

MISE EN PLACE DES AIDES TECHNIQUES : UN ACCOMPAGNEMENT SPÉCIFIQUE AUPRÈS DES AIDANTS DES DÉFICIENTS VISUELS

Soutenu par Anne-Zoé d'Arras
Sous la direction de Marie Vigné Blanchard



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 argumentation orale.

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

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

Le mémoire peut être :

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

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

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussignée, d'ARRAS Anne-Zoé étudiante en 3ème 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 informée 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 Paris, le 30 mai 2022

Signature :

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, somewhat abstract shape with a vertical line and several horizontal strokes.

Note aux lecteurs

Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de formation concerné

Remerciements

Je tiens à remercier Mme VIGNE-BLANCHARD, ma maîtresse de mémoire, qui m'a accompagnée et soutenue durant la réalisation de ce mémoire. Je suis reconnaissante de son aide précieuse, de ses conseils et de sa disponibilité tout au long de cette année.

Je remercie toute l'équipe pédagogique de l'IFE de Créteil pour leur accompagnement. J'ajoute une reconnaissance particulière à Mme GAUTHIER, je la remercie pour son implication, son soutien et ses conseils durant ces trois années.

Je remercie tous les ergothérapeutes ayant pris le temps d'échanger avec moi, et en particulier les quatre ergothérapeutes, sans qui ce mémoire n'aurait pu aboutir.

Je remercie l'implication des aidants ayant répondu à mon questionnaire

Je remercie mes camarades de la promotion 2019-2022 pour leur bienveillance, et leurs conseils.

Enfin, je remercie mes proches pour leur écoute, leurs critiques, leurs conseils, leurs encouragements et leurs réconforts dans ce projet.

« On ne voit bien qu'avec le cœur. L'essentiel est invisible pour les yeux »

Antoine de Saint-Exupéry tiré de son livre Le petit prince

Table des sigles

AESH : Accompagnants des Elèves en Situation de Handicap

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeute

AVQ : Activité de la Vie Quotidienne

CIH : Comité Interministériel du Handicap

CIM : Classification Internationale des Maladies

GEVA : Guide d'EVALuation des besoins de compensation de la personne handicapé

HAS : Haute Autorité de Santé

HID : Handicaps, Incapacités, Dépendance

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economique

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PRAP : Prévention des Risques liés à l'Activité Physique

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SIRDV : Service d'Informations et de Ressources pour la Déficience Visuelle

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UNADEV : UNion des Aveugles et Déficients Visuels

Table des matières

Introduction	11
Contexte général.....	11
Situation d'appel.....	11
Problématique.....	13
Hypothèse.....	13
Concepts clés.....	13
Partie 1 : Cadre conceptuel.....	14
I- La cécité, une déficience impactant le quotidien des personnes touchées.....	14
1. Définition des termes « malvoyants » et « cécité ».....	14
2. Etiologie et épidémiologie de la déficience visuelle	16
3. Les conséquences de la cécité dans la vie quotidienne	17
3.1 Conséquences fonctionnelles.....	17
3.2 Conséquences sociales.....	17
3.3 Conséquences psychiques	18
4. Les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) des personnes en situation de cécité.....	19
5. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO).....	19
II- Les aidants.....	21
1. Les lois	21
2. Définition.....	21
3. Dénomination d'aidant informel	21
4. Les différents rôles d'un aidant informel	22
5. Les besoins et les aides apportées pour les aidants	23
III- L'éducation auprès des aidants.....	26
1. L'ergothérapie et l'éducation	26
1.1 Définition de l'ergothérapie	26
1.2 L'éducation.....	26
2. L'ergothérapie et les aidants.....	27
3. La mise en place des aides techniques auprès des clients	28
Partie 2 : Cadre expérimental	30
I- Méthodologie.....	30
1. Objectifs et critères d'évaluation.....	30
2. Population ciblée	30
3. Construction et présentation de l'outil d'enquête.....	31
4. Protocole de passation de l'enquête	33
II- Les résultats et leur analyse.....	34

1. Questionnaire.....	34
1.1 Présentation	34
1.2 Résultats et analyses	35
2. Entretiens.....	40
2.1 Présentation	40
2.2. Résultats et analyses des réponses des entretiens	42
III- Discussion	53
1. Confrontation entre le cadre conceptuel et le cadre expérimentale.....	53
1.1 Questionnaire.....	53
1.2 Entretien	54
1.3 Croisement des résultats des questionnaires et des entretiens	54
2. Limites.....	55
2.1 Questionnaire.....	55
2.2 Entretien	56
3. Apport de l'étude.....	57
3.1 Questionnaire.....	57
3.2 Entretien	57
3.3 Apports personnels	58
3.4 Apports professionnels	58
Conclusion.....	60
Bibliographie.....	61
Annexes.....	65

Introduction

Contexte général

Une personne en situation de cécité naît toutes les 15 heures en France. Grâce à l'avancée des technologies, de nombreuses aides leur permettent d'atteindre un niveau d'autonomie et d'indépendance dans leur quotidien. En effet, un grand nombre d'aides techniques permettent de compenser leur manque de vision, ce qui les rend acteurs de leurs situations occupationnelles.

Situation d'appel

L'indépendance d'une personne en situation de cécité m'a toujours intriguée. Avant mon stage dans un Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) spécialisé pour les déficients sensoriels, je n'avais jamais rencontré personnellement de personne en situation de cécité. J'en avais seulement aperçu quelques-uns dans des lieux publics. J'étais admirative de leur performance dans la réalisation d'activités de la vie quotidienne. Je me suis souvent questionnée sur l'apprentissage qu'ils avaient eu pour être aussi performants dans leur quotidien. J'ai toujours été intéressée de connaître le type d'accompagnement paramédical qui peut être apporté pour les personnes déficientes visuelles. J'ai aussi beaucoup regardé de reportages pour comprendre et analyser les moyens permettant à cette population d'être plus indépendante.

La cécité fait partie des pathologies qui peuvent être simulées par une personne valide. Durant mes études d'ergothérapie j'ai pu vivre cette expérience de simulation. J'ai senti le bénéfice de me rendre compte des difficultés occupationnelles que peuvent engendrer une pathologie, même si la simulation prend uniquement en compte l'aspect physique ressenti. Vivre une simulation liée à un handicap permet de mieux comprendre les difficultés et les besoins des clients. D'un point de vue ergothérapeutique, la simulation nous permet de mieux imaginer les situations problématiques et donc de mieux accompagner les clients dans leur prise en soin.

Au début de mon mémoire, j'ai eu plusieurs idées. Je me suis d'abord intéressée aux bienfaits de la musique pour les personnes déficientes visuelles. En trouvant peu d'études et en comprenant que les musicothérapeutes étaient formés pour les accompagner sur ce thème, j'ai réfléchi à changer de sujet. Je me suis ensuite intéressée à l'accessibilité de l'environnement extérieur par rapport aux déplacements des personnes déficientes visuelles. Comme pour la première idée, un autre métier est spécialisé pour accompagner les personnes dans leurs déplacements, ce sont les instructeurs de locomotion ou des ergothérapeutes ayant suivi une spécialisation dans ce domaine. Enfin j'ai trouvé que l'environnement humain était un thème exploitable pour mon mémoire et que l'ergothérapeute jouait un rôle important auprès de cette population. Je me suis donc concentrée sur la notion d'aidant. Suite à la sensibilisation que j'avais faite, j'ai voulu dans un premier temps analyser l'impact d'une séance de sensibilisation de

la pathologie avec les aidants afin qu'ils ressentent le quotidien des personnes déficientes visuelles dans un but de mieux adapter leur accompagnement. La sensibilisation que j'imaginai était une séance sous bandeau en effectuant des activités de la vie quotidienne. Suite à des discussions avec ma maître de mémoire, elle m'a fait remarquer que c'était une action qui pouvait être un choc pour eux et qu'il existait d'autres types de sensibilisation avec des nuances. Ayant effectué un stage auprès des personnes déficientes visuelles, je me suis rendue compte qu'il existait un grand nombre d'aides techniques pouvant favoriser l'indépendance de cette population au niveau de leur quotidien. Beaucoup d'aides préconisées demandent de la technique et un apprentissage soutenu de la part du client. Par conséquent de nombreuses séances en ergothérapie sont prescrites pour accompagner au mieux la personne déficiente visuelle dans la mise en place de l'aide. L'aide d'une tierce personne peut être un soutien dans la prise en soin de ce dernier au niveau de l'encodage et de la mise en place de l'aide dans le quotidien du client. Cette réflexion m'amène à me concentrer sur l'éducation des aidants autour du niveau d'accessibilité existant dans le matériel pour permettre une meilleure indépendance pour les personnes déficientes visuelles.

La notion d'aidant est abordée dans beaucoup de cours théoriques en ergothérapie. J'ai pris conscience de leur nombre important en France et du manque d'accompagnement qu'ils pouvaient rencontrer. Dans mes études d'ergothérapie, j'ai compris qu'une des valeurs principales de notre métier était d'aider les autres. L'aide se passe par la rééducation, réadaptation et réinsertion mais aussi par la prévention, l'éducation et la formation. J'ai appris suite à la formation des Préventions des Risques liées à l'Activité Physique (PRAP), qu'il était important de se protéger avant de soigner afin de ne pas se mettre en danger. Cette formation m'a appris à prendre en compte l'environnement humain qui entoure la personne dans une prise en soin. Ainsi pour se protéger il faut suivre des formations afin de mieux accompagner une population.

Durant l'un de mes stages j'ai pu mettre en place des séances de prévention des risques liés à l'activité physique pour des clients malades psychiquement. J'ai beaucoup apprécié le rôle de l'ergothérapeute dans la prévention, en formant et informant une population. J'ai senti que les actions des clients avaient changé après l'intervention. Je me suis rendue compte de l'importance d'informer une population autour d'un thème pour éviter les risques.

Par cette action de formation j'ai compris qu'il était important d'accompagner les aidants afin qu'ils puissent avoir les informations nécessaires pour accompagner au mieux les clients dans leur vie quotidienne. Aussi, j'ai compris que former permettait de faire évoluer ce lien soignant-soigné. En effet en incluant les aidants, la formation permet de se projeter pour un « après-suivi » en ergothérapie. Ainsi en formant l'aidant, le client va pouvoir garder un repère et se détacher progressivement de l'ergothérapeute.

Cette situation d'appel m'amène à poser la problématique suivante :

Problématique

De quelle manière l'ergothérapeute accompagne les aidants naturels des personnes en situation de cécité dans la mise en place d'aides techniques ?

Les prises en soin en ergothérapie avec des clients déficients visuelles sont toutes différentes. Les différences peuvent s'expliquer par la motivation, le niveau d'indépendance, la détermination, et la présence de l'entourage du client. Lors d'une prise en soin avec un client déficient visuel, l'ergothérapeute peut demander la participation ou l'inclusion de l'aidant pendant certaines séances. Cette demande peut être faite aussi de la part du client. Cependant toutes les prises en soin n'incluent pas les aidants. En effet, certains clients n'ont pas des aidants naturels proche géographiquement, n'ont pas de lien avec des aidants etc.

Pour répondre à ma problématique j'émet l'hypothèse suivante :

Hypothèse

L'inclusion active des aidants naturels en séance d'ergothérapie pour la mise en place des aides techniques favorise l'indépendance des personnes en situation de cécité dans leur quotidien.

Dans une première partie nous définirons le terme de cécité et nous évoquerons les répercussions sur leur vie quotidienne. Dans un second temps, nous parlerons des aidants et enfin dans une dernière partie nous évoquerons l'éducation autour des aides techniques pour les aidants qui accompagnent des personnes en situations de cécité.

Concepts clés

Aidant, Aide technique, Education, Ergothérapie, Déficient visuel

Partie 1 : Cadre conceptuel

I- La cécité, une déficience impactant le quotidien des personnes touchées

1. Définition des termes « malvoyants » et « cécité ».

Dans le monde, la déficience visuelle est diagnostiquée chez 1,3 milliard d'humains environ. Ces personnes ont majoritairement plus de 50 ans et leurs déficiences visuelles sont causées par des défauts de réfractions non corrigés et des cataractes (OMS, 2021).

D'après les résultats de l'enquête HID (Handicaps, Incapacités, Dépendance), en France métropolitaine 2,9 % de la population serait déficiente visuelle soit environ 1 700 000 personnes en 2003.

Les personnes déficientes visuelles sont classées sous trois catégories :

- 560 000 personnes seraient malvoyants légers
- 932 000 personnes seraient malvoyants moyens
- 207 000 personnes seraient malvoyants profonds ou aveugles.

Concernant les malvoyants profonds ou aveugles, 61 000 d'entre eux seraient aveugles complets (Ralle, 2003).

L'OMS classe dans la dixième Classification Internationale des Maladies (CIM-10), la déficience visuelle en fonction de l'atteinte de la vision de loin ou de près. Le classement se réfère au niveau de l'acuité visuelle.

Il existe plusieurs échelles permettant de classer les personnes déficientes visuelles. En France l'échelle Monoyer (Annexe I) est utilisée pour déterminer les degrés d'acuité visuelle de loin d'un individu, elle a été créée par l'ophtalmologue Ferdinand Monoyer. Pour déterminer l'acuité visuelle de près, l'échelle Parinaud (Annexe II) est utilisée.

Tableau III. Catégories de déficience visuelle selon l'acuité visuelle

Catégorie OMS	Conditions sur l'acuité visuelle	Type d'atteinte visuelle (CIM-10)	Type de déficience visuelle (CIH)
Catégorie I	Acuité visuelle corrigée binoculaire < 3/10 et ≥ 1/10 avec un champ visuel d'au moins 20 degrés	Basse vision ou malvoyance	Déficience moyenne
Catégorie II	Acuité visuelle corrigée binoculaire < 1/10 et ≥ 1/20	Basse vision ou malvoyance	Déficience sévère
Catégorie III	Acuité visuelle corrigée < 1/20 et ≥ 1/50 ou champ visuel < 10 degrés mais > 5 degrés	Cécité	Déficience profonde
Catégorie IV	Acuité visuelle < 1/50 mais perception lumineuse préservée ou champ visuel < 5 degrés	Cécité	Déficience presque totale
Catégorie V	Cécité absolue, absence de perception lumineuse	Cécité	Déficience totale

(CIM-10, 1990).

D'autres échelles existent au niveau international comme l'échelle Snollen.

Pour comprendre l'impact de la déficience et les différences entre les catégories de l'OMS, Collenbrander a classé les niveaux de déficiences en y indiquant leurs répercussions :

Tableau IV. Classification selon Collenbrander

Déficience selon Collenbrander	Répercussions
Légère	« Capacité d'agir avec une aide simple, telle que de banales lunettes »
Modérée	« Accomplissement des tâches presque normalement avec une aide simple, la loupe par exemple »
Grave	« Capacité d'effectuer une activité en s'appuyant sur la vision mais avec des aides spécifiques et à un niveau moindre de vitesse ou une fatigabilité plus grande »
Profonde	« Incapacité d'effectuer toute tâche à l'aide de la vision seule, même avec des aides nécessitées d'y associer d'autres facteurs sensoriels »
Presque totale	« La vision est inutile, on ne peut s'y fier, d'autres informations sensorielles sont absolument indispensables »
Totale	« Qui exige de s'appuyer totalement sur les autres sens »

(Torossian, 2018, p. 3).

Pour évaluer les besoins de compensation d'une personne, le Guide d'ÉVALUATION des besoins de compensation de la personne handicapée (GEVA) va être l'outil utilisé permettant à la MDPH de répondre par la suite aux besoins de l'individu (CNSA, 2019).

2. Etiologie et épidémiologie de la déficience visuelle

À l'échelle mondiale, il existe de nombreuses causes pouvant amener à la déficience visuelle. Les causes peuvent être d'origine génétique ou liées au vieillissement (Sahel, 2018). La différence d'accessibilité liée aux soins à l'échelle mondiale entraîne des répercussions sur le taux d'apparition d'une maladie entraînant la déficience visuelle (Resnikoff & Pararajasegaram, 2001).

Cette inégalité s'explique par les différences d'accessibilités économiques, aux connaissances et aux disponibilités des services au niveau des soins oculaires. Le pourcentage des personnes déficientes visuelles est multiplié par quatre dans les régions à revenu faible ou intermédiaire par rapport aux régions à revenu élevé (OMS, 2021).

« Au niveau mondial, les principales causes de déficience visuelle sont les suivantes :

- *Les défauts de réfraction non corrigés ;*
- *La cataracte ;*
- *La dégénérescence maculaire liée à l'âge ;*
- *Le glaucome ;*
- *La rétinopathie diabétique ;*
- *L'opacité cornéenne ;*
- *Le trachome » (OMS, 2021).*

La cataracte reste la principale cause de cécité dans le monde.

En France les principales causes de la déficience visuelle sont :

- La dégénérescence maculaire liée à l'âge
- Le glaucome
- La myopie dégénérative et évolutive
- Le diabète
- La rétinopathie pigmentaire
- Les atteintes du nerf optique
- La cataracte

La dégénérescence maculaire liée à l'âge est la première cause de la déficience visuelle en France (Dupeyron, 2018).

3. Les conséquences de la cécité dans la vie quotidienne

La cécité cause de grandes difficultés au niveau de toutes les activités de la vie quotidienne sollicitant la vue. Pour favoriser l'indépendance d'une personne déficiente visuelle, ses activités significatives doivent être réadaptées à ses capacités.

L'indépendance est le « *caractère de quelqu'un qui ne se sent pas lié ou qui ne veut pas être soumis aux autres, à la discipline morale, aux habitudes sociales, etc* » (Larousse, 2022).

Les conséquences de la cécité sur la vie quotidienne sont propres à chacun. Elles varient en fonction de plusieurs facteurs comme l'âge d'apparition de la déficience, l'état psychique et physique de la personne, la motivation, l'acceptation de la maladie, le soutien social etc (ARRADV, s.d.).

3.1 Conséquences fonctionnelles

Les conséquences fonctionnelles font référence aux fonctions de l'organisme (Larousse, 2022).

Les personnes en situation de cécité peuvent se cogner, se blesser, chercher, casser des objets car elles n'ont pas la vue pour les repérer. Elles peuvent ressentir des douleurs au niveau oculaire ou corporel dues aux blessures par exemple.

Dans un environnement extérieur, 50 % des personnes déficientes visuelles adultes rencontrent des difficultés dans leurs déplacements, et 25% en ont dans les déplacements autour de leur lieu de vie (Sander, et al., 2005).

Se déplacer dans la rue est une tâche complexe. La personne en situation de cécité doit savoir utiliser ses autres sens pour se repérer et comprendre la constitution de l'espace dans lequel elle se trouve (Carrer, 2012/3). Ils doivent mémoriser leurs trajets, pour certains ils doivent apprendre l'utilisation de la canne et comprendre les gestes de la technique de guide pour se déplacer en sécurité (UNADEV) (Annexe III).

Dans un environnement intérieur, ils doivent comprendre la délimitation de l'espace pour faciliter leur représentation mentale et sécuriser leurs déplacements. Ils doivent apprendre ou réapprendre, en fonction de l'âge d'apparition de la cécité, à effectuer des tâches de la vie quotidienne.

3.2 Conséquences sociales

Dans un environnement social, ils doivent être attentifs aux émotions et intentions de l'interlocuteur pour avoir des réactions naturelles. Pour cela, il est préférable qu'ils se montrent autonomes dans leurs déplacements pour comprendre l'environnement social qui les entoure (piéton sur le même trottoir, densité de la population dans une zone) (Carrer, 2012/3).

De plus, au niveau de l'emploi il reste un nombre considérable de personnes déficientes visuelles sans emploi en milieu ordinaire (Weygand & Gardou, 2010). Beaucoup de stéréotypes ressortent sur l'intégration sociale et professionnelle dans ce milieu (Rohmer & Louvet , 2011). Ces stéréotypes peuvent expliquer le taux minime des personnes déficientes visuelles dans les entreprises. Certains Directeurs des Ressources Humaines (DRH) n'imaginent pas qu'une personne ayant des situations occupationnelles problématiques puisse être compétente. Avec la loi du 10 juillet 1987 (« *les entreprises de plus de vingt salariés sont tenues à une obligation d'emploi des personnes en situation de handicap à hauteur de 6 % de leurs effectifs* » (Barel & Frémeaux , 2012),) le taux d'embauche aujourd'hui est de plus en plus croissant. Les personnes ayant un handicap ont accès à la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH). D'après le code du travail : « *Est considérée comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique* » (Légifrance, 2008). Des agences comme l'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées (AGEFIPH) permettent de prendre en charge tous les frais d'aménagement du poste de travail.

3.3 Conséquences psychiques

« *Toute perte ou atteinte à la santé induit une modification de l'image de soi et un processus psychologique afin d'accepter la nouvelle image corporelle* » (Bilat , et al., 2015).

Les apprentissages, l'acceptation de la déficience, les réactions sociales peuvent entraîner des répercussions psychosociales sur le client. La personne peut se sentir seule, infantilisée et non comprise.

Les personnes en situation de cécité acquièrent un niveau d'autonomie et d'indépendance plus ou moins rapidement dans leur vie. Cette différence s'explique par plusieurs facteurs comme l'âge du début de la prise en soin, l'histoire et l'acceptation de la maladie, l'environnement physique et social, la motivation etc.

La motivation a un impact sur les répercussions psychosociales. Lorsque le client est conscient de ses capacités et incapacités et qu'il veut réduire au maximum son taux d'incapacité pour devenir le plus indépendant possible, l'investissement dans la prise en soin sera plus intense et plus productif pour lui (Heyraud, 2013). Pour l'accompagner dans sa prise en soin, il pourra être suivi par une équipe de professionnels spécialisés dans sa déficience. Ils évoqueront ainsi diverses thématiques pour le rendre le plus autonome et indépendant possible (Oppenheim, 2016).

Les conséquences fonctionnelles, sociales, et psychiques entraînent des répercussions sur les activités de la vie quotidienne des personnes en situation de cécité.

4. Les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) des personnes en situation de cécité

Les AVQ se divisent en deux catégories :

- Les AVQ instrumentales sont des activités sollicitant le domaine cognitif. Elles regroupent les activités dites complexes c'est-à-dire qu'elles demandent un niveau d'autonomie, d'habileté, et de fonctions exécutives nécessaires pour la réalisation d'une tâche donnée (Aguilova, et al., 2014). La « *Simulation of Instrumental Activities of Daily Living (S-IADL)* » permet d'évaluer les AVQ instrumentales réalisées par le client (Quaglino, et al., 2016). Ces AVQ regroupent notamment la reconnaissance faciale et la lecture pour les personnes déficientes visuelles.
- Les AVQ d'autosoins de base : manger, s'habiller etc.

Pour être performant dans sa vie quotidienne, une étude a démontré que plus la durée d'apparition de la déficience est lointaine dans le temps, plus l'acceptation du handicap est avancée (Wanet-Defalque, 2012). Accepter son handicap permet une amélioration de la qualité de vie combinée avec un suivi professionnel (Stelmack, et al., 2001).

Pour faire ressortir les situations occupationnelles problématiques des personnes en situation de cécité, les ergothérapeutes peuvent utiliser des modèles conceptuels. Le modèle choisi est un modèle dit « *top down* », il est centré sur l'occupation du client.

5. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO)

« *Un modèle conceptuel est une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique* » (Morel-Bracq, 2017, p. 2).

« *L'intérêt des modèles conceptuels est ainsi de procurer aux ergothérapeutes un cadre d'intervention structuré et argumenté, des outils d'évaluation cohérents et pour la plupart des résultats de recherche solides garantissant une démarche de qualité* » (Morel-Bracq, 2017, p. 8).

Pour ce mémoire, le MCREO sera le modèle choisi (Annexe IV). Le MCREO a été créé pour les ergothérapeutes. Il prend en compte les occupations du client. Le terme client utilisé dans ce mémoire fait référence aux personnes déficientes visuelles. Il permet aussi d'être une référence au niveau de l'explication du métier. Il peut être une source d'explication pour les autres professionnels car il met en avant les domaines d'action d'un ergothérapeute (Caire & Rouault, 2017).

Le MCREO prend en compte :

- Les données sur la personne : dimension affective, dimension cognitive, dimension physique, dimension spirituelle
- Les données sur les occupations du client au niveau des soins personnels, des loisirs et de sa productivité
- Les données sur l'environnement du client : élément physique, élément institutionnel, élément culturel, élément social

De plus, il accorde une importance sur l'engagement et sur l'habilitation (« *action d'habiliter (rendre quelqu'un apte d'accomplir un acte, une action, d'un point de vue légal)* » (Larousse, 2022)) du client.

Avec les nouvelles versions de ce modèle, le MCREO accorde davantage d'importance sur l'environnement social qui entoure le client et notamment au niveau de sa participation sociale (Caire & Rouault, 2017).

Les dimensions évoquées par le MCREO permettent de faire ressortir l'influence de l'environnement social du client sur ses occupations. Le modèle évoque la participation et l'engagement du client, ce qui permet à l'ergothérapeute d'analyser plus facilement l'importance de la présence de l'aidant dans la vie quotidienne du client. De plus, les outils comme la MCRO (Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel) permettent de mettre en évidence les objectifs prioritaires pour le client. Les objectifs peuvent être impactés par l'influence de l'environnement social du client, ce qui permet à l'ergothérapeute de comprendre la source des situations occupationnelles problématiques et d'accompagner les aidants avec les clients.

II- Les aidants

1. Les lois

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, précisée par l'article L.1111-6 du Code de Santé Publique indique que :

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions » (Légrifrance, 2020).

Cette loi permet de reconnaître la personne de confiance. Elle est définie « *comme la personne qui prend soin, sans rémunération, d'un membre de sa famille ou d'un ami* » (Hartmann, 2009 , p. 160).

2. Définition

Le terme « aidant » regroupe deux catégories : les aidants formels et les aidants informels.

Les aidants formels représentent les professionnels de santé qui suivent le client tout au long de sa prise en soin.

Les aidants informels consacrent bénévolement du temps pour aider un proche dépendant de la maladie, du handicap ou de la vieillesse. Ils représentent environ 7% de la population française (Jaeger, 2012).

L'article 5. 245-7 du Code de l'action sociale et des familles décrit qu'« *est considéré comme un aidant familial, pour l'application de l'article L. 245-12, le conjoint, le concubin, la personne avec laquelle la personne handicapée a conclu un pacte civil de solidarité, l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré de la personne handicapée, ou l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré de l'autre membre du couple qui apporte l'aide humaine définie en application des dispositions de l'article L. 245-3 du présent Code et qui n'est pas salarié pour cette aide* » (Rousset, 2015, pp. 96-97).

3. Dénomination d'aidant informel

Selon les lois, le terme « d'aidant informel » peut être nommé différemment. En effet, on parle de tiers digne de confiance, d'aidant familial, d'aidant naturel, de proche aidant et d'accompagnant pour renvoyer au terme « d'aidant informel ».

Le tiers digne de confiance est un terme employé dans la loi du 4 mars 2002. Il peut être un parent, un proche ou le médecin traitant.

L'aidant familial correspond à un membre de la famille de la personne dépendante. « *Dans un cas sur deux, c'est le conjoint qui assure le rôle d'aidant principal ; près de deux aidants sur trois sont des femmes, et plus d'un sur trois exercent encore une activité professionnelle* » (Amieva , et al., 2012 , p. 232). Pour un aidant familial, son rôle peut provenir de son sens du devoir de s'occuper de sa famille (Le Bihan-Youinou & Martin , 2006).

L'aidant naturel, le proche aidant, et l'accompagnant sont d'autres termes utilisés dans des lois et des articles. Ils regroupent les mêmes fonctions que le tiers digne de confiance, l'aidant familial, l'aidant naturel et l'aidant informel (Jaeger, 2012).

4. Les différents rôles d'un aidant informel

Le rôle d'un aidant informel n'est pas quantifiable ni qualifiable puisqu'il est individuel et qu'il dépend des différents facteurs concernant l'aidé et l'aidant. Les facteurs peuvent être le niveau de dépendance de l'aidé, l'engagement de l'aidant, la situation familiale, et le contexte de prise en soin (Campéon, Le Bihan-Youinou, & Martin , 2012).

Le rôle d'aidant est spécifique à chacun, il peut se caractériser par un accompagnement, une prise de décision, une organisation, une réalisation d'activité de la vie quotidienne de l'aidé.

Une étude faite dans quatre pays d'Europe comprenant la France a démontré que malgré une difficulté de précision sur le rôle de chaque aidant, il existe quatre tâches générales qui ressortent dans le rôle principal des aidants.

- 1- Soutien du client pour la coordination, l'organisation et la réalisation de certaines tâches de sa vie quotidienne.
- 2- Soutien du client dans les tâches du quotidien (cuisine, course, ménage, gestion de l'administratifs, etc)
- 3- Soutien du client dans les tâches de soins personnels (soins corporels, alimentation, etc)
- 4- Soutien du client dans la dimension psychique (rencontre, visite, écoute, etc)

(Campéon, Le Bihan-Youinou, & Martin , 2012, pp. 115-116).

L'aidant a aussi un rôle dans la structure de soin de l'aidé. « *L'article L. 311-6 du Code de l'action sociale et des familles prévoit d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement du service. Dans ce cadre, il est également recommandé d'y inclure la participation directe ou indirecte des aidants* » (Anesm, 2014, p. 29). Il va pouvoir transmettre les différentes informations sur le niveau d'indépendance de l'aidé, et être conseillé par des professionnels.

Les différents rôles que peuvent endosser les aidants peuvent être source de fatigue et de stress. L'aidant doit faire preuve d'une bonne organisation pour trouver un équilibre entre l'aide qu'il apporte à la personne qu'il accompagne et sa vie personnelle. Lorsqu'un aidant n'a pas d'équilibre, son aspect moral et psychologique peut devenir problématique (Campéon, Le Bihan-Youinou, & Martin, 2012).

Pour limiter les impacts négatifs sur les aidants, les professionnels doivent être capables de déterminer les signes d'épuisement des aidants, et de réagir face à leurs besoins.

5. Les besoins et les aides apportées pour les aidants

D'après l'Haute Autorité de la Santé (HAS), pour diminuer le taux d'épuisement d'aidant il faut :

1. *« Anticiper la variabilité des potentialités des personnes aidantes non professionnelles, l'altération de leur état de santé et les risques d'isolement social*
2. *Renforcer les compétences des professionnels dans leur capacité à repérer les signes d'épuisement des personnes aidantes non professionnelles*
3. *Mettre en place un dispositif de veille permettant d'identifier l'émergence de nouveaux besoins des personnes aidantes non professionnelles et les signes de leur épuisement*
4. *Adapter les réponses lorsque les personnes aidantes non professionnelles montrent des signes d'épuisement ou de perte d'autonomie*
5. *Accompagner les personnes aidantes non professionnelles lors d'un changement de l'état de santé de la personne aidée*
6. *Accompagner les personnes aidantes non professionnelles concernant la fin de vie et le deuil des personnes aidées »* (Anesm, 2014, pp. 68-83).

Les moyens mis en place pour ces différentes actions sont :

1. Sensibiliser, conseiller pour éviter l'épuisement dans les démarches administratives, etc
2. Sensibiliser les professionnels sur le rôle d'aidant et sur le rôle des professionnels auprès d'aidant
3. Sensibiliser les professionnels sur les types de signes d'alerte ressenti par l'aidant
4. Echanger entre professionnels sur les difficultés de l'aidant, rechercher des solutions pour éviter l'épuisement, etc
5. Echanger et conseiller l'aidant lors de changement dans une prise en soin, etc

6. Echanger sur le déroulement de la prise en soin, recueillir les envies des aidants, etc (Anesm, 2014).

Pour soulager les aidants, les professionnels de santé jouent un rôle important en les accompagnant. Ils doivent répondre au mieux à leurs besoins afin de les aider dans leurs quotidien.

Les besoins de l'aidant sont :

« Aider et être utile

Besoin d'être informé et de savoir ce qui peut être fait pour soulager la personne accompagnée

Besoin d'extérioriser ses émotions

Besoin de confort, et de support

Besoin d'être accepté, soutenu et réconforté par les professionnels de santé »

(Pires, et al., 2018, p. 118).

Figure 1 : « Les actions à mener du point de vue du soignant »



(Pires, et al., 2018, p. 119).

Les rôles des professionnels et des aidants naturels peuvent dans certains cas se superposer. Il est important de les différencier afin que le suivi de l'aidé soit cohérent (Anesm, 2014).

Il est nécessaire pour les professionnels de santé de prendre en compte l'avis de l'aidant lors de modification dans l'accompagnement de l'aidé (Galliot , 2019).

Malgré les aides pouvant être mises en place pour soulager l'aidant, certains d'entre eux sont réticents aux conseils et aux aides proposées.

« En effet, on se rend compte sur le terrain que malgré la qualité des actions proposées, malgré les services accessibles pour relayer l'aidant principal, malgré les recommandations voire les injections de la famille élargie et des professionnels, bon nombre de proches aidants ont des réticences, voire de véritables résistances à céder leur place auprès de « leur malade » »
(Mollard , 2009, p. 263).

Pour lutter contre cette réticence, un accompagnement adapté auprès des aidants peut être mis en place. L'accompagnement peut se caractériser par des « formations » où l'aidant aura suivi une ou des séances d'éducation autour d'une spécificité de la prise en soin de l'aidé.

III- L'éducation auprès des aidants

1. L'ergothérapie et l'éducation

1.1 Définition de l'ergothérapie

L'ergothérapie est un métier du paramédical qui a pour but de rééduquer, réadapter et réinsérer socialement des personnes portant un handicap. L'ergothérapeute est spécialisé dans l'accompagnement des clients autour de leurs activités de la vie quotidienne. Il conseille les clients sur la modification de leurs activités lorsqu'elles mettent en danger leur santé, et adapte les activités significatives afin qu'elles restent accessibles. Enfin, l'objectif d'un ergothérapeute est d'amener le client vers l'indépendance et l'autonomie dans sa vie quotidienne. L'ergothérapie est un métier qui peut s'exercer dans plusieurs structures de soins tels que le Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), le lieu de vie et la santé mentale. Elle s'exerce pour toute population en limitation de capacité et pour tout âges (ANFE, 2022).

1.2 L'éducation

L'éducation permet à un individu d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences qui lui permettront de s'épanouir et d'être plus performant sur certains domaines (Michel, 1999). D'après le Larousse, l'éducation est une « *formation de quelqu'un dans tel ou tel domaine d'activité ; ensemble des connaissances intellectuelles, culturelles, morales acquises dans ce domaine par quelqu'un, par un groupe* » (Larousse, 2022).

L'éducation découle de la pédagogie. La pédagogie est une « *pratique éducative dans un domaine déterminé* » (Larousse, 2022). Elle est l'outil de l'éducation. Les différences existantes au sein de la pédagogie sont dues aux nombreuses idées de pensées. Le béhaviorisme, le constructivisme (behaviorisme : « *courant de la psychologie scientifique, qui ne prend en considération que les relations directes ou presque directes entre les stimulus et les réponses* » (Larousse, 2022). Constructivisme : « *ensemble d'attitudes, de doctrines et de méthodes qui prétendent répondre aux problèmes de la nature et du fondement des mathématiques et qui ont en commun une certaine adhésion à l'hypothèse de constructibilité* » (Larousse, 2022).) et d'autres idées de pensées, sont des courants pédagogiques qui amènent différents moyens pour éduquer une personne ou un groupe de personne.

Une des valeurs de l'ergothérapie est la formation du client. Souvent dans un but de réadaptation, l'ergothérapeute cherche des moyens de compensation avec pour objectif d'atteindre un niveau d'autonomie et d'indépendance que le client souhaite acquérir. Pour amener vers une compensation, l'ergothérapeute doit former la personne qu'il accompagne sur un nouvel outil (une aide technique, une posture etc).

« [...] tout professionnel de santé qui se confronte à la question de l'éducation se rend vite compte que la maîtrise du soin et de la surveillance ne s'acquièrent pas par la lecture de brochures ou la seule écoute de conseils. [...] Les professionnels de santé mobilisent le plus souvent le modèle scolaire et universitaire à travers lequel ils ont été formés : explication, démonstration, questionnement portant sur les connaissances médicales. Quant aux patients, ils se retrouvent dans des expériences scolaires souvent négatives : rapports conflictuels aux savoirs, situations de dominance, d'échec, d'obéissance et de passivité » (Balcou-Debussche, 2006, p. 9).

Pour que la formation soit efficace auprès du client, il est important de savoir utiliser les moyens pédagogiques pertinents. Maryvette Balcou-Debussche, apporte une importance sur la transmission soignant-soigné. « Lorsque nous parlons de « transmission », c'est donc en référence au travail d'appropriation, d'ajustement et de régulation effectué par celui qui produit (formateur), mais aussi celui qui « reçoit » (le client) [...] » (Balcou-Debussche, 2006, p. 11). La transmission va permettre au soignant d'avoir des informations sur la personne. L'observation va permettre d'ajuster les moyens menant à l'éducation afin qu'ils soient le plus adaptés possible. « Lorsque le patient arrive dans la situation d'éducation, il arrive avec ses expériences sociales, affectives et cognitives. Il construit son discours et construit lui-même dans son discours avec les pratiques langagières qui sont celles de son identité et de ses pratiques sociales et ce, que ce soit consciemment ou non » (Balcou-Debussche, 2006, p. 12).

2. L'ergothérapie et les aidants

« Les aidants naturels ont besoin de répit, besoin de prendre leurs distances vis-à-vis de leurs responsabilités. Plusieurs communautés ont donc établi des services de soutien à l'intention des aidants. Ces programmes incluent les services de renseignements, l'extension de services, la consultation, le développement des compétences et la formation ainsi que les services d'entraide et les groupes de soutien » (Canada, 1997-1998, p. 4).

La notion de culpabilité auprès des aidants est fréquente. En général l'aidant ne demande pas d'aide car ce n'est pas lui le « malade » (de Mijolla-Mellor , 2020). De plus, la majorité des aidants n'a pas notion de l'existence d'un accompagnement pour eux. Le soignant joue donc un rôle essentiel auprès des aidants, il va devoir les conseiller pour les informer d'une aide technique par exemple et il va appliquer un accompagnement spécifique.

La notion de soignant est nommée dans les différents articles sans préciser lequel est plus apte à se charger de l'accompagnement des aidants. La mise en place d'un accompagnement est souvent faite en interprofessionnalité pour que l'équipe puisse répondre aux différentes attentes des aidants.

L'ergothérapeute avec ses compétences va pouvoir informer et sensibiliser sur les bonnes techniques à mettre en place dans la vie quotidienne.

Inclure activement un aidant « *ne s'agit pas de « professionnaliser » des aidants familiaux mais de les faire participer à des initiatives qui entrent dans le cadre d'une « stratégie de soutien ».* Il s'agit de les faire se rencontrer, en petit groupe, sur un thème qui les intéresse, de leur permettre de trouver des appuis dans des échanges autour du savoir acquis par l'expérience, autour de leurs difficultés ou facilités éventuelles, d'avoir de l'information pratique, etc., tout en étant accompagné(e) par un duo, un binôme : aidant(e) familial(e) et professionnel(e) spécialisé(e), selon le thème » (Bruno, 2018, p. 92).

Suite à peu d'informations concernant l'accompagnement des aidants de la part des soignants en France, nous prendrons comme référence les outils qu'utilise le Canada.

Le Canada a mis en place :

- Des documents écrits (manuel (A Handbook for Family Caregivers), flyer etc)
Les manuels fournissent « *des renseignements et des conseils pratiques sur les questions liées au stress, les modes de vie parallèles, la prestation de soins à distance, la prestation de soins dans les régions rurales et les questions d'ordre multiculturel* » (Canada, 1997-1998, p. 13).
- Des bases de données permettant de répondre aux questions. En effet, la base de données « *ELDERCAR QUARTERLY* » répond aux questions et illustre ses propos par des articles, des documents divers et des opinions émises par des soignants.
- « *Le département de santé d'Ottawa-Carleton a publié un manuel intitulé Ressources pour les aidants naturels des aînés qui fournit une gamme de renseignements utiles* » (Canada, 1997-1998, p. 15). Ce guide est créé pour les habitants de la région mais il a pour but aussi de servir de modèle pour les autres régions du monde.
- Le projet « *Entourage* » permet aux aidants de lutter contre le découragement. Ce projet met en place des ateliers, un service téléphonique, et des entretiens entre aidant et soignant.

(Canada, 1997-1998).

3. La mise en place des aides techniques auprès des clients

Pour rendre plus indépendant un client, nous pouvons en tant qu'ergothérapeute, lui apporter des conseils au niveau postural, et nous pouvons lui apprendre des stratégies compensatoires sans ou avec matériel. Le matériel va servir d'aide pour le client. De nombreuses aides existent dans le milieu du handicap. Elles ont pour objectif d'apporter un soutien à la personne, elles peuvent remplacer un matériel plus accessible, elles peuvent avoir pour but de compenser un manque afin que l'activité soit toujours

réalisable. « *L'aide technique peut redonner une réelle indépendance à la personne, ce qui n'est jamais le cas avec l'aide humaine* » (Lecomte, 2003, p. 10).

Face au nombre considérable d'aides techniques qu'il existe dans la déficience visuelle, l'ergothérapeute doit trouver l'aide la plus adaptée pour le client. Une aide technique permettant la réalisation d'un besoin, et étant personnalisée sera mieux intégrée dans le quotidien du client.

Pour trouver l'aide la plus adaptée l'ergothérapeute doit :

- Evaluer les besoins du client
- S'informer sur les aides techniques existante
- Trouver une solution
- Faire essayer le matériel au client
- Faire accepter l'aide technique au client, en l'incluant dans son quotidien.

(McFee, 2002).

Les recherches de ma partie conceptuelle m'ont conduit à émettre une hypothèse et à confectionner une étude pour la valider ou non. Pour rappel, la problématique est : **de quelle manière l'ergothérapeute accompagne les aidants naturels des personnes en situation de cécité dans la mise en place d'aides techniques ?** L'hypothèse formulée est la suivante : **l'inclusion active des aidants naturels en séance d'ergothérapie pour la mise en place des aides techniques favorise l'indépendance des personnes en situation de cécité dans leur quotidien.**

Partie 2 : Cadre expérimental

I- Méthodologie

1. Objectifs et critères d'évaluation

Objectifs :

- Identifier l'impact d'une formation autour des aides techniques sur l'accompagnement des aidants des personnes en situation de cécité d'ici le 12/04/2022

Critères d'évaluation : Quantitatifs : Analyse des réponses du questionnaire des aidants ayant participé à une séance de formation autour des aides techniques.

- D'ici le 03/05/2022, analyser les conséquences de l'inclusion active des aidants en séance d'ergothérapie, sur l'indépendance d'une personne en situation de cécité

Critères d'évaluation : Qualitatifs : Repose sur le discours du professionnel qui évoquera l'importance d'accompagner les aidants dans la mise en place d'une aide technique pour la personne en situation de cécité.

2. Population ciblée

Les données seront non représentatives mais caractéristiques des populations ciblées.

Pour valider mon hypothèse, il me semble nécessaire d'avoir des retours auprès des ergothérapeutes et des aidants. Des ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé dans la déficience visuelle seront interrogés. Les entretiens permettront de comprendre l'importance de la place de l'aidant dans une prise en soin. Ils vont permettre d'identifier les réels objectifs de l'inclusion d'un aidant lors d'une mise en place d'une aide technique. De plus, il semble important pour valider ou non l'hypothèse, d'avoir un retour de la part des aidants. Pour cela un questionnaire leur sera transmis. Ce questionnaire permettra, suite à l'analyse, de comprendre l'impact qu'a une formation autour des aides techniques suivi par un aidant accompagnant une personne déficiente visuelle (Annexe V).

Pour réaliser mon enquête deux populations seront rencontrées :

- Les aidants des personnes déficientes visuelles
- Des ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé auprès des personnes déficientes visuelles

Pour avoir des réponses au questionnaire destiné aux aidants, un document papier avec des questions leur sera transmis après une formation qu'ils auront eu concernant les aides techniques. Les documents

seront envoyés en amont aux formateurs de cette formation. Ils m’enverront par la suite les réponses des questionnaires par photo.

Pour pouvoir entrer en contact avec des ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé dans la déficience visuelle, des messages seront envoyés sur des plateformes dédiées aux ergothérapeutes en déficience visuelle et dédiées aux enquêtes de mémoire en ergothérapie. De plus, des messages seront aussi envoyés aux contacts que ma maîtresse de mémoire m’aura transmis.

Tableau des critères d’inclusions et d’exclusions des aidants et des ergothérapeutes

	Aidants	Ergothérapeutes
Critère d’inclusion	<p>Aidant de personne déficiente visuelle</p> <p>Aidant ayant eu une éducation autour des aides techniques spécifique à la déficience visuelle</p>	<p>Être diplômé d’état en ergothérapie</p> <p>Ergothérapeute travaillant ou ayant travaillé plus d’un an avec des personnes déficientes visuelles</p> <p>Ergothérapeute mettant en place des programmes d’éducation autour des aides techniques</p> <p>Ergothérapeute incluant des aidants en mettant en place une éducation notamment autour des aides techniques</p> <p>Ergothérapeute francophone exerçant ou n’exerçant pas en France</p>
Critère d’exclusion	<p>Aidant mineure</p> <p>Aidant ne lisant et ne comprenant pas le français</p>	<p>Ergothérapeute ne parlant pas français</p> <p>Ergothérapeute n’étant pas en lien avec les aidants</p>

3. Construction et présentation de l’outil d’enquête

Le questionnaire a été choisi pour répondre à l’objectif concernant les aidants. Il va faire ressortir les résultats de mon enquête avec une méthode quantitative.

D’après Isabelle Parizot la création d’un questionnaire « suppose également une connaissance préalable du « terrain », c’est-à-dire de la population étudiée et du domaine de recherche. D’où l’intérêt d’une préenquête qualitative afin de préciser ce qu’on souhaite interroger et comment le faire. Celle-ci permet également de repérer le sens des mots, les connotations qui leur sont attachées et l’usage que la population d’étude en fait » (Parizot , 2012, p. 99).

A la suite d'un stage en déficience visuelle, nous prenons connaissance du vocabulaire spécifique de cet accompagnement. Nous observons et échangeons aussi avec les aidants des clients que nous accompagnons. Ces cas cliniques ont permis de créer le questionnaire destiné aux aidants.

Pour répondre à l'objectif « Identifier l'impact d'une formation autour des aides techniques sur l'accompagnement des aidants des personnes en situation de cécité d'ici le 12/04/2022 », nous allons comparer les réponses d'un groupe d'aidants ayant suivi la même formation autour des aides techniques. Nous nous concentrons seulement sur un groupe d'aidants car nous portons une importance sur la comparaison des réponses d'une population ayant participé à la même formation, c'est-à-dire ayant eu la même dynamique de groupe.

« La dynamique de groupe dévoile ce qui organise les représentations, les projections, les transferts, les identifications qui deviennent objets d'analyse, de recherche et d'articulation entre fantasmes individuels et productions imaginaires du groupe » (Darchis , 2018, p. 42).

Lorsqu'un individu souhaite s'intéresser à un domaine, il met en jeu deux dynamiques :

- La dynamique individuelle : *« chaque individu s'inscrit dans le groupe en fonction d'intérêts propres, personnels et professionnels. De sa présence dans le collectif et de sa collaboration avec les autres, via la circulation et la construction collective de savoirs, il est conduit à s'approprier certains savoirs, ses nouveaux savoirs étant réinvestis assez rapidement dans les pratiques professionnelles » (Legros, 2008, p. 98).* Cette dynamique est une démarche individuelle de la part de l'aidant. L'aidant souhaite avoir plus de performance et de compétence pour permettre un accompagnement plus adapté aux besoins de l'aidé.
- La dynamique collective : dépend de trois dynamiques différentes : la constitution, la cohésion du groupe et les différentes connaissances qu'apportent les individus au groupe (Legros, 2008). Ici, cette dynamique dépend de l'énergie des membres du groupe, si l'aidant souhaite porter une importance à une formation d'aide technique, il va essayer de se rendre moteur, ce qui va permettre une bonne cohésion et constitution de groupe.

De plus, le questionnaire est l'outil le plus adapté pour répondre à l'objectif car il va permettre de comparer statistiquement les données du groupe des aidants (Parizot , 2012).

En résumé, nous questionnons les aidants afin d'analyser l'impact d'une formation dans leur accompagnement auprès d'une personne déficiente visuelle. En analysant les réponses, nous observerons si rendre actif un aidant en le formant sur les aides techniques est favorable pour un meilleur accompagnement auprès des personnes déficientes visuelles.

En plus des questionnaires, s'ajoute le choix de faire un entretien semi-directif avec les ergothérapeutes. Ils permettront d'avoir des réponses plus complètes, de recueillir les émotions de l'interviewé et de rebondir en cas d'information importante. Il donne une certaine liberté à l'interviewé et en même temps un cadre rythmé par des questions ouvertes.

« Le propos est centré sur les mécanismes interactifs, la situation interlocutoire et la co-construction des données, considérés comme des propriétés de l'enquête. Il est donc moins question de recueil des données que de leur production » (Blanchet & al, 1987, p. 114).

Tout le long des entretiens nous ferons référence à la grille d'entretien (Annexe VI). Les entretiens vont permettre d'avoir des informations supplémentaires sur le vécu et sur les prises en soin des aidants pendant des séances d'ergothérapie. Ils vont permettre aussi de comprendre en détail les réels objectifs qu'ont les ergothérapeutes quant à l'importance de l'inclusion des aidants dans une prise en soin.

Les deux outils vont être complémentaires pour répondre aux objectifs. Les réponses du questionnaire vont apporter le point de vue des aidants et leurs impressions sur la pertinence de la formation. Quant aux entretiens, ils vont nous permettre de comprendre les objectifs des ergothérapeutes sur l'inclusion des aidants dans une prise en soin.

4. Protocole de passation de l'enquête

Pour réussir à mettre en place mon enquête nous allons :

Pour les entretiens :

- Entrer en contact avec les ergothérapeutes qui auront répondu favorablement à la demande d'entretien. Nous planifierons avec eux un horaire pour un appel téléphonique. Nous allons ensuite, avec l'accord des ergothérapeutes, enregistrer l'entretien. Nous prendrons un temps à la fin de l'entretien pour retranscrire l'enregistrement de l'appel. Une fois retranscrit, nous pourrons les comparer entre eux et analyser les différentes réponses (Annexe VII).

Pour les questionnaires :

- Envoyer le questionnaire à l'ergothérapeute qui va mener la formation auprès des aidants. Elle nous fera ensuite un retour pour avoir une validation du questionnaire de la part des autres intervenants professionnels qui animeront la formation avec elle. Ensuite, elle imprimera les questionnaires pour les donner aux aidants pendant la formation. Chaque aidant remplira le questionnaire à la fin de la formation. Une fois le questionnaire fini, ils les transmettront aux formateurs. L'ergothérapeute nous les enverra par la suite en photo pour que nous puissions les analyser.

II- Les résultats et leur analyse

1. Questionnaire

1.1 Présentation

8 aidants présents à la même réunion concernant les aides techniques ont répondu au questionnaire. Voici les résultats et l'analyse.

Avant d'analyser les réponses, voici une présentation des 8 aidants ayant répondu au questionnaire.

Tableau de présentation des huit aidants

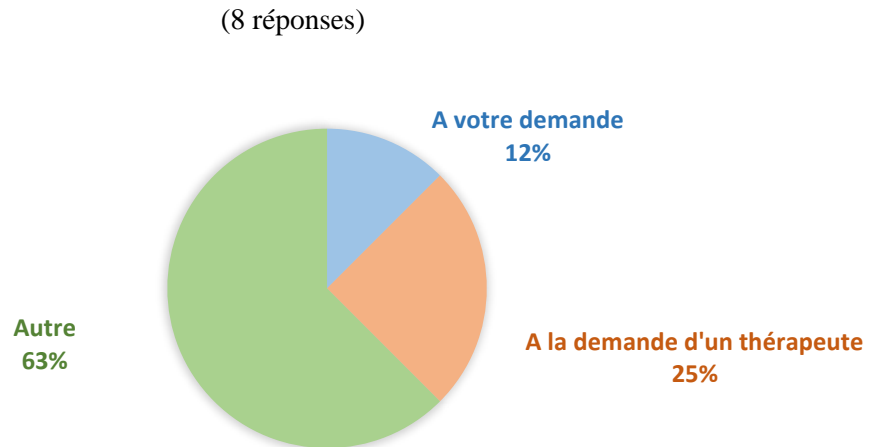
	Population	Age	Durée de l'accompagnement auprès d'une personne déficiente visuelle	Déficiência de la personne accompagné
Aidant 1	Homme	Entre 50 et 60 ans	Plus de 10 ans	Malvoyance
Aidant 2	Femme	Entre 40 et 50 ans	Plus de 10 ans	Malvoyance
Aidant 3	Femme	Entre 20 et 30 ans	Entre 2 et 5 ans	Malvoyance
Aidant 4	Femme	Entre 40 et 50 ans	Plus de 10 ans	Malvoyance
Aidant 5	Femme	Entre 50 et 60 ans	Plus de 10 ans	Malvoyance
Aidant 6	Femme	Entre 50 et 60 ans	Plus de 10 ans	Malvoyance
Aidant 7	Femme	Entre 40 et 50 ans	Plus de 10 ans	Malvoyance
Aidant 8	Femme	Entre 40 et 50 ans	Plus de 10 ans	Malvoyance

Après avoir passé les questionnaires, nous nous sommes aperçus que les aidants accompagnaient des personnes malvoyantes et non en situation de cécité. Nous avons décidé de garder les réponses du questionnaire, car l'objectif principal est d'analyser l'impact qu'a une formation autour des aides techniques pour un aidant. L'objectif est d'analyser si rendre actif un aidant favorise un meilleur accompagnement pour la personne déficiente visuelle. Les clients ayant la même déficience mais à des degrés différents constituent une limite pour mon mémoire. La prise en soin est différente entre un aveugle et un malvoyant, mais il existe de nombreuses aides techniques pouvant être préconisées à ces deux populations, cette limite peut donc être considérée comme amoindrie.

1.2 Résultats et analyses

Voici les résultats des huit réponses des aidants concernant la réunion :

Figure 1 : La réunion sur les aides techniques vous a été proposée ?

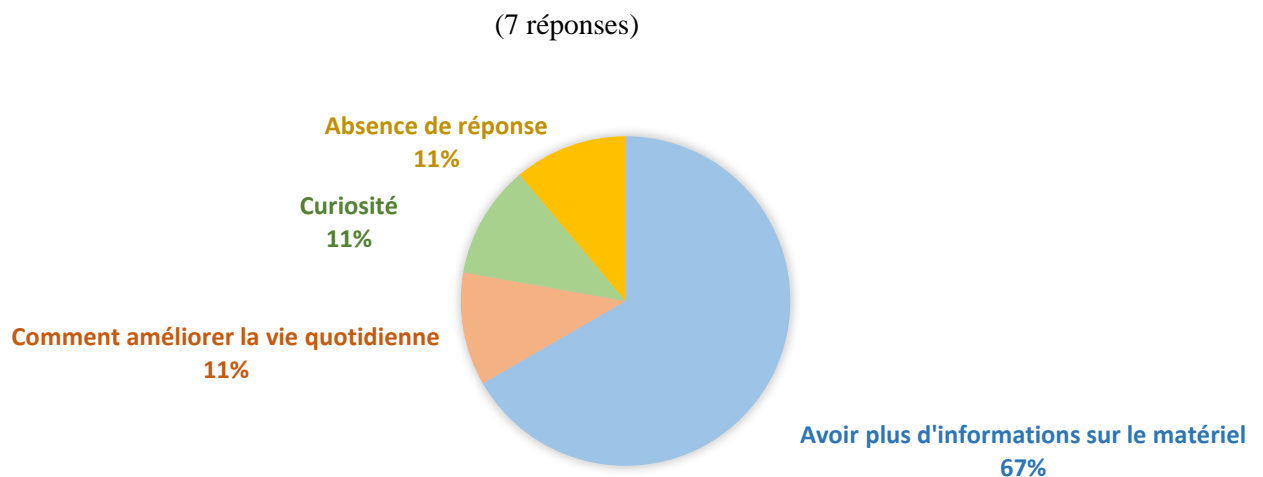


63 % des aidants ont eu cette proposition de formation par :

- Courrier
- Contact (dans une autre réunion, par une personne extérieure)

On analyse que dans les 8 aidants, un seul (12%) a souhaité suivre une formation supplémentaire sur des aides techniques. Ce pourcentage permet de constater que peu d'aidants demandent des conseils pour accompagner la personne déficiente visuelle. Ce pourcentage montre aussi que lorsque la proposition leur est faite, les aidants sont partants pour participer à la réunion. Ce résultat montre alors qu'il est important d'informer les aidants sur ce type de réunion, car le manque de demande ne signifie pas que les aidants ne souhaitent pas avoir des informations pour mieux accompagner la personne déficiente visuelle.

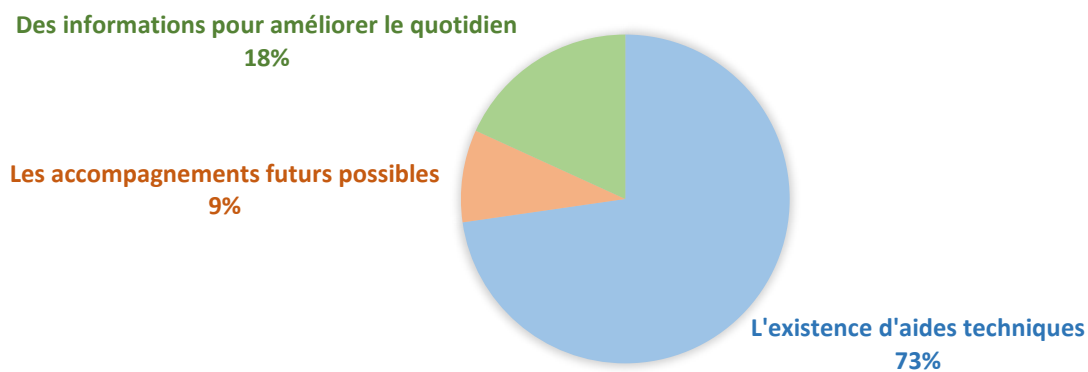
Figure 2 : Qu'attendez-vous de cette réunion ?



La majorité des aidants souhaitent avoir des informations supplémentaires sur les aides techniques existantes et pouvant être mises en place afin de faciliter le quotidien des personnes déficientes visuelles. Dans ce groupe, les aidants ont un objectif commun : améliorer la vie quotidienne de la personne déficiente visuelle. Certains d'entre eux venaient spécifiquement pour un approfondissement d'une aide technique. « *J'attendais des réponses surtout sur les loupes* », « *information d'aide complémentaire* ».

Figure 3 : Qu'avez-vous appris pendant cette réunion ?

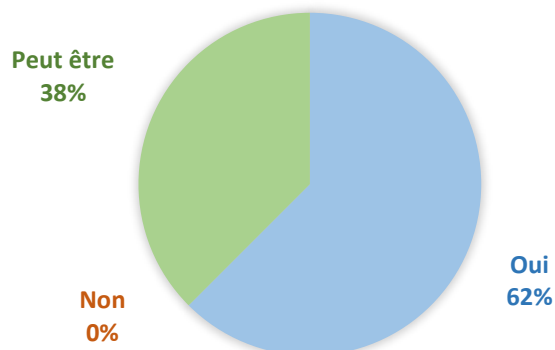
(8 réponses)



Tous les aidants ont mentionné avoir pris connaissance de nouveaux matériels pouvant améliorer le quotidien de la personne déficiente visuelle. Certains ont mentionné les aides qu'ils trouvaient les plus intéressantes à mettre en place pour le client. « *J'ai appris des choses que je ne connaissais pas, lumière, chapeaux, télécommande de feux* ». Trois aidants ont mentionné le mot « *beaucoup* » en faisant référence aux aides. Dans ces trois aidants, deux d'entre eux sont satisfaits d'avoir eu beaucoup d'informations et un aidant craint de mélanger les informations entre-elles. « *Beaucoup, tout se mélange* ». Par cette réponse, on constate que cette formation n'est pas forcément adaptée à chaque aidant, et que certains d'entre eux peuvent être perdus pendant la présentation.

Figure 4 : Allez-vous mettre en place des aides pour la personne que vous accompagnez suite à la réunion ?

(8 réponses)

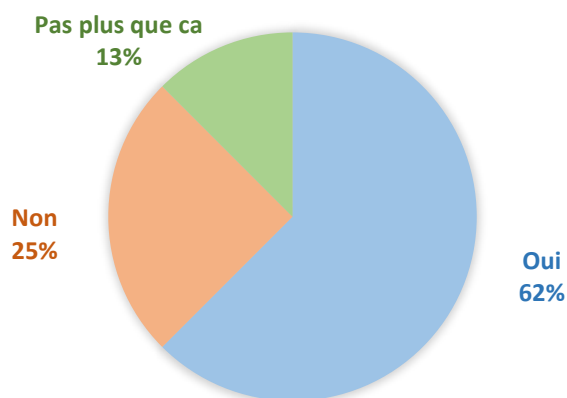


62 % des aidants sont favorables à la mise en place de nouvelles aides. « oui tout pour améliorer la vie quotidienne », « oui télécommande, stylo lecteur, lampe ». Ce pourcentage permet de constater que plus de la majorité des aidants vont changer certaines habitudes pour améliorer le quotidien de la personne déficiente visuelle.

Cependant 38 % des aidants ne sont pas convaincus de mettre en place des aides techniques. Ils souhaitent se renseigner ou voir avec le temps si la personne déficiente visuelle en ressent le besoin. Pour eux, la formation a pour but de les informer sur les aides existantes.

Figure 5 : Est-ce que la manière dont vous accompagnez la personne déficiente visuelle va être modifiée suite à cette réunion ?

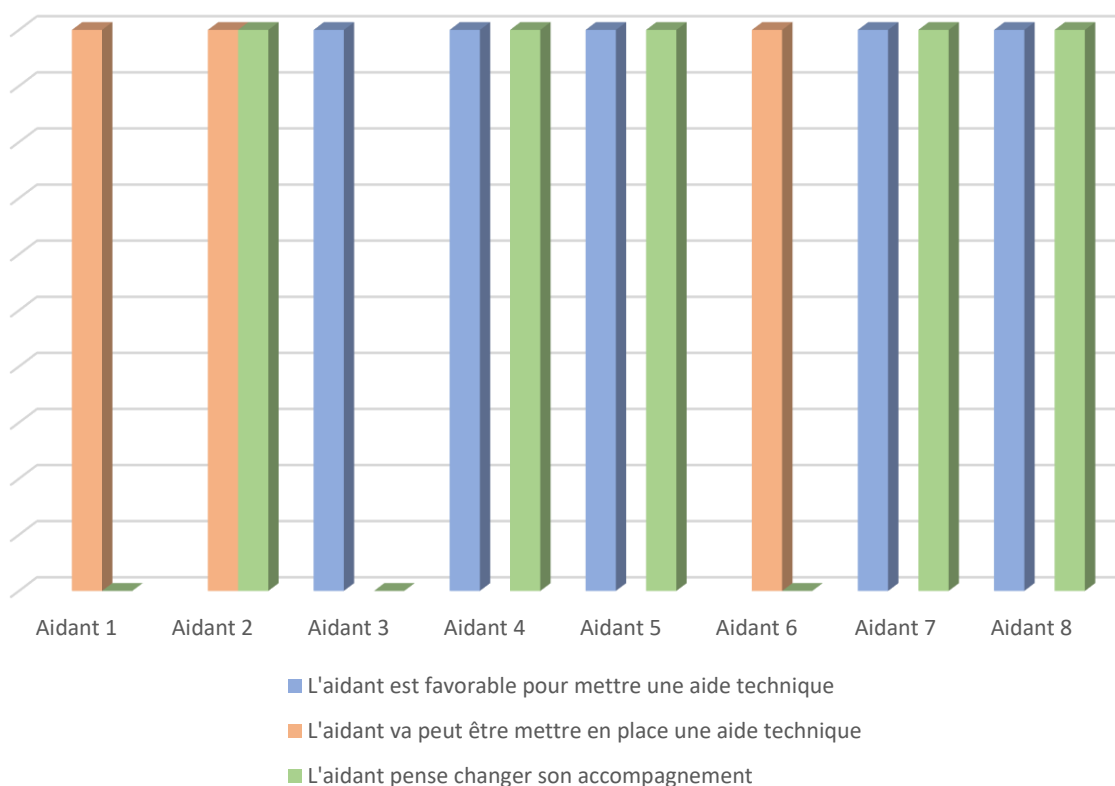
(8 réponses)



62 % des aidants montrent que leur accompagnement va changer entre avant et après la réunion. En comparaison avec la question « allez vous mettre en place des aides pour la personne que vous accompagnez suite à la réunion ? » Il est intéressant d'observer que les 62 % de « oui » ne correspondent pas aux mêmes 62% d'aidants ayant répondu à cette question. C'est-à-dire que certains aidants vont mettre en place des aides sans modifier leur accompagnement et d'autres ne vont pas mettre en place d'aide(s) technique(s) mais souhaitent modifier leur accompagnement.

Voici un graphique pour comparer les deux questions :

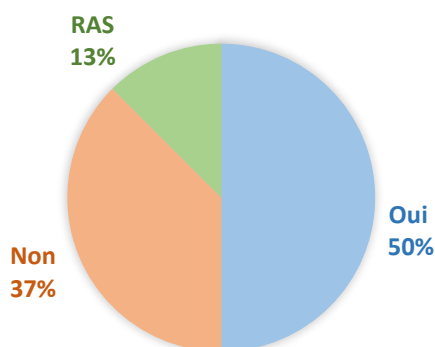
Figure 6 : Comparaison des questions "Allez-vous mettre en place des aides pour la personne que vous accompagnez suite à la réunion ?" et "Est-ce que la manière dont vous accompagnez la personne déficiente visuelle va être modifiée suite à cette réunion ?"



Une réponse négative à la question « Allez-vous mettre en place des aides pour la personne que vous accompagnez suite à la réunion ? » ne correspond donc pas obligatoirement à une réponse négative sur le changement d'accompagnement. On peut en déduire que cette formation a eu des répercussions sur l'accompagnement des aidants et sur leur apprentissage au niveau des aides techniques.

Figure 7 : Auriez-vous aimé avoir des informations supplémentaires sur un sujet pendant cette réunion ?

(8 réponses)



50 % des aidants auraient aimé avoir plus d'informations notamment sur :

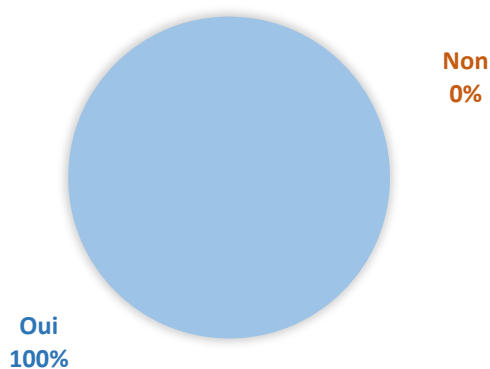
- Des informations médicales,
- Les différentes adresses des revendeurs en matériels,
- La RQTH (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé),
- La réinsertion professionnelle, et l'entrée dans la vie active.

On analyse que, dans leurs réponses, les aidants ne souhaitent pas avoir d'informations supplémentaires sur l'existence d'une aide technique.

37 % des aidants trouvaient que la formation comportait assez d'informations. Les 37 % font partie des 73 % d'aidants ayant appris l'existence d'aides techniques.

Figure 8 : Conseilleriez-vous cette réunion à d'autres personnes ?

(8 réponses)



Malgré les différences de réponse, chaque aidant trouve cette formation pertinente et la conseille pour d'autres personnes dans la même situation qu'eux.

2. Entretiens

2.1 Présentation

Tableau de présentation des quatre ergothérapeutes

	Nombre d'année de travail en tant qu'ergothérapeute dans la déficience visuel	Localisation actuelle	Service actuelle	Année du diplôme
Ergothérapeute 1 (E1)	10 ans dans la basse vision Actuellement « technicienne conseils »	Tours	Service d'informations et de ressources pour la Déficience Visuelle de Tours (SIRDV)	2009
Ergothérapeute 2 (E2)	12 ans	Région parisienne	Libéral	2010
Ergothérapeute 3 (E3)	3 ans	Région parisienne	SAMSAH	2019
Ergothérapeute 4 (E4)	17 ans	Genève (Suisse)	Lieu de vie	2005

L'ergothérapeute 1 travaille actuellement en tant que « technicienne conseils ». L'objectif est d'être au service et d'être une ressource dans la déficience visuelle. Ce métier a pour vocation de sensibiliser les aidants, familiaux et professionnels, et d'apporter des informations aux aidants.

Tableau de présentation des quatre entretiens avec des ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé dans la déficience visuelle

	Prise de contact	Moyen d'entretien	Date de l'entretien	Durée de l'entretien
Entretien 1	Réponse d'un message sur un groupe WhatsApp regroupant des ergothérapeutes travaillant dans la déficience visuelle	Appel téléphonique	16/03/2022	28 minutes
Entretien 2	Réponse d'un message sur un groupe WhatsApp regroupant des ergothérapeutes travaillant dans la déficience visuelle	Appel téléphonique	23/03/2022	27 minutes
Entretien 3	Réponse d'un message Facebook	Appel téléphonique	30/03/2022	27 minutes
Entretien 4	Réponse d'un message sur un groupe WhatsApp regroupant des ergothérapeutes travaillant dans la déficience visuelle	Appel téléphonique	11/04/2022	29 minutes

2.2. Résultats et analyses des réponses des entretiens

Résultats

Tableau 1 : « Pour vous comment un aidant peut aider une personne en situation de cécité dans son quotidien ? »

	E1	E2	E3	E4
« Être présent pendant la séance »		X	X	X
« Respecter une organisation environnementale »	X	X		
« Communiquer »	X			
« Favoriser l'indépendance du client »	X	X	X	

Analyses

E1 évoque trois moyens pour que l'aidant puisse accompagner un client : « ça va être par la manière dont il va **interagir avec l'environnement** [...] **L'organisation** ça va faire gagner à la personne énormément de temps, les éléments seront à la même place [...] La **communication** parce qu'il va falloir verbaliser les choses, et apprendre à être précis dans la manière dont on va signaler les choses. »

E2, E3, et E4 donnent une importance à la présence de l'aidant pendant la séance. Selon elles, la présence de l'aidant permet de mieux connaître les adaptations mises en place et permet de leur faire prendre conscience qu'ils peuvent laisser faire le client dans certaines tâches de la vie quotidienne. E2 dit « *Le but c'est que les informations, elles soient distillées avec la formation la plus adaptée, la plus personnalisée possible à la personne et qu'elle puisse apporter l'aide sans assister complètement la personne pour qu'elle gagne au maximum en autonomie. C'est ça aussi le truc c'est que l'aidant ne soit pas assistant mais vraiment qu'il trouve la limite et le positionnement le plus adéquat* ».

E3 évoque aussi une importance sur le fait que le client retient seul les informations, elle souhaite faire intervenir l'aidant dans un but de rappel et de soutien si la personne accompagnée oublie les informations. « *Moi je fais en sorte que la personne retienne seule, mais je fais intervenir les aidants pour qu'ils soient là aussi s'il y a besoin de rappeler à la personne comment faire* ».

Les quatre ergothérapeutes apportent des réponses différentes à cette question. Les réponses les plus fréquentes sont : « être présent pendant la séance » et « favoriser l'indépendance du client ». Cependant, ces deux réponses peuvent être contradictoires. En effet, les ergothérapeutes montrent dans un premier temps qu'il est important que l'aidant soit présent en séance et dans un deuxième temps qu'il puisse

garder une distance afin de laisser faire le client. Par ces réponses, nous interprétons que l'objectif des ergothérapeutes de faire intervenir l'aidant, est de leur montrer que le client peut être indépendant, et peut grâce à un outil, effectuer une tâche de la vie quotidienne sans aide humaine. L'objectif peut être aussi de rassurer le client sur la mise en place d'un nouvel outil, grâce à la présence de l'aidant qui aura écouté les instructions d'utilisation.

Résultats

Tableau 2 : « Comment accompagnez-vous les aidants des personnes en situation de cécité ? »

	E1	E2	E3	E4
« Envie du client : peur de ne pas mémoriser les consignes »	X		X	X
« Expliquer le bon positionnement de l'aidant pour montrer que l'objectif du client est de gagner en autonomie et en indépendance. »	X	X		
« Pour qu'après la prise en charge, il y ait quelqu'un qui soit formé sur l'aide technique »		X	X	X
« Rester disponible après la prise en charge »				X

Analyses

E1 exprime qu'elle se base sur les besoins de la personne et qu'elle ajuste son accompagnement à partir des demandes du client. « Au niveau des accompagnements parfois il y a des personnes qui ont des patients non-voyants qui appréciaient d'avoir quelqu'un de son entourage qui était présent parce qu'ils disaient que si jamais ils ne mémorisaient pas toutes les informations ça lui permettait d'avoir un appui. »

E2 et E3 expriment qu'elles vérifient que les aidants ont les informations nécessaires pour qu'ils puissent accompagner au mieux le client. « On va s'assurer que l'aidant ait bien toutes les cartes en main pour pouvoir justement avoir une aide adaptée à la suite quand nous on quitte l'appartement » (E2)

La thématique de fin de prise en soin est très présente dans les entretiens. Les ergothérapeutes incluent les aidants pour qu'une fois la prise en soin terminée, les clients aient toujours un repère. On sent une importance à mettre en sécurité et en confiance le client dans ce type d'accompagnement. Pour lui donner confiance, les ergothérapeutes insistent sur le fait qu'elles restent disponibles après les prises en soin, et que les aidants sont présents pour les aider au quotidien. Ici, on sent qu'il est important de gérer l'anxiété des clients, car la mise en place de nouveaux outils change leurs habitudes. Deux

ergothérapeutes insistent sur le positionnement de l'aidant. On comprend qu'intégrer un aidant peut être une tâche complexe. Communiquer des informations concernant l'indépendance du client, peut amener l'aidant à être « trop » présent dans la mise en place du matériel. Si l'aidant est « trop » présent, la réadaptation va amener des difficultés dans l'accompagnement de l'aidé. Par conséquent, nous analysons par les réponses des entretiens, qu'il est important dès le début des séances de poser un cadre sur la présence de l'aidant afin de trouver le juste équilibre pour une prise en soin de meilleure qualité pour le client.

Résultats

Tableau 3 : « Quelles sont les thématiques les plus fréquentes, évoquées avec eux ? »

	E1	E2	E3	E4
« Positionnement »	X			
« Epuisement »	X			
« Aide au déplacement »		X		X
« Poids pour l'aidant au niveau de son investissement »			X	
« Question autour de la vision du client »				X
« Demande de conseils »				X
« Projet futur pour le client »				X

Analyses

E2 et E4 se rejoignent sur l'une des thématiques les plus évoquées : l'aide au déplacement.

E2 : « ça va être la technique des déplacements, l'aide aux déplacements, ça va être primordial »

Ici on observe que peu de thématiques reviennent d'une pratique à l'autre. Ces différentes questions montrent que les aidants réagissent tous différemment sur l'accompagnement qu'ils souhaitent apporter aux clients.

Résultats

Tableau 4 : « Menez-vous des actions d'éducation auprès des aidants des personnes en situation de cécité ? »

	E1	E2	E3	E4
« Oui »	X	X	X	X

Analyses

Dans leur accompagnement, tous les ergothérapeutes réalisent des actions d'éducation auprès des aidants. Cette question fait partie de mes critères d'inclusion, elle permet de vérifier et de confirmer cette notion.

Résultats

Tableau 5 : « Faites - vous les séances en groupe (avec plusieurs aidants) ou en individuel (l'aidant et l'aidé) ? »

	E1	E2	E3	E4
En individuel	X	X	X	X
En groupe	X	X		X

Analyses

Toutes les ergothérapeutes mettent en place des séances individuelles avec le client. Certaines d'entre elles effectuent des séances de groupe avec les aidants.

E2 « *Puis par contre on fait de la sensibilisation aux bénévoles, de la sensibilisation aux aides à domicile et là ça va être plutôt des séances de groupe, organisées par les institutions qui encadrent ces aidants.* »

E4 « *En général l'enfant en dessous de 5 ans il n'est pas forcément là, à part si c'est auprès de ses camarades de classe.* » E4 évoque qu'elle fait des séances en groupe d'aidants ce qui permet de « *laisser de la liberté aux aidants de poser des questions délicates.* »

Résultats

Tableau 6 : « Pourquoi vous semble-t-il important d'éduquer les aidants ? »

	E1	E2	E3	E4
« L'aidant est ressource pour le client »	X	X	X	X
« Permet l'acceptation de l'outil »				X
« L'aidant ait conscience des aides mises en place »		X		

Analyses

Unanimentement, chaque ergothérapeute évoque le fait que l'aidant soit une ressource au quotidien pour l'aidé.

E4 rajoute « *c'est permettre aussi une acceptation des outils parce que ce n'est pas forcément simple pour le jeune d'avoir des outils qui ont des techniques ou des stratégies [...]* »

Sur la question « **Comment accompagnez-vous les aidants des personnes en situation de cécité ?** », les ergothérapeutes évoquaient l'importance que l'aidant soit un repère pour le client. Les ergothérapeutes forment les aidants afin qu'ils soient une ressource pour le client. La formation a donc comme premier objectif d'accompagner au mieux le client. Pour cela, l'inclusion de l'aidant est nécessaire. L'aidant est là pour suivre et être présent pour le client en cas de difficulté. Nous comprenons par l'analyse, l'importance d'expliquer aux aidants les bons positionnements qui se caractérisent par leur investissement dans le quotidien du client. C'est une tâche complexe d'intégrer un aidant et de lui faire comprendre que son rôle est d'être un repère pour le client. L'aidant doit montrer une présence auprès de ce dernier. Cette présence doit être modérée pour ne pas amener le client vers une dépendance et une perte d'autonomie. La relation « client-aidant » doit trouver un juste équilibre entre les besoins, les capacités, et la détermination de l'aidé.

Résultats

Tableau 7 : « Conseillez-vous aux aidants de participer aux séances ? »

	E1	E2	E3	E4
Oui	X	X	X	X

Analyses

Chaque ergothérapeute propose aux aidants de participer aux séances.

Résultats

Tableau 8 : « Quelle position peut prendre l'aidant lorsqu'il est en séance avec vous (passif, actif ...) ? »

	E1	E2	E3	E4
Actif	X	X	X	X
Passif	X	X	X	X
Favorise l'actif	X			X
Favorise le passif		X	X	

Analyses

E1 et E4 favorisent l'actif.

E1 « *c'est important et effectivement que lui aussi retienne un bénéfice à sa venue, donc c'est vrai qu'en général j'ai essayé de faire participer l'aidant.* »

E4 : « *les deux parce que le but c'est qu'il puisse observer comment je propose l'aide technique mais qui puisse aussi soutenir le jeune dans l'utilisation.* » « *Je mets aussi en situation réelle. Par exemple avec une aide technique au repas ou une aide technique en classe, je peux tout à fait être juste en observatrice pendant l'utilisation de la technique pour pouvoir après juste rectifier ou modifier ou juste tirer mon chapeau.* »

E2 et E3 favorisent le passif :

E2 : « *Il va d'abord être en passif et puis on va :*

- *Soit voir comment lui il souhaite intervenir et se rendre actif dans la séance*

- *Soit justement le rendre actif en le responsabilisant au cours de la séance et en cherchant à ce qu'il ait lui aussi des moyens de soutien les plus adaptés possibles, que ce soit un aide-mémoire qui lui va bien, une prise de notes ou un récapitulatif par mail »*

E3 : « *Souvent je m'adresse surtout à la personne accompagnée et j'intègre l'aidant en lui disant « vous pouvez utiliser ça » »*

Les quatre ergothérapeutes utilisent le passif et l'actif en séance avec les aidants. Certains favorisent l'actif car ils leur semblent important que l'aidant puisse encoder les consignes lors d'une nouvelle mise en place d'une aide. Cependant d'autres favorisent le passif pour limiter une présence envahissante de la part de l'aidant dans l'accompagnement de l'aidé. Trouver la juste place de l'aidant dans une prise en soin revient au fait de trouver le bon équilibre pour l'insertion de l'aidant et pour la qualité de l'accompagnement.

Résultats

Tableau 9: « Selon vos cas cliniques l'aidant accompagne mieux l'aidé en étant passif ou actif ? »

	E1	E2	E3	E4
Actif				X
Passif				
« Varie en fonction des PEC »	X	X	X	

Analyses

Dans la majorité des entretiens les ergothérapeutes évoquent qu'en fonction de la prise en soin, l'accompagnement en passif et en actif n'est pas un facteur influençant la qualité de leur accompagnement.

Cette réponse montre donc qu'il y a peu d'importance à favoriser le passif ou l'actif, chaque prise en soin est unique et c'est à l'ergothérapeute de trouver le bon équilibre dans l'insertion de l'aidant dans une séance.

Résultats

Tableau 10 : « La présence ou non d'un aidant en séance est-il un facteur augmentant le niveau d'indépendance d'un client ? »

	E1	E2	E3	E4
Oui	X	X	X	X
Non	X	X	X	X

Analyses

Tous les ergothérapeutes expliquent que chaque prise en soin est unique. La question étant une « question fermée », elle ne nous permet pas d'analyser et d'avoir un résultat.

E1 « *après sur le plan de l'autonomie c'est difficile parce que ça dépend aussi de l'attente de la personne et l'équilibre occupationnel qu'ils ont au sein d'une cellule familiale* »

E3 : « *si l'aidant n'est pas là, la personne peut se dire va falloir que je retienne pour lui remonter derrière donc ça peut être positif dans le sens où il faut qu'elle s'applique pour qu'elle soit bien concentrée, mais en même temps si la personne a des difficultés et qu'il n'y a pas l'aidant ça peut être un frein* »

E4 « *je ne dirais pas que ça influe son indépendance mais par contre ça influe l'acceptation de l'aide technique. J'ai des jeunes qui sont complètement indépendants mais à leur manière* »

Résultats

Tableau 11 : « Dans la population que vous accompagnez les aidants souhaitent-ils avoir des informations pour accompagner l'aidé ? »

	E1	E2	E3	E4
« Oui »	X	X		X
« Non, c'est rare »			X	

Analyses

Dans leur accompagnement les aidants souhaitent avoir des informations. Certains ergothérapeutes évoquent que c'est le professionnel qui guide l'aidant sur les questions qui peuvent être problématiques.

E1 « *: Je suis en train de repenser aussi à une question que tu as posé en amont et je pense qu'il y a la thématique des loisirs qui revient beaucoup.* »

E2 « *C'est très individuel. [...] on va voir pour que la personne puisse assister à cet accueil et répondre au maximum aux demandes et amener des ressources et les informations. Mais parfois voilà il y a des gens qui ont déjà fait tout un travail de recherche et du coup on va les réorienter ou bien donner des petites idées supplémentaires ou même valider ce que la personne elle a déjà mis en place.* »

E3 : « Non c'est assez rare, après ça dépend du fonctionnement de base. » « Ce n'est pas une demande souvent c'est plutôt une demande de la personne accompagnée « moi j'aimerais bien pouvoir le faire seul » »

Le thérapeute joue donc un rôle important auprès des aidants. Ce n'est pas lui qui va d'emblée poser les questions. Je comprends que c'est à l'ergothérapeute de faire attention aux mimiques de langage, aux phrases indirectes de type « tu n'arrives pas très bien à faire ça » pour montrer qu'il aimerait le faire. C'est au thérapeute de demander s'il y a des situations problématiques et d'en citer quelques-unes pour détailler des thématiques qui pourraient être problématiques dans le quotidien de l'aidant et de l'aidé.

Résultats

Tableau 12 : « Expliquez la différence entre une séance avec un aidant et une séance sans un aidant au niveau de la réadaptation et de l'éducation d'une aide technique. »

		E1	E2	E3	E4
Sans un aidant	« Echange et questionnement »		X		
	« Répétition »			X	
	« Apprentissage »				X
Avec un aidant	« Tourné vers la personne »		X		
	« Aidant ressource »				X
	« Si insécurité »	X			
	« Difficulté d'intégration »	X		X	

Analyses

Les ergothérapeutes affirment qu'il y a une différence entre une séance avec et sans un aidant. Ils expliquent qu'ils accompagnent avec plus de lenteur le client lorsque l'aidant est absent, afin qu'il puisse encoder au mieux les consignes d'utilisation de l'aide préconisée.

E3 « Il y a un changement dans la manière d'expliquer les choses sur une technique parce que si la personne elle est toute seule, je vais l'expliquer, réexpliquer, je vais vraiment accentuer la répétition. S'il y a l'aidant je vais le répéter quand même pour que la personne elle l'ait intégré mais je vais être un peu moins dans la répétition parce que je vais leur dire ça va être une tâche que je vais leur laisser. »

E4 « Alors sans aidant ça va être plutôt d'apprendre au patient à utiliser la technique proposée de façon complètement autonome comme si demain il devait être tout seul face à une situation où il aurait besoin de l'aide technique. Avec un aidant ça va être de pouvoir aussi s'appuyer sur l'aidant pour le patient pour valider ce qu'il fait avec son aide technique et inversement et que l'aidant puissent valider ce que fait l'adulte. »

Résultats

Tableau 13: « Donnez-vous aux aidants un support écrit incluant des conseils, des informations sur une séance, ou sur l'utilisation d'une aide, tout au long de la prise en soin ou à la fin de la prise en soin ? »

	E1	E2	E3	E4
Oui	X	X	X	X

Analyses

Tous les ergothérapeutes transmettent un support aux aidants lorsqu'ils sentent un besoin de laisser une trace écrite.

Résultats

Tableau 14 : « Quel est le moyen transmis ? »

	E1	E2	E3	E4
« Fiche papier »		X	X	X
« Numérique, site internet »		X	X	X
« Note vocal »		X		X
« Support à la fois adapté à l'aidant et au client »	X			

Analyses

Le support dépend des préférences de l'aidant.

E4 « Alors mon support ça va être en fonction aussi de l'aidant c'est à dire que si c'est mamie qui doit aider le jeune pour faire ses devoirs ça va être des fiches plastifiées à mettre dans son salon là où c'est noir. Si ça va être pour l'AESH ça va être du numérique pour qu'il puisse consulter sur son téléphone rapidement. »

III- Discussion

1. Confrontation entre le cadre conceptuel et le cadre expérimentale

1.1 Questionnaire

A la question « *Qu'attendiez-vous de cette réunion ?* », l'aidant 3 écrit « *Pour voir plus de matériel et comment améliorer la vie quotidienne* » et l'aidant 7 écrit « *Des informations concernant les différents suivis, aides techniques existantes, des éventuelles évolutions* ». Ces réponses illustrent les propos de Campéon et al, qui affirment que l'aidant soutient le client pour la coordination, l'organisation, et la réalisation de ses tâches du quotidien (Campéon, Le Bihan-Youinou, & Martin , 2012).

De plus, à la question « *Qu'avez-vous appris pendant cette réunion ?* » L'aidant 7 écrit « *plus de connaissances sur les aides techniques et accompagnements futurs possibles* ». En comparaison, on analyse que les objectifs de l'HAS écrit dans l'Anesm en 2014, pour accompagner aux mieux les aidants, sont validés. Et plus particulièrement l'objectif 3 qui pour rappel est : « *Mettre en place un dispositif de veille permettant d'identifier l'émergence de nouveaux besoins des personnes aidantes non professionnelles et les signes de leur épuisement* » (Anesm, 2014, pp. 68-83).

Enfin, d'après Pires et al, un des besoins de l'aidant est « *d'être informé et de savoir ce qui peut être fait pour soulager la personne accompagnée* » (Pires, et al., 2018, p. 118). Ce besoin a été exprimé dans toutes les réponses de chaque aidant interrogé.

Aidant 1 : « *J'ai appris que beaucoup d'objets peuvent améliorer la vie quotidienne de ma fille* »

Aidant 2 : « *Beaucoup tout se mélange* »

Aidant 3 : « *Beaucoup de chose, plein de choses, je connaissais plein de chose [...]* »

Aidant 4 : « *Des bonnes choses, ça m'a plu. J'ai appris des choses que je ne connaissais pas, [...]* »

Aidant 5 : « *Oui, la télécommande sonore d'activation des feux, la machine à lire* »

Aidant 6 : « *Divers applications téléphone, filtres visuels [...]* »

Aidant 7 : « *Plus de connaissance sur les aides technique et accompagnements futurs possibles* »

Aidant 8 : « *J'ai des informations pour améliorer le quotidien de mon fils* »

On en déduit que l'objectif de l'enquête : « *Identifier l'impact d'une formation autour des aides techniques sur l'accompagnement des aidants des personnes en situation de cécité d'ici le 12/04/2022* » est validée.

1.2 Entretien

Mijolla-Mellor évoque que les aidants ne demandent pas d'aide aux professionnels car ils ne sont pas « malades » (de Mijolla-Mellor , 2020). Ces propos sont validés par un ergothérapeute car pendant l'entretien à la question « *est ce que dans la population que tu accompagnes, les aidants ils souhaitent avoir des informations pour mieux accompagner la personne ?* » L'ergothérapeute 3 évoque « *Non c'est assez rare, après ça dépend des fonctionnements aussi de base.* » Cependant, ces propos ne sont pas validés dans un contexte de généralité. En effet, les trois autres ergothérapeutes ont répondu à la question précédente, que les aidants souhaitaient avoir des informations pour améliorer le quotidien de l'aidé.

De plus, nous avons vu précédemment qu'au Canada certains moyens de transmission (documents écrits, des bases de données permettant de répondre aux questions ...) étaient mis en place pour aider les aidants (Canada, 1997-1998). En comparaison, tous les ergothérapeutes ont répondu qu'ils mettaient des moyens en place pour que les aidants gardent une trace écrite de la séance, de l'utilisation d'une aide technique, d'un conseil...

Ergothérapeute 1 : « *Oui je le faisais alors après c'est toujours pareil. Ce n'était pas forcément pour l'aidant, c'était pour que pour que l'aidant puisse retrouver le vocabulaire qu'on avait en séance. [...]* »

Ergothérapeute 2 : « *Oui si la personne le souhaite. On peut faire un récapitulatif et puis après il y a déjà des petits livrets explicatifs qui existent sur les dernières possibilités d'associations. [...]* »

Ergothérapeute 3 : « *Oui je l'ai déjà fait, je note [...]* Je laisse des traces s'il y a besoin. [...]. »

Ergothérapeute 4 : « *Mon support ça va être en fonction de l'aidant [...]* Mais en général c'est soit numérique soit papier, soit vocal [...] ça peut être des fiches à coller [...]. »

1.3 Croisement des résultats des questionnaires et des entretiens

Les analyses des réponses des questionnaires, ont permis de valider l'objectif « *Identifier l'impact d'une formation autour des aides techniques sur l'accompagnement des aidants des personnes en situation de cécité d'ici le 12/04/2022* ».

A la question « *La présence ou non d'un aidant en séance est-il un facteur augmentant le niveau d'indépendance d'un client ?* », l'ergothérapeute 4 répond « *je ne dirais pas que ça influe son indépendance mais par contre ça influe l'acceptation de l'aide technique. J'ai des jeunes qui sont complètement indépendants mais à leur manière* ». Cette réponse peut être comparée avec la question du questionnaire « *Est-ce que la manière dont vous accompagnez la personne déficiente visuelle va être modifiée suite à cette réunion ?* ». En effet, 62 % des aidants ont répondu vouloir changer leur

accompagnement après la formation. On en déduit donc que l'éducation permet à l'aidant d'acquérir plus de connaissances et de compétences (Michel , 1999).

Ce croisement de résultats permet de valider le deuxième objectif « *D'ici le 03/05/2022, analyser les conséquences de l'inclusion active des aidants en séance d'ergothérapie, sur l'indépendance d'une personne en situation de cécité* »

2. Limites

Mon hypothèse ne peut pas être entièrement validée puisqu'elle comporte certaines limites que nous allons énumérer.

2.1 Questionnaire

Limite 1 : résultats d'aidant accompagnant des personnes malvoyantes.

En effet, sur les huit questionnaires, chaque aidant a mentionné accompagner une personne malvoyante. Le mémoire étant porté sur les personnes en situation de cécité, les résultats peuvent être considéré comme une limite. Cependant, le fait que les critères d'inclusion soient respectés nous permet d'analyser et d'inclure leur réponse pour l'enquête. Nous avons choisi de garder ces questionnaires car l'objectif était de déterminer si une formation autour des aides techniques pouvait avoir un impact sur l'accompagnement des aidants auprès des aidés. De plus, ayant effectuée un stage dans la déficience visuelle, nous avons pu observer qu'il existe de nombreuses aides techniques similaires préconisées pour les personnes en situations de cécité et pour les personnes malvoyantes. La différence pour la préconisation de l'aide technique pour une personne aveugle ou malvoyante va se sentir sur la manière d'expliquer l'aide. En effet, la vision peut être utilisée pour l'explication d'une aide technique auprès d'une personne malvoyante, alors que pour une personne en situation de cécité, ce sont tous les autres sens qui vont être sollicités. Nous pouvons en déduire que la formation n'aurait pas changé la majorité des aides proposées auprès des aidants. De plus, cette formation était adaptée pour tout public d'aidant en lien avec la déficience visuelle (peu importe leur catégorie classée par la CIM-10).

Limite 2 : huit réponses pour le questionnaire

A la fin de la formation, l'ergothérapeute mentionne qu'il y a huit réponses de la part des aidants. Ce nombre n'est pas représentatif de la population que nous souhaitons interroger. Nous nous sommes questionnés sur le fait de renvoyer le questionnaire à d'autres formations similaires afin de recueillir plus de réponses. Cependant, afin de comparer les résultats, il semblait important que les aidants aient

suiwi la même formation. En effet, chaque formation est unique, elle a sa propre dynamique et elle est individuelle dû à sa composition d'aidant. Nous avons besoin de comparer les résultats d'un même groupe de personnes, c'est pourquoi nous nous sommes limités à ce nombre.

Limite 3 : questionnaire passé à distance

Le questionnaire a été rempli par les aidants à distance et en autonomie à la fin de la formation. Les réponses étant remplies en autonomie, elles ne permettaient pas l'interaction des aidants avec un formateur. L'observation d'une tierce personne, aurait permis de sentir leurs émotions et de répondre à d'éventuelles questions de leur part. Cependant, cela favorise l'analyse des réponses, puisque nous avons uniquement les résultats bruts et les aidants n'ont pas été influencés par les conseils d'une tierce personne.

2.2 Entretien

Limite 1 : quatre entretiens

Les données sont comparées suite à quatre entretiens qui ont été menés. Ces données ne sont pas représentatives de la population « ergothérapeute ayant travaillé au moins 1 an dans la déficience visuelle ». Ayant discuté avec plusieurs ergothérapeutes travaillant dans la déficience visuelle, certaines d'entre elles m'ont affirmées qu'elles n'accompagnaient pas les aidants dans les prises en soin. En effet, un grand nombre d'ergothérapeutes ne prenaient pas en compte cette sphère environnementale du client. En effet, lorsque les demandes d'entretiens ont été envoyées, nous avons eu quatre refus d'ergothérapeutes dû à une approche centrée uniquement sur la personne déficiente visuelle. Nous avons aussi eu beaucoup d'ergothérapeutes qui n'ont pas répondu aux demandes. Cette absence de réponse peut être interprétée comme un manque de temps à nous consacrer mais aussi comme une pratique que les ergothérapeutes n'exercent pas dans leur accompagnement.

Limite 2 : Questions variables selon les entretiens

Avant de passer les quatre entretiens, nous avons préparé une grille avec les différentes questions à poser. Pendant le premier entretien, avec le stress et l'envie d'avoir les bonnes informations, la forme des questions a pu être modifiée, ce qui pouvait amener à une tout autre réponse que nous attendions. Par la suite, nous avons pu reposer la question dans le bon sens afin d'avoir la réponse attendue. De plus, certains ergothérapeutes évoquaient beaucoup de notions dans une seule réponse. Ce qui pouvait amener à avoir des réponses attendues pour les questions suivantes.

3. Apport de l'étude

Pour rappel l'hypothèse est « l'inclusion active des aidants naturels en séance d'ergothérapie pour la mise en place des aides techniques favorise l'indépendance des personnes en situation de cécité dans leur quotidien. »

3.1 Questionnaire

Les réponses des aidants ont permis de constater que pour une majorité d'entre eux le fait d'avoir été inclus dans une prise en soin vont leur permettre d'améliorer leur accompagnement auprès des aidés. La majorité des aidants ont répondu vouloir mettre en place des aides techniques ou avoir pris conscience de nouvelles aides techniques. Cette dynamique d'amélioration de l'environnement du client permet de favoriser son indépendance. Les aides techniques vont l'aider à être plus indépendant et autonome dans la vie quotidienne. Certains aidants ont répondu à la question suivante :

- Question : « *Est ce que la manière dont vous accompagnez la personne déficience visuelle va être modifiée suite à cette réunion ?* »
- Réponse : « *Oui, au niveau de la prise de conscience des stratégies personnelles mise en place et développer plus d'écoute au niveau des besoins* » (Aidant 7)

Cette dynamique va permettre d'améliorer le quotidien des personnes en situation de cécité.

Nous analysons par leurs réponses que certains aidants sont moteur dans la prise en soin. Ils souhaitent mettre des aides afin que le client ait un environnement le plus adapté possible.

En effet à la question : « *Auriez-vous aimé avoir des informations supplémentaires sur un sujet pendant cette réunion ?* »

Un aidant a répondu « *Oui, les différentes adresses des matériels « envoyer la liste des revendeurs »* » (Aidant 3)

Nous pouvons en déduire que, les aidants ont pris conscience du matériel qui existe pour faciliter le quotidien des clients. Cela permet aux aidants de mettre en place des aides après la réunion ou d'avoir conscience de leurs existences.

3.2 Entretien

Les réponses des quatre ergothérapeutes ont permis d'analyser que lorsque l'aidant est présent dans les séances ou dans la prise en soin, cela permet au client d'avoir un repère. En effet, l'objectif des ergothérapeutes est d'accompagner les aidants afin qu'ils soient ressources pour le client. En étant

ressource, ils favorisent un meilleur accompagnement pour l'aidé car ils vont jouer un rôle de soutien et de réassurance auprès de lui. Le fait de le rendre actif varie entre chaque prise en soin, cela peut être à la fois positif ou négatif pour le client. Un aidant trop investi peut augmenter le niveau de dépendance du client. Il peut devenir acteur dans la prise en soin alors que le but est qu'il le seconde et qu'il lui apporte son aide. Cela peut être positif lorsque l'aidant est seulement une « aide ». Il peut être présent pour répondre à une question sur le bon fonctionnement d'une aide technique ou aider la personne si elle a oublié les consignes de fonctionnement d'une aide technique par exemple.

En conclusion, l'ergothérapeute 4 évoque : « *Je ne dirais pas que ça influe son indépendance mais par contre ça influe l'acceptation de l'aide technique.* »

3.3 Apports personnels

Ce mémoire m'a permis d'apprendre à mener un projet. J'ai eu conscience qu'il faut être rigoureux, organisé et planifier des étapes dans l'avancement du projet. Il m'a permis d'approfondir mes connaissances sur la déficience visuelle ainsi que sur les aidants. J'apporte depuis à toutes mes recherches et en particulier sur les aidants, une importance à inclure cette population dans les prises en soin. Ce mémoire m'a aidé à changer ma vision d'une prise en soin individualisée et centrée sur le client.

Ce mémoire m'a appris à me perfectionner afin de mener mon étude vers une validation ou non-validation de mon hypothèse.

3.4 Apports professionnels

Ce mémoire m'a aussi beaucoup apporté au niveau de ma future pratique professionnelle. Par mes connaissances sur les aidants, j'ai pris conscience de l'importance d'inclure la sphère environnementale du client dans une prise en soin.

Le fait d'avoir échangé avec quatre ergothérapeutes m'a été très fructueux. Voulant travailler plus tard auprès des personnes déficientes visuelles, j'ai pu échanger avec eux sur leur pratique hors de l'entretien consacré pour l'étude du mémoire. Ils ont pu me conseiller sur mes différents choix à faire pour mes projets à venir. Entendre quatre témoignages différents m'a permis aussi de sélectionner les informations qui me plairaient de perfectionner pour ma future pratique professionnelle et de prendre conscience des actions que je prioriserais ou non.

Le fait d'échanger avec des ergothérapeutes m'a permis aussi de travailler ma syntaxe et de montrer que je suis performante sur mon sujet. Ces discussions matures m'ont montrées que la fin de mes études se rapprochait et que j'allais bientôt entrer dans le monde professionnel.

Le fait d'analyser un questionnaire auprès des aidants m'a permis d'avoir le témoignage de cette population. J'ai pris conscience qu'en passant un questionnaire, les aidants pouvaient être entendus. Les réponses des questionnaires permettent aussi de perfectionner notre accompagnement en tant que thérapeute auprès des aidants car leurs besoins sont exprimés.

Conclusion

L'hypothèse « l'inclusion active des aidants naturels en séance d'ergothérapie pour la mise en place des aides techniques favorise l'indépendance des personnes en situation de cécité dans leur quotidien » est partiellement validée. L'apport des réponses du questionnaire et des entretiens m'ont amené à la validation de mon hypothèse cependant, les limites non négligeables ne me permettent pas d'assumer que cette hypothèse est véridique pour toutes les prises en soin en déficience visuelle.

Durant mon stage dans un SAMSAH spécialisé dans la déficience sensorielle et notamment la déficience visuelle, j'ai pu observer qu'une association était créée par des anciens clients du service. Cette association a pour but de véhiculer un message d'espoir auprès des nouveaux clients atteints de déficience visuelle. Les membres de cette association sont appelés des pairs aidants. J'ai pu effectuer un entretien avec l'un d'eux. Il m'expliquait que, par son parcours dans le service, il discutait avec les adhérents, qui sont souvent des clients du service, pour leur montrer son niveau d'indépendance dans son quotidien. Leurs échanges ont pour but d'accompagner les clients dans leur questionnement ou leur témoignage. Ainsi je pourrai émettre l'hypothèse :

La relation « pair aidant-client » favorise l'indépendance d'un client déficient visuel.

Bibliographie

- Aguilova, L., Sauzéon, H., Balland, E., Consel, C., & N'Kaoua, B. (2014). Grille AGGIR et aide à la spécification des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. *Revue Neurologique*, 216-221.
- Allard-Poesi, F., & Marechal, G. (2014). *Méthodes de recherche en management*. (Dunod, Éd.)
Récupéré sur <https://www-cairn-info.ezproxy.u-pec.fr/methodes-de-recherche-en-management--9782100711093-page-47.htm>
- Amieva, H., Rullier, L., Bouisson, J., Dartigues, J.-F., Dubois, O., & Salamon, R. (2012). Attentes et besoins des aidants de personnes souffrant de maladie d'Alzheimer. *Revue d'épidémiologie et de la santé publique*, 231-238.
- Anesm. (2014). *Le soutien des aidants non professionnels*. ANESM. Récupéré sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/ane-trans-rbpp-soutien_aidants-interactif.pdf
- ANFE. (2022). *Qu'est ce que l'ergothérapie*. Récupéré sur ANFE Association Nationale Française des Ergothérapeutes: https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/
- Arcari, C., Canivet, C., Mohara, C., Ory-Magne, F., & Brefel-Courbon, C. (2012, Février). L'éducation thérapeutique du patient. *Pratique neurologique, III*, pp. 55-61.
- ARRADV. (s.d.). *La déficience visuelle dans la vie sociale*. Récupéré sur ARRADV: <https://www.arradv.fr/consequences-deficience-visuelle/dans-la-vie-sociale/#:~:text=La%20vraie%20probl%C3%A9matique%20li%C3%A9e%20aux,voire%20%C3%A0%20une%20vraie%20d%C3%A9socialisation.>
- Balcou-Debussche, M. (2006). *L'éducation des malades chroniques*. Paris: éditions des archives contemporaines. Récupéré sur https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=EvypovVBa0fwC&oi=fnd&pg=PA199&dq=importance+de+l%27%C3%A9ducation+%&ots=Ym-zEGkHnD&sig=Dmh1i9FJnVtlukBM4AftEn_zSQ8&redir_esc=y#v=onepage&q=%C3%A9ducation&f=false
- Barel, Y., & Frémeaux, S. (2012). Les attitudes face à la contrainte légale. L'exemple de l'intégration professionnelle des personnes handicapées. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 33-49.
- Bilat, L., Verdon, C., & Kühne, N. (2015). *Adoption des adaptations : quelle est l'expérience des personnes atteintes d'une dégénérescence maculaire liée à l'âge, en lien avec leur acceptation du handicap*.
- Blanchet, A., & al, e. (1987). Les techniques d'enquête en sciences sociales., (p. 114).
- Bruno, C. (2018). L'aide aux aidants. *VST - Vie sociale et traitements*, pp. 91-94. Récupéré sur https://www-cairn-info.ezproxy.u-pec.fr/article.php?ID_ARTICLE=VST_139_0091
- BVA. (2021, Octobre). Baromètre des aidants.
- Caire, J. M., & Rouault, L. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie*. Paris: deboeck supérieur.
- Campéon, A., Le Bihan-Youinou, B., & Martin, C. (2012). La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Europe : le vécu des aidants familiaux. *Vie sociale(4)*, 111-127. Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2012-4-page-111.htm>

- Canada, S. (1997-1998). *Info Echange pour les aîné(e)s*, 1-16.
- Carrer, C. (2012/3). *La performance de se déplacer quand on ne voit pas*.
- Casagrande , A., Delivré, O., Parayre , C., Amalberti , F., Bon , E., de Martel , F., . . . Godinot , D. (2008, Novembre). *La bientraitance : définition et repères pour la mise en oeuvre*. Saint-Denis: bialec. Récupéré sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_bientraitance.pdf
- Chaine , G. (2008, avril-mai-juin). Cécité, malvoyance et cataracte. *Images en Ophtalmologie*, II(2).
- CIM-10. (1990). *Catégories de déficiences visuelles*.
- CNSA. (2019, avril 11). *Le GEVA*. Récupéré sur Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie: <https://www.cnsa.fr/outils-methodes-et-territoires-mdph-et-departements/evaluation-des-besoins-des-personnes-handicapees-et-reponses/le-geva>
- Darchis , E. (2018). La dynamique de groupe et ses apports dans la formation. *Le divan familial*. Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-le-divan-familial-2018-1-page-27.htm>
- de Mijolla-Mellor , S. (2020). La culpabilité de l'aidant. *Imaginaire & inconscient*, pp. 149-162. Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-imaginaire-et-inconscient-2020-1-page-149.htm#s1n4>
- de Saint-Exupéry, A. (2000). *Le petit prince* . Gallimard.
- Dupeyron, G. (2018). Handicap lié à la cécité . *La revue du praticien* , 195-9 .
- Galliot , F. (2019). *Les dispositifs de répit destinés aux aidants de la personne âgées : enjeux freins et opportunités*.
- Hartmann, A. (2009). Les aidants naturels : quelles propositions d'accompagnement psychologique émotionnel, cognitif et comportemental ? . *Journal de thérapie comportementale et cognitive* , 159-162.
- HAS. (2007). *Education thérapeutique du patient Définition, finalités, et organisation*. Récupéré sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf
- Heyraud, J. (2013). *L'accompagnement au quotidien des personnes déficientes visuelles* . Toulouse: Erès.
- INSEE. (2005). *Handicap-Incapacité-Dépendance*. Récupéré sur Fondation Valentin Haüy.
- Jaeger, M. (2012). Introduction. *Vie sociale*, IV, 7-9. doi:10.3917/vsoc.124.0007
- Larousse. (2022). *Définition : behaviorisme*. Récupéré sur Larousse.
- Larousse. (2022). *Définition : Constructivisme*. Récupéré sur Larousse.
- Larousse. (2022). *Définition : Education*. Récupéré sur Larousse: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9ducation/27867>
- Larousse. (2022). *Définition : Habilitation*. Récupéré sur Larousse.
- Larousse. (2022). *Définition : Indépendance* . Récupéré sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ind%C3%A9pendance/42534>

- Larousse. (2022). *Définitions : fonctionnel, fonctionnelle*. Récupéré sur Larousse: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/fonctionnel/34465>
- Le Bihan-Youinou, B., & Martin, C. (2006). Travailler et prendre soin d'un parent âgé dépendant. *Travail, genre et société*(16), 77-96.
- Lecomte, D. (2003). *Aides techniques : situation actuelle, données économiques, proposition de classification et de prise en charge*. Récupéré sur http://www.moteurline.apf.asso.fr/IMG/pdf/2003_Rapport_Lecomte.pdf
- Légifrance. (2008, Mai 01). *Code du travail*. Récupéré sur Légifrance: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006903699/
- Légifrance. (2020, octobre 01). *Code de la santé publique*. Récupéré sur Légifrance: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721063/
- Legros, V. (2008). Effets de formation et dynamiques de l'espace d'intéressement. *Recherche et formation*, 85-100. Récupéré sur <https://journals.openedition.org/rechercheformation/731>
- McFee, S. (2002). *Choisir une aide technique*.
- McFee, S. (2002). Choisir une aide technique . *Deficience motrices et situations de handicaps*, 430-439.
- Michel, M. (1999). Eduquer, former : pourquoi faire ? *Le Portique*. Récupéré sur <https://journals.openedition.org/leportique/279#tocto1n3>
- Miles, R. (2021, Mai 9). The role of caregivers in the care of dependency on elderly relatives : What are the implications ? *XI(1)*, 375-397. Algérie.
- Mollard, J. (2009). Aider les proches. *Gérontologie et société*, 257-272. Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2009-1-page-257.htm?contenu=article>
- Morel-Bracq, M. C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie*. Paris: De Boeck Supérieur.
- OMS. (1996). *Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes*.
- OMS. (2021, Février 26). *Cécité et déficience visuelle*. Récupéré sur Organisation Mondiale de la Santé: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>
- Oppenheim, D. (2016). La vie à perte de vue . *Esprit*, 148-150.
- Parizot, I. (2012). *L'enquête sociologique*. (P. U. France, Éd.)
- Pires, A., Mutte, K., Frustiger, S., & Couchaud, I. (2018). Aider aussi l'aidant . *Revue internationale de soins palliatifs*, 118-119.
- Quaglino, V., Gounden, Y., Lacot, E., Couvillers, F., Lions, A., & Hainselin, M. (2016). Talk the talk and walk the walk. Evaluation of autonomy in aging and Alzheimer disease by simulating instrumental activities of daily living: the S-IADL. *Peer J*.
- Ralle, P. (2003). La mesure des déficiences dans l'enquête "Handicaps, incapacités, dépendance". *Revue française des affaires sociales*, 55-73.

- Resnikoff, S., & Pararajasegaram, R. (2001, Mars-Avril). La politique à l'action : programme de prévention de la cécité : passé, présent et avenir. *OMS*, 8(2), 71-74. Récupéré sur https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70998/RA_2001_5_71-74_fre.pdf
- Rohmer, O., & Louvet, E. (2011). Le stéréotype des personnes handicapées en fonction de la nature de la déficience. *L'armée psychologique*, 69-85.
- Rousset, G. (2015). Focus : Le rôle des aidants familiaux, une réponse à la vulnérabilité reconnue et encouragée par le droit. *Informations sociales*(188), 96-98. doi:10.3917/inso.188.0096
- Sahel, J.-A. (2018, Juin). Innovation technologique - Liliane Bettencourt. *Annuaire du Collège de France 2015-2016. Résumé des cours et travaux 116e année*, pp. 569-584. Récupéré sur *Annuaire du Collège de France 2015-2016* : <https://journals.openedition.org/annuaire-cdf/13194>
- Sander, M.-S., Bournot, M.-C., Lelièvre, E., & Tallec, A. (2005). La population en situation de handicap visuel en France. *Observatoire Régional de la Santé des pays de la Loire*.
- Stelmack, Joan, O., & FAAO. (2001, May). Quality of Life of Low-Vision Patients and Outcomes of Low-Vision Rehabilitation. *Optometry and Vision Science*, 78, 335-342.
- Torossian, M. (2018). Définitions et classifications des déficiences visuelles. *Revue Francophone d'Orthoptie*, 3.
- Toussaint, C. (1989). *L'oeil écorché*. Paris : Balland.
- Turcotte, M. (2013). Etre aidant familial : quelles sont les conséquences ? . *Regards sur la société canadienne*, 7-8.
- UNADEV. (s.d.). *Savoir-être et savoir guider*. Récupéré sur UNADEV: <https://www.unadev.com/wp-content/uploads/2019/11/plaquette-technique-de-guide-unadev.pdf>
- V, C., P, A., & S, Q. (2010). *Vivre avec un proche malade : évaluation des dimensions positive et négative de l'expérience des aidants naturels*. Récupéré sur <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003448709001206?via%3Dihub#!>
- Wanet-Defalque, M.-C. (2012). Psychological adaptation to visual impairment : The traditional grief process revised . *The British Journal of Visual Impairment*, 20-31.
- Weygand, Z., & Gardou, C. (2010). 19. Dans la culture française, les représentations de la cécité prisonnières du passé. (Erès, Éd.) *Le handicap au risque des cultures*, 375-389. doi:10.3917/eres.gardo.2010.01.0375

Annexes

Annexe I : Echelle Monoyer	66
Annexe II : Echelle Parinaud.....	67
Annexe III : Plaquette technique de guide UNADEV.....	68
Annexe IV : Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO)....	75
Annexe V : Questionnaire vierge destiné aux aidants ayant suivi la formation autour des aides techniques.....	76
Annexe VI : Grille d'entretien.....	78
Annexe VII : Entretien numéro 2, avec une ergothérapeute	80

Annexe I : Echelle Monoyer

MRTVFEUCXOZD	10/10
DLVATBKUERSN	9/10
RCYHOFMESPA	8/10
EXATZHDWN	7/10
YOELKSFDI	6/10
OXPHBZD	5/10
NLTAVR	4/10
OHSUE	3/10
MCF	2/10
ZU	1/10

Annexe II : Echelle Parinaud

28
0 = 7 mètres

Bonheur

29
0 = 8 mètres

Echo de l'amour

14
0 = 1,50 mètres

Trouvez-le d'abord, Cherchez-le après

12
0 = 1,50 mètres

**Dans le jardin à la française
aucun arbre ne cherche à étouffer
les autres de son ombre les**

8
0 = 1 mètres

**parterres s'accroissent d'être
géométriquement dessinés, le
bassin n'ambitionne pas de cascade,
les statues ne prétendent point**

8
0 = 1,20 mètres

**s'imposer seule à l'admiration. Une seule
colonne s'en dégage parfois. Peut-être
vient-elle du sentiment que chaque élément, isolé, est
devenant. Mais c'est été au dommage de l'ensemble
et la promesse se fléchit de la règle qui
inspire au jardin sa magnifique harmonie.**

Chopin et Lully

1997 OFFICIEL "MUSEE" d'ARTS VISUELS
Lecture de la notice : 20 minutes

8
0 = 1,20 mètres

**On l'est parvenu à l'état de non-développement depuis le monde,
à son état de la persistance du rêve que de son monde
monétaire. Il est donc au fait aller de ce que ce monde
et son être ont été à ce moment de son. « Tous, il y a des
êtres, il y a le moi, il y a les autres... Il est au fait de son
être... »**

Van Gogh

8
0 = 1 mètres

**Il est l'unique qui se voit en soi-même et qui se voit en soi-même
pour être être, de son être de son être d'être, à la fois de son
et de son être pour le fait de son être. « Tous, il y a des
êtres, il y a le moi, il y a les autres... Il est au fait de son
être... »**

Van Gogh

8
0 = 0,75 mètres

**Il est l'unique qui se voit en soi-même et qui se voit en soi-même
pour être être, de son être de son être d'être, à la fois de son
et de son être pour le fait de son être. « Tous, il y a des
êtres, il y a le moi, il y a les autres... Il est au fait de son
être... »**

Van Gogh

8
0 = 0,50 mètres

**Il est l'unique qui se voit en soi-même et qui se voit en soi-même
pour être être, de son être de son être d'être, à la fois de son
et de son être pour le fait de son être. « Tous, il y a des
êtres, il y a le moi, il y a les autres... Il est au fait de son
être... »**

Van Gogh

1,8
0 = 0,25 mètres

**Il est l'unique qui se voit en soi-même et qui se voit en soi-même
pour être être, de son être de son être d'être, à la fois de son
et de son être pour le fait de son être. « Tous, il y a des
êtres, il y a le moi, il y a les autres... Il est au fait de son
être... »**

Van Gogh



90 ans
UNADEV
Union Nationale des Aveugles et Malvoyants

ACCOMPAGNER
ET GUIDER
LA PERSONNE
AVEUGLE OU
MALVOYANTE

savoir-**ÊTRE**
ET savoir **GUIDER**

www.unadev.com



Ce guide vous donne quelques conseils pour mieux appréhender une rencontre avec une personne déficiente visuelle afin de lui apporter toute l'aide dont elle a besoin, sans la mettre dans l'embarras, avec des règles de savoir-être qui s'appliquent aussi bien aux personnes voyantes qu'aux personnes déficientes visuelles.

Ce guide vous permettra également de mieux appréhender et visualiser la technique de guide, une technique universelle permettant de guider en toute sécurité, avec un maximum d'aisance et d'économie d'énergie, une personne déficiente visuelle. Elle s'appuie sur le langage corporel (sensations) entre le guide et le guidé.

C'est avec le temps, l'expérience et les échanges avec la personne guidée, que vous évoluerez vers plus d'aisance.

Ce guide n'a pas vocation à remplacer une sensibilisation faite par un professionnel de la locomotion, mais tend à donner et rendre accessibles les éléments de base de la technique de guide.

STOP AUX PRÉJUGÉS !	P 4
PRIVILÉGIEZ LE CONTACT DIRECT	P 5
COMMENT SE PRÉSENTER ?	P 6
COMMENT DÉCRIRE UN LIEU, UN ESPACE	P 8
LA POSITION DE BASE	P 10
LES RALENTISSEMENTS	P 12
LES ESCALIERS	P 13
LES PASSAGES ÉTROITS	P 14
LES OBSTACLES EN HAUTEUR	P 15
SITUER UN SIÈGE, UN MOBILIER	P 16
AU DOMICILE OU AU BUREAU	P 17
EN RANDONNÉE	P 18

Sommaire

2

3

STOP aux préjugés !

Lorsque l'on s'adresse à une personne déficiente visuelle, il n'y a pas de mots tabous. Vous pouvez être embarrassé en utilisant des mots ou des expressions comme « tu vois ce que je veux dire » ou « je vais jeter un œil » ou « qu'as-tu regardé à la télévision ? ».

Pourtant, ce sont des expressions que les personnes handicapées visuelles utilisent elles-mêmes et elles ne sont pas gênées de les employer. Donc, **parlez le plus naturellement possible**, sans réfléchir à chaque mot énoncé, sans élever la voix plus que de raison.



4

Privilégiez le contact direct

Adressez-vous directement à la personne déficiente visuelle si vous attendez des informations la concernant, même si elle est accompagnée d'une tierce personne. Le handicap visuel n'a aucune incidence sur les facultés mentales de la personne, ainsi elle pourra tout à fait vous répondre directement, sauf dans les cas rares de polyhandicap.

Pensez juste à lui toucher légèrement le bras pour attirer son attention, ou à l'appeler par son prénom ou son nom si vous la connaissez. De même, en retour, **pensez à vous présenter** ou vous annoncer quand vous la croisez pour lui éviter de jouer aux devinettes.



5

Comment se présenter ?

Votre aide, aussi bien intentionnée soit-elle, se propose et ne s'impose pas. Chaque personne déficiente visuelle est différente, tant sur le point de vue de ses capacités visuelles que de ses besoins en accompagnement.

Il est toujours nécessaire de demander à la personne si elle a besoin de vous et comment. C'est elle qui vous indiquera et vous précisera si nécessaire son besoin de guidage, donc :

- **Présentez-vous et expliquez pourquoi vous êtes là !**
- **Demandez à la personne si elle a besoin de prendre votre bras ou si elle préfère vous suivre en repérant votre silhouette, ou en suivant le guide à l'audition.** Dans ce cas, demandez-lui si elle souhaite être prévenue en cas d'obstacles, dénivellés ou autres durant le déplacement.



C'est à la personne déficiente visuelle de prendre votre bras et non l'inverse : **il ne s'agit pas de « tracter » ou « propulser » la personne non ou malvoