelle ou professionnelle ? A quel âge ils commencent à s'orienter en fait ?

Euh bah après ça dépend de ce qu'ils ont choisi. Euh là par rapport aux jeunes qu'on a eu c'était plutôt fin de collège début lycée.

Ok et ça été suite à une demande de leur part ou un souhait des parents ou de la structure ? Comment ça se passe ?

Non en général c'est eux. Après on voit par rapport à la faisabilité de leur projet. Par rapport, si il y a des jeunes qui ont des contre-indications médicales, qui ont une fragilité oculaire et où il y a peut-être des manips, quelques choses comme ça, qui ne pourront pas être faisables. Euh ... Nous c'est par exemple notre médecin, le médecin du service, elle peut envoyer les jeunes auprès d'une médecine du travail un peu spécialisée sur Paris pour évaluer un peu la faisabilité du projet du jeune en fait. Après voilà c'est un avis. Ils peuvent l'accepter ou pas et mener à bien leur projet.

C'est quelles filières qu'ils choisissent généralement ?

Alors là dans ceux qu'on a eu, euh ... Il y en a qui ont été enseignants ou profs. Il y en a qui ont été dans l'horticulture. Là il y en a tu vois actuellement il passe son bac pro boulangerie. Il y en a dans la bureautique etc. Euh ... ah oui kiné ! Bon enfin c'est un peu divers et varié quoi !

Vraiment de tous ?

Ah oui ! Oui, oui, oui. Vraiment du pro, que du classique. Ouais on a vraiment des jeunes qui sont en bac pro, bac technologique ou bac classique j'ai envie de dire.

D'accord et selon toi quels seraient les prérequis essentiels pour qu'un jeune puisse accéder à sa formation ou son projet de formation ?

Euh ... Bah après ça dépend. Pour moi c'est vraiment avoir en tête tous les gestes et les manipulations qu'il va devoir effectuer. Les tâches, enfin voilà, vraiment faire une analyse d'activité des tâches qu'il aura à effectuer et voir par rapport à ses déficits visuels voir ses troubles associés si c'est faisable ou pas. Du coup ça me fait penser mais là je ne l'ai plus en tête ... Il y a un site qui est bien fait et qui

répertorie les différents métiers. Avec une liste grosso modo qui répertorie les tâches en lien avec chaque métier.

Ça serait pas l'Onisep ?

Non pas du tout. Non non c'est autre chose. Aahh j'ai un trou de mémoire... Bon je retrouverais et je te le passerais. Bossons futé un truc comme ça...

En tout cas moi je l'ai déjà utilisé et aussi avec ma collègue éduc pour transmettre des infos au jeune et à sa famille. Pour que déjà il ait un peu en tête les activités à effectuer. Parce que des fois ils se rendent pas forcément compte de toutes les tâches qu'il y a à effectuer dans le métier en fait. Il y a des filières qui ne proposent pas forcément de stage et de découvertes de métier donc les fiches de ce site ça aide. Même si les fiches ça ne fait pas tout donc on propose aussi aux jeunes d'aller rencontrer des professionnels pour en savoir plus.

En fait, ils ont une idée mais ne savent pas vraiment ?

Voilà exactement ! Alors après il y a déjà eu des fois où nous on a pu adapter. Je vois un jeune par exemple pour l'horticulture. Il y a une partie par exemple où il était censé, tu vois transporter des marchandises et donc utiliser un « Fenwick ». Et donc bin pas possible [Rires]. Quand tu es déficient visuel bin tu ne peux pas conduire même si c'est des petits engins. Donc voilà c'est aussi dire « ça il peut, ça il peut pas mais il y a peut-être moyens quand même de faire cette partie-là qui couvre toutes les autres activités ».

D'accord là c'est un des rôles de l'ergothérapeute. Sinon quels sont les autres rôles de l'ergothérapeute auprès de ces jeunes là ?

Euh ... voilà si on peut expérimenter le plus possible les activités en séances qui sont proches de ce qu'il va devoir faire. Euh ... si après si on peut tu vois aller sur les lieux de stage c'est encore mieux. C'est l'idéal. Parce que parfois il faut pas grand-chose. Moi j'avais déjà contacté le stage pour dire qu'il fallait juste une adaptation du poste de travail par rapport à l'outil informatique pour que le jeune, il puisse remplir le logiciel de facture etc.

Ok, et quelles sont les capacités qui sont développées avec le jeune justement pour faciliter sa formation où l'accès à son projet de formation ?

Je dirais la priorité déjà c'est l'organisation. Mais ça on le retrouve dans tous ! Dans le quotidien, dans la scolaire, mais ça il faut que voilà, il faut toujours garder ce mot d'ordre méthode organisation déjà. Parce que sur son poste de travail il faut que ce soit vraiment nickel pour qu'il puisse s'y retrouver le plus possible, qu'il soit en confort mais que ça lui permette de s'y retrouver le plus possible quoi. Donc je dirais peu importe le métier déjà c'est ça. Et puis après bin d'affiner toujours par rapport aux gestes qu'il a besoin. Donc après ça c'est vraiment au cas par cas donc ça je peux pas te dire ...Après on va vérifier si il sait utiliser des appareils spécifiques. Je pense là à un jeune, par rapport à celui qui est boulanger : est-ce que la balance qu'il utilise elle est accessible ? Si oui comment il peut faire ? Parce que voilà il doit calibrer un petit peu au niveau de certaines quantités. Est-ce que ça du coup il y a accès ? Est-ce qu'il y a besoin d'adaptations ? Voilà, on fait le point en général avec le jeune sur comment s'est déroulé le stage. Est-ce qu'il y a des situations où il a été en difficultés ? Comment on peut les résoudre justement si jamais on a pas été sur place ?

D'accord justement de quelles façons ces difficultés sont travaillées en ergothérapie ? Par quels moyens ?

Euh ... bah là par exemple, je pense à un jeune où il se posait la question si il voulait faire accordeur de piano. Donc qui nécessite des manipulations très fines, avec l'utilisation d'outils. Donc on a ramené des outils, des tournevis de différentes tailles, des vis de différentes tailles. Il m'a décrit les activités qu'il avait eu à faire. Là où il avait été en difficultés et du coup bah voilà on a essayé de reproduire au mieux possible ce qu'il avait rencontré. Et essayé de corriger, ou pas car parfois c'est pas forcément possible par rapport à ses capacités. Euh ... le geste qu'il avait besoin de faire quoi.

Ok, donc ça s'apparenterait à des mises en situations ?

Exactement, complètement. Tout à fait ! J'ai eu pareil la même chose avec un jeune, là qui s'est mis dans une branche qui n'est pas forcément idéale pour lui. Maintenant on lui a dit, on l'a dit à la famille mais il veut mener à bien son projet. Donc on verra bien ce que ça va donner. Il s'est mis dans l'électricité donc ce n'est pas forcément ce qu'il y a de plus facile. Surtout que c'est un jeune qui peut avoir des difficultés au niveau de certaines couleurs donc euh voilà Pas facile en électricité... Bref ! Donc par exemple dans leur cursus ils ont des TP où ils simulent par exemple, mettre en place une alarme, installer un boîtier électrique etc. Donc là moi ça m'est arrivé d'aller dans le cours de ce TP pour observer le jeune en situation. Pouvoir observer avec lui, lui proposer des aides techniques, des astuces, des outils qui lui permettraient de faciliter sa tâche. Et puis bin constater qu'il y avait des choses bin concrètement il ne pouvait pas du tout y avoir accès. Il y allait forcément avoir besoin de l'aide d'une tierce personne. C'est le cas où par exemple il devait lire des informations sur le dos d'une télécommande. Sauf que du coup il y avait pas suffisamment de contraste pour lui et ses capacités visuelles et c'était impossible même avec son téléphone en zoomant d'avoir accès à l'information. Donc ça il ne pouvait pas faire cette tâche du coup. Voilà donc on avait pu reprendre des gestes comme comment dénuder le fils plus efficacement, voilà ces petites choses là.

D'accord donc en fait les mises en situations peuvent se dérouler autant sur le lieu de stage ? Que au sein de la structure ?

Ouais en fait c'est soit euh oui, soit effectivement au service. Soit au collège ou au lycée. Soit effectivement sur le lieu de stage. Ou aussi à la maison. Enfin voilà. Et puis après des fois ça arrive qu'on ait pas forcément accès au lieu de stage. Parce que ça demande beaucoup d'autorisations donc c'est là où on essaie de faire régulièrement le point avec le jeune et de réajuster etc.

Et lors de ces mises en situations, comment ça se passe ? Pour les observations par exemple ?

Alors les observations c'est plus de manière informelle. Je reprends le jeune qui fait électricité, j'ai vu ses professeurs d'ateliers du coup pour voir un petit peu ce qui est demandé exactement dans cette filière. Euh ... les différents postes qu'il allait devoir effectuer pour déjà moi avoir un petit peu une vue d'ensemble. Savoir un petit peu les différents outils qu'il allait devoir utiliser. Enfin bon ça me permettait déjà d'avoir un peu en tête ce qu'il allait falloir que j'observe. Un peu plus précisément mais après je n'ai pas de grille à proprement parler. Car comme les tâches en fonction des métiers sont diverses et variées ...

D'accord et comment le jeune prend part à ces mises en situations ? C'est lui qui la demande, l'ergo ou l'équipe ou même le référent en stage ?

Euh ... en général c'est une discussion et c'est eux qui viennent demander. Car si ils observent une difficultés généralement ils sont assez d'accord pour la travailler pour être plus efficace par la suite. De toute façon à cet âge là, s'ils n'ont pas envie que t'interviennes, ils te le diront. Donc si ils veulent que ça porte ses fruits... Enfin en fait dans la mesure où en général ils sont dans un cursus qui leur plait et qu'ils ont choisis, du coup ils veulent se donner toutes les chances pour réussir pleinement ce qu'ils ont envie de faire.

D'accord et je me demandais aussi quelle est la plus-value de la mise en situation écologique par rapport à un moyen plus classique ou plus analytique en fait ?

Bah parce qu'on est au cœur des choses, dans le concret quoi ! Voilà on est directement dans l'activité quoi donc du coup on peut directement voir ce qui fait défaut. Et du coup amener le jeune à réfléchir sur comment ça pourrait être plus facile, comment il pourrait s'organiser, faire face à une difficulté.

C'est vraiment le concret qui prime le plus ?

Oui. Ah oui oui. Bin aller au cœur de l'activité quoi. C'est le cœur de notre métier. On est beaucoup sur la méthode Co-Op en fait.

D'accord et ensuite à quoi vont servir ces éléments qui vont être observés lors de la mise en situation écologique ?

Euh ...bin après on va revenir dessus. Essayer de voir si le jeune il a remarqué la même chose. Et voilà essayer de trouver des solutions. Travailler les gestes qui ont été plus en difficultés. Essayer des aides techniques ou des aides optiques pour voir du coup si l'activité est plus facilitée. Ça va servir de support de travail en fait. Et puis ça permet de faire un petit compte rendu qu'on peut aussi transmettre par exemple aux enseignants, aux moniteurs d'ateliers des choses comme ça. Avec des conseils sur comment faciliter l'activité.

Ok, est-ce que ces observations sont aussi transmises aux autres membres de l'équipe qui interviennent dans le suivi du jeune ?

Bin en fait en général, quand il y a eu des choses comme ça, en fait on en parle en réunion d'équipe.

Justement quels sont les autres professionnels qui interviennent auprès de ce jeune déficient visuel qui est en cours d'orientation ou en formation professionnelle ?

Bah déjà je dirais l'ophtalmo. Parce que de prime abord, parce que bah voilà ... quel type de déficience visuelle à le jeune, les limites, si c'est une maladie qui va être évolutive ou pas. Il va pas pouvoir s'orienter vers n'importe quel métier. Donc déjà l'ophtalmo. Ensuite je dirais le directeur parce qu'il est le garant du projet. Et en général toute cette phase d'orientation et de formation, qui est travaillée au fur et à mesure, et qui va être inscrite par moment dans le cadre du projet individuel d'accompagnement. C'est en général quelque chose qui est bien stipulé. Bien sûr il y a l'assistance sociale car elle peut être amenée à rencontrer les familles et le jeune. Pour la visite d'établissement, dans un certain nombre de papiers etc. Euh ... les éducateurs aussi. Parce que pareil dans l'accompagnement et puis tout le travail aussi : s'adresser aux autres, demander de l'aide si besoin. Tout l'aspect qui va autour du travail j'ai envie de dire. Le psy aussi car c'est une phase qui est complexe

au niveau de l'orientation, c'est aussi se confronter face à « bin ça je peux pas le faire ! » donc ça ramène encore à « bin voilà oui j'ai une déficience visuelle et puis bin je peux pas faire ce que je veux ... ». Et c'est une phase qui ramène aussi à « je peux pas conduire ! ». Donc là aussi ça freine un certain nombre d'activités. Euh ... c'est un peu aussi l'orthoptiste pour la mise en place de matériel bien spécifique. C'est un peu toute l'équipe en fait qui va graviter autour et euh ... pour permettre justement d'avoir une vue d'ensemble sur les capacités globales du jeune face à l'activité. C'est des choses qu'on a en réflexion voilà oui au moment des synthèses des jeunes.

La vue d'ensemble du jeune c'est vraiment un apport de cette collaboration ?

Oui voilà parce que nous on est centré sur l'activité, c'est notre métier aussi mais c'est vraiment aussi une réflexion d'équipe avec aussi la famille et le jeune.

Justement je me posais une dernière question par rapport à la famille. Comment elle se positionne par rapport à ce projet de formation et d'orientation du jeune ?

Alors là ça dépend c'est hyper variable. Alors ouais tu as les parents lambda qui sont actifs, qui vont aller aux portes ouvertes des différentes écoles. Voilà qui vont accompagner vraiment leur enfant jusqu'au bout. Avec des échanges réguliers avec le service. T'en a d'autres qui eux veulent tout faire par eux-mêmes. Après là nous on respecte, on précise toujours qu'on est là pour accompagner, conseiller, etc... On a vraiment toutes les situations.

D'accord et bin merci pour toutes ces informations !

Ah et ce qu'on avait fait aussi. Parce que on se rend compte qu'il y a beaucoup de famille qui se posent des questions sur l'avenir professionnel de leur enfant. Même des fois très très tôt. Donc ce qu'on avait fait c'est qu'on avait fait une rencontre. On avait sollicité les jeunes qui étaient sortis du service et qui étaient maintenant en activité. Donc il y avait une qui était kiné, un autre plus manutentionnaire et enfin voilà on avait essayé de couvrir différentes professions. Et du coup ça été très très riche en échange. Et les familles avaient été très intéressées par ce moment-là car ça avait permis de les rassurer. Et de voir que même si c'était difficile, c'était possible et il y avait plein de métiers possibles.

Ok, bon bin merci d'avoir pris le temps de répondre à toutes mes questions.

➤ **ANNEXE 7 : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC E3 (SESSAD)**

Pouvez-vous me résumer votre parcours professionnel depuis votre année de diplôme jusqu'à aujourd'hui ?

J'ai commencé par du libéral pour me former au libéral du coup avec deux ergothérapeutes. Après j'ai fait maison de retraite à 50% et à côté de la maison de retraite comme j'étais à mi-temps, j'ai fait plein de CDD. Toujours à mi-temps donc ESAT, CAMPS, centre de rééducation fonctionnel euh SESSAD aussi. Après j'ai refait une année en SESSAD et me voilà ici à l'Institut. Et donc j'ai été diplômé en 2013.

Concernant l'orientation professionnelle des jeunes déficients visuels, vers quel âge les jeunes que vous suivez commencent à se questionner à ce sujet-là ?

Euh là ça dépend vraiment des cas. Parce qu'il y a des enfants qui deviennent déficients visuels brusquement du coup c'est pas dans leurs priorités ou alors ça entraîne un changement de projet. Euh ... de manière générale ceux qui ont déjà une déficience visuelle acquise leur projet est déjà construit plus tôt. Alors que ceux qui l'ont tardivement, comme là le jeune dont je t'ai parlé il a 16 ans et c'est survenu l'an dernier, son projet était déjà fait. Mais il y a eu tout un changement. Donc ça va vraiment dépendre. Je dirais quand même vers 16-17 ans.

Et qui va déclencher ce projet d'orientation ? Est-ce que c'est le jeune, la famille, l'institution ou quelqu'un d'autre ?

Les trois. Oui, oui les trois ! Ça va dépendre du caractère du jeune euh ... c'est vrai que si lui il s'est déjà inscrit dans un projet et qu'il est sûr de lui bin on va tout faire nous autour pour le suivre là-dedans. Si par contre c'est pas clair, qu'il est perdu ou qu'il n'a aucune motivation, là c'est plus les parents qui vont pousser et nous on sera plus en lien finalement avec les parents.

Et les secteurs ou métiers qui reviennent souvent, quels sont-ils ?

Alors on en a un qui était en cuisine mais c'était son projet d'avant. Euh je dirais pour quelqu'un qui est déjà déficient visuel, ce qui revient le plus souvent c'est l'informatique. C'est plutôt le travail au bureau que sur le terrain. L'informatique surtout pour les possibilités d'accessibilité avec les logiciels par exemple. Et puis même nous de toute façon avec quelqu'un de déficient visuel on va lui donner plein d'outils informatiques pour le quotidien. C'est des jeunes qui sont beaucoup plus à l'aise avec l'outil informatique.

D'accord et quels sont les prérequis essentiels pour qu'un jeune puisse accéder à son projet professionnel ?

Alors là déjà je dirais c'est la motivation ! Après les prérequis pour qu'il accède à son projet ... des compétences ?

Oui

C'est compliqué parce que ça dépend de chaque projet. Du coup là je pourrais pas dire vraiment précisément. C'est vrai qu'ici par exemple à l'Institut il y a plusieurs services dans le pôle insertion professionnelle. Et donc il y a plusieurs pôles où on met les jeunes en situation pour voir les capacités dans tel ou tel métier ou dans tel domaine. Ça dépend vraiment. Après ce qui est sûr c'est ce qui est

facilitateur c'est si il n'y a pas de troubles au niveau des fonctions cognitives. C'est vrai que dans ce cas ça complique un petit peu.

Ensuite par rapport à l'ergothérapeute, quel est son rôle auprès d'un jeune en insertion professionnelle ? Quels sont les objectifs qui sont travaillés avec lui ?

Alors euh Si c'est dans le cas d'une déficience apparue récemment on va dire, il y a tout un travail avant rééducatif des moyens de compensation, des stratégies compensatrices. Donc ça c'est beaucoup de séances ici avec préconisations de moyens de compensation. Par contre si on est vraiment Euh si par exemple où il y a déjà eu de travail de rééducation, de fait on va partir sur le projet d'insertion professionnelle dans une entreprise. Et là le grand rôle de l'ergothérapeute ça va être de sensibiliser les professionnels de l'entreprise au handicap du jeune qui arrive et puis adapter le poste de travail. En lien avec l'ergonome, il y a beaucoup d'ergothérapeutes qui ont aussi la formation d'ergonome donc ça aide.

Ok, et quelles sont les capacités qui sont développées en ergothérapie en lien avec son projet ?

Pareil ça va dépendre. Après on développe beaucoup l'haptique donc le toucher avec le geste. Tout ce qui est sensations kinesthésiques. Suivant les cas, là dans le cas de la cuisine on va travailler le sens baresthésique avec la sensation du poids. L'orientation spatiale, le repérage dans l'espace essentiellement. Euh Et après, apprentissage des moyens de compensation. Donc ça peut être des logiciels, l'ordinateur, ça peut être des aides techniques à la cuisine, c'est vaste !

Et quels sont les moyens qui sont utilisés en ergothérapie pour travailler ces capacités-là ?

Euh en moyens au départ on commence beaucoup par ce qu'on appelle des séances au bureau, des séances analytiques. Euh ... du coup avec comme moyens utilisés ça va être beaucoup chez les jeunes des jeux, donc ludique. On va rester dans le ludique donc jeux de sociétés, des choses comme ça. Après on va passer à des mises en situations donc là dans le cas dont je t'ai parlé ça va être des mises en situations cuisine. Et après bin les moyens c'est visite en entreprise et au domicile.

Et donc là c'est des mises en situations en entreprise et au domicile ou c'est plus pour observer ?

Non là c'est plus pour observer. En entreprise on regarde si ce qu'on a vu en séance à l'Institut, lors des mises en situations, est appliqué aussi en entreprise. Et si c'est pas le cas, on regarde est-ce que ça vient du jeune ou est-ce que ça vient finalement de l'entreprise qui n'est pas assez adaptée ou qui n'a pas le matériel nécessaire. Voilà c'est vrai qu'on est plus dans l'observation en entreprise parce que ... ils sont quand même salariés donc euh ...

Oui on ne peut pas vraiment faire de la rééducation en entreprise.

Voilà c'est délicat.

D'accord, justement par rapport aux mises en situations, c'est utilisé avec tous les jeunes ou il y a certains avec qui ce n'est pas adapté ?

Non non c'est quand même utilisé avec tous les jeunes.

Ok, et comment elles se déroulent ? Quelles sont les modalités de mise en place de ces mises en situations ?

Euh ... elles sont toutes diverses. Ça dépend toujours pareil du projet, du cadre, des moyens qu'on a. Ici, on a possibilité de faire des mises en situations dans les ateliers qu'on propose donc : bien-être, informatique, cuisine, menuiserie, couture, ... Après si les moyens ne le permettent ou qu'il y a un besoin plus important au niveau euh ... si on peut le faire à domicile ou à l'école bin on le fait à l'école. Mais c'est vrai que en général elles sont faites ici dans un premier temps.

Est-ce que vous utilisez une grille d'observation ?

Alors oui on utilise quand même une grille d'observation pour suivre une trame. Euh après c'est vrai que suivant la mise en situation ça sera nouveau donc on a pas de grille spécifique Mais voilà, on a quand même une trame de base qui permet d'avoir un support pour les observations.

Et quelles seraient les apports de la mise en situation par rapport à un moyen plus classique ou plus analytique ?

Disons que quand le jeune est en séance rééducative il sait euh ... il sait ce qu'il faut appliquer en ergo. Il y a les conseils en tête, il sait que c'est comme ça qu'il faut faire. Alors que quand il se retrouve dans une mise en situation, il y a un objectif derrière autre, il y a un environnement autre aussi. Et donc c'est dans ce contexte là qu'on peut voir si il arrive à reproduire ce qu'il connaît.

C'est le principe de transfert des acquis ?

Oui voilà exactement !

D'accord, ensuite que faites-vous des éléments qui sont observés lors de la mise en situation ?

Bah c'est partagé avec tous les professionnels de toute façon. Oui on fait souvent un retour. Après beaucoup auprès du jeune. De toute façon le retour il est beaucoup fait auprès du jeune pour discuter des axes d'amélioration. Et bien sûr après on retravaille, on accentue sur ce qui a pêché lors de cette mise en situation.

En parlant des autres professionnels, je me demandais quels sont ceux qui interviennent autour de ce projet du jeune ?

Alors au niveau du projet c'est vrai que il y a l'éducatrice spécialisée qui intervient beaucoup. Alors est beaucoup en lien avec plus euh ... les cours pas de pratique mais plus au niveau scolaire avec l'enseignant spécialisé. Et aussi beaucoup en lien avec les parents qui sont quand même bien euh ... qui entourent beaucoup. Et la faisabilité du projet aussi c'est plus elle. Et ...

Elle est référente de ce projet ?

Ouai ! Après il y a l'orthoptiste aussi. Oui l'orthoptiste elle va quand même faire une visite souvent avec l'ergo. Une première visite dans l'entreprise pour voir au niveau de l'éclairage, des choses comme ça en lien avec l'ergo bien sûr et euh ... pour avoir un autre avis. Oui voilà à peu près.

D'accord et quels sont les apports de cette collaboration interprofessionnelle pour le jeune, pour son projet ?

Euh Pour le jeune cette collaboration et ça permet d'être aidé dans les différentes euh ... comment dire... pour mettre en œuvre ce projet de toute façon. C'est avoir une aide sur toutes les parties de la mise en œuvre et puis un soutien.

D'accord, une dernière question par rapport à la famille, je me demandais comment elle se positionne par rapport au projet de leur enfant ?

Euh ... la famille elle a une place très très importante surtout si le jeune il est pas encore majeur. Et puis en plus de toute façon dans le cadre d'une déficience visuelle c'est souvent qu'ils sont, ... enfin même si ils sont majeurs ils vivent encore chez les parents à ce moment-là. Euh ... du coup c'est beaucoup eux quand même qui vont faire les recherches. C'est un gros boulot auprès des entreprises pouvant accueillir leur enfant. Et donc là l'éducatrice aide aussi. Mais c'est vrai que c'est les parents qui prennent rendez-vous, qui voient les portes ouvertes donc tout ce boulot-là. Ils font tous pour que l'enfant il arrive à construire ce projet aussi. Donc c'est vrai que venir à l'institut ou euh pour les rendez-vous avec nous, ils se rendent très disponibles. Non mais vraiment ici ils sont plutôt moteur et ne vont pas freiner le projet. Après ils sont très soucieux de la possibilité ou pas. Ils sont beaucoup plus inquiets que l'enfant lui-même. Là pour le cas de la cuisine le jeune est beaucoup plus motivé, il a une grande volonté presque dans le déni finalement. Il ne se rend pas compte des obstacles qu'il a sur sa route. Alors que les parents eux ils s'en rendent compte et ils sont beaucoup plus soucieux.

Justement pour la cuisine il va faire un stage ou comment ça se passe ?

Il est en stage là. Il est déjà en CAP en fait. Euh c'est survenu il avait déjà son employeur mais il avait été accepté sans sa déficience visuelle, avant la survenue du handicap.

D'accord donc il a fallu faire des adaptations j'imagine ?

Oui c'est vrai qu'on s'est tous mis du coup très vite, les rééducateurs sur cette situation. Et finalement toutes les adaptations ont été rapidement mises en place. Il a pu suivre son année de CAP. Là on est en train de passer le CAP blanc. D'ailleurs l'ergothérapeute, donc moi, intervient pour les épreuves de pratiques culinaires. Parce qu'il a le droit à une secrétaire pour les épreuves pratiques. Et comme nous on a fait des mises en situations ensemble, il est plus à l'aise avec moi qu'avec quelqu'un d'autre. Et moi je sais aussi comment il fonctionne. Et du coup comme c'est survenu au milieu de ses études de toute façon il y avait pas le choix, l'employeur l'a gardé mais c'est vrai que il a été face à quand même des discours assez discriminant. Il a bien entendu des choses comme quoi ça allait pas être possible pour lui en cuisine.

C'est vrai que quand on y pense c'est pas le métier le plus facile dès le départ. C'est faisable mais ça doit demander beaucoup d'investissement de motivation et d'entraînement.

Oui mais après par contre pour l'accompagnement en ergo c'est très très riche ! Parce que finalement nous on cherche à développer les autres sens. Et en cuisine et bin on peut développer tous les autres sens c'est incroyable ! Du coup comme moyens éducatifs, finalement, le fait qu'il ait ce projet-là et qu'il soit en cuisine, ça lui a permis de développer tous ces sens. Maintenant il peut fermer les yeux et toucher les aliments ou ressentir les os ou les légumes. L'odorat il l'a énormément développé.

Pour estimer la cuisson par exemple il le fait à l'odorat ?

Oui et au bruit. Beaucoup au bruit pour la cuisson. Mais l'odorat c'est surtout pour le choix des épices ou euh vraiment voir ce qu'il y a dans les récipients. C'est vraiment incroyable tout ce qu'il a pu développer.

D'accord et bien merci de m'avoir accueillie et de m'avoir donnée toutes ces informations.

➤ **ANNEXE 8 : CONSIGNES DE LA MISE EN SITUATION BUREAUTIQUE**

1. Ouvrir le fichier Excel nommé « Licence AEI » et l'enregistrer dans tes documents
2. Ouvrir le site <http://aei.u-pec.fr>, allez dans l'onglet « Formations » puis « Licence » puis « Mention Administration et échanges internationaux »
Mettre le site en favoris
3. A l'aide des informations du site web, créer un tableau pour les 7 spécialisations de la L3
Mettre en gris les cases des spécialisations qui sont sélectives.
4. Enregistrer et fermer le fichier Excel.
5. Copier le fichier sur une clé USB et l'imprimer via l'ordinateur du bureau d'ergothérapie

6. Choisir une spécialisation qui t'intéresse ou t'interroge
7. Cliquer dessus pour accéder à la fiche de présentation
8. Créer sur Word un bref résumé de la spécialisation en reprenant les éléments importants
9. (Exemple : poursuite d'études, débouchés, ...). Tu peux utiliser le copier/coller et adapter la mise en page.

10. Renvoyer par mail le résumé de la spécialisation choisie et le tableau des 7 spécialisations.

➤ **ANNEXE 9 : GRILLE D'OBSERVATION POUR LA MISE EN SITUATION**

MISE EN SITUATION ECOLOGIQUE – GRILLE D'OBSERVATION

Nom - Prénom : _____
 Date : _____
 Activité réalisée : _____
 Objectif(s) : _____

Description du dispositif :

MOTEUR	Attitude posturale	
	Praxies – habilités gestuelles	
	Dextérité manuelle	
COGNITIF	Fcts attentionnelles	
	Fcts mnésiques	
	Fcts exécutives (Organisat*, flexibilité, résolut* de pbs, ...)	
	Besoins	
VISUEL	Difficultés	
	Utilisation d'AT	
	Attitude	
COMPORTEMENT MOTIVATION	Gestion du stress	
	Investissement dans l'activité	
ENVIRONNEMENT	Facilitateurs / Obstacles	

Remarques :

➤ **ANNEXE 10 : EXEMPLAIRE DE L'ACCORD DE PARTICIPATION**

Dans le cadre de ma dernière année d'étude d'ergothérapie, je réalise un travail de recherche portant sur « l'apport des mises en situation pratiques en ergothérapie pour accompagner le jeune déficient visuel vers son orientation professionnelle ».

Pour mener à bien cette recherche, j'ai besoin de recueillir des données par le biais d'observations lors d'une séance d'ergothérapie menée par [REDACTED] et moi-même. Les données recueillies seront traitées de manières confidentielles et anonymes. Je me tiens à votre disposition pour toutes informations complémentaires.

Je soussigné(e), (Prénom)..... (Nom)....., certifie avoir compris les informations relatives à cette recherche et donne mon accord pour y participer.

Ces observations sont réalisées dans le cadre d'un mémoire de recherche soutenu par Chloé GOUBAULT, étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à l'Institut de Formation de l'Université Paris-XII.

Fait en double exemplaires à, le

Signature :

➤ ANNEXE 11 : GRILLE D'OBSERVATION MISE EN SITUATION CUISINE

MISE EN SITUATION ECOLOGIQUE – GRILLE D'OBSERVATION		
<p>Description du dispositif : Au sein de la cuisine du SESSAD Les ingrédients sont posés sur la table avec un choix de fruit et du sel en guise de piège Les ustensiles sont également présents sur la table (2 choix de saladiers et de moules, plusieurs couteaux, cuillères et économes, du sopalin)</p>		
<p>Nom - Prénom : XXXXXXXXXX Date : 20/03/2018</p> <p>Activité réalisée : gâteau au chocolat + salade de fruit</p> <p>Objectif(s) : évaluer ses capacités, injier, à prendre conscience de son potentiel, avoir des éléments concrets pour faciliter son choix d'orientation</p>	<p>Assise tout le long de l'activité : fatigue ou habitude ?</p>	
MOTEUR	Attitude posturale	Très bonnes habilités gestuelles et gestes de cuisine maîtriser (couper, mélanger, peser, ...)
	Praxies – habilités gestuelles	Idem (casser les œufs, éplucher les fruits, ...)
	Dextérité manuelle	Reste attentive tout le long de l'activité Attention divisée : coupe les fruits et surveille la cuisson du gâteau
	Fcts attentionnelles	Utilise bien sa mémoire de travail : retiens plusieurs étapes, le nombre de cuillère
	Fcts mnésiques	S'organise et anticipe en faisant la salade pendant la cuisson du gâteau Mais pbs : n'organise pas son espace de travail et condense tout sur un petit espace, entasse les fruits sur la planche à découper et ne les mets pas dans le saladier au fur et à mesure. Trouble exécutif ou comportemental (n'ose pas) ?
COGNITIF	Fcts exécutives (organisat*, flexibilité, résolut* de pbs, ...)	Pas de besoins particuliers
	Besoins	Graduations du beurre brillantes et petites inscriptions du four difficile à lire mais possible
	Difficultés	Lunette, recette grands caractères (Arial 18), utilise le toucher pour le sens du couteau et détecter les pépins dans les fruits
VISUEL	Moyens de compensations	Hygiène ok : s'est lavé les mains et a lavé les fruits A peu investi l'environnement, est resté concentré sur un petit espace de table, souvent dos à l'observateur
	Attitude	Doute beaucoup et pose bcp de questions pour se rassurer. Si je lui réponds « fais comme tu veux », cela la stresse « mais je ne sais pas ... » Se dévalorise « ohlala j'ai mal coupé », « de pire en pire », « c'est moche ».
COMPORTEMENT MOTIVATION	Gestion du stress	Bon investissement dans l'activité, veut bien faire
	Investissement dans l'activité	Une cuisine classique convient à condition d'avoir des caractères agrandis sur le four et le micro-onde ou des repères tactiles. Cadre et consignes précises : rassurant et facilitateurs. Mais liberté choix de faire comme elle veut : peut la bloquer et la stresser.
ENVIRONNEMENT	Facilitateurs / Obstacles	
	<p>Remarques : Activité réalisée en 1h. Aide pour le four car peu lisible. Indigage pour le nombre de fruit dans la salade pour 2 personnes (n'en avais jamais fait).</p>	

➤ ANNEXE 12 : GRILLE D'OBSERVATION MISE EN SITUATION BUREAUTIQUE

MISE EN SITUATION ECOLOGIQUE – GRILLE D'OBSERVATION

Nom - Prénom : [REDACTÉ] Date : 04/04/2018

Activité réalisée : bureautique

Objectif(s) : évaluer ses capacités, l'aider à prendre conscience de son potentiel, avoir des éléments concrets pour faciliter son choix d'orientation, voir son adaptation au cadre rigide/souple

Description du dispositif : Au sein du bureau d'ergothérapie et sur le poste informatique du bureau. Elle n'a pas souhaité utiliser la loupe Windows. Elle dispose également de l'imprimante du SESSAD. Les consignes et le fichier à compléter lui sont envoyés sur son adresse mail.

MOTEUR	Attitude posturale	Assise droite sur la chaise
	Praxies – habilités gestuelles	Bonne habilités gestuelles pour la gestion du clavier, de la souris, ...
	Dextérité manuelle	Idem
COGNITIF	Fcts attentionnelles	Reste attentive tout le long de l'activité, repère les éléments qu'elle a oublié.
	Fcts mnésiques	Utilise bien sa mémoire de travail : retiens plusieurs éléments des consignes, retiens des phrases pour les reformuler.
	Fcts exécutives (Organisat*, flexibilité, résolut* de pbs, ...)	Bonne adaptabilité, reformulation, repérage des éléments importants. Résolution de problème avec un peu de difficultés (hésitations). Pb d'organisation : n'a pas lu les consignes jusqu'à la fin donc manque d'anticipation.
	Besoins	Luminosité d'écran classique. Aurait eu besoin d'un léger grossissement avec la loupe mais a refusé.
	Difficultés	Pas de grande difficulté. Exploration spatiale pas toujours efficace et petits caractères plus long à déchiffrer.
VISUEL	Moyens de compensations	Lunettes
	Attitude	Dévalorisation mais moins importante que la dernière fois.
	Gestion du stress	Pose beaucoup de questions mais bloque moins que pour la cuisine et ose plus se lancer et tester des choses. Semble peu stresser.
COMPORTEMENT MOTIVATION	Investissement dans l'activité	Bon investissement dans l'activité. Sujet qu'elle connaît.
	Facilitateurs / Obstacles	Le cadre souple reste un obstacle.
ENVIRONNEMENT		
Remarques :		
Activité réalisée en 1h. Quelques conseils donnés pour faciliter l'utilisation de l'outil informatique (mettre en double fenêtre).		

RESUME

L'insertion professionnelle des personnes déficientes visuelles est complexe : seulement 30% des 18-60 ans ont une activité professionnelle. Dans ce contexte, l'ergothérapeute joue un rôle majeur dans l'accompagnement des jeunes déficients visuels congénitaux vers leur projet d'orientation professionnelle. Il intervient au sein d'une équipe interprofessionnelle et utilise un outil spécifique : la mise en situation écologique. Cette recherche a pour but de montrer que la mise en situation écologique, utilisée en ergothérapie, permet d'aider le jeune à identifier les capacités à développer pour son projet professionnel et de ce fait, d'en faciliter l'accès.

Pour cela, trois ergothérapeutes intervenant auprès d'adolescents déficients visuels ont été interrogées. Dans un même temps, deux observations de mises en situation ont été réalisées auprès d'une adolescente malvoyante en plein questionnement sur son orientation. L'utilisation de ces deux outils a permis de comparer les points de vue des ergothérapeutes à la réalité du terrain et au ressenti de l'adolescente. Ainsi, cette recherche a montré tout l'intérêt de la mise en situation écologique pour aider le jeune à identifier ses capacités à développer. Elle a également mis en évidence d'autres apports de cet outil pour le jeune et son orientation : l'aspect motivationnel par exemple. Pour finir, cette recherche ouvre sur les possibilités qu'à l'ergothérapeute pour se spécialiser dans le domaine de la basse vision, et notamment : la formation d'instructeur en activité de la vie journalière.

Mots clés : Adolescent déficient visuel congénital – Orientation professionnelle – Ergothérapie – Mise en situation écologique

ABSTRACT

The professional integration of people with visual impairment is difficult: only 30% of the 18-60 years old have a job. In this context, the occupational therapist plays a major role in the vocational orientation of adolescents with congenital visual impairment. In an interdisciplinary team, the occupational therapist uses many tools including the real-life situation. The purpose of this study is to demonstrate that real-life situation activities, in occupational therapy, enable the adolescent to determine the skills that he or she should be developing to promote his/her professional project.

Three occupational therapists working with visually impaired people were interviewed. At a same time, one young girl was observed during two real-life situations. This girl was uncertain about her vocational orientation. This comparison made it possible to confront occupational therapists' points of views to the reality and feeling of the adolescent. The results of survey and observations show that real-life situation activities help the adolescent to determine the skills that should be developed for his/her project. This research also highlights other contributions of this tool for the adolescent and his/her vocational orientation : motivation for example. Finally, this research opens on the possibilities that occupational therapist has to specialize in low vision. In particular : the training as an instructor of daily living activities.

Keywords : Adolescent with congenital visual impairment – Vocational orientation – Occupational therapy – Real-life situation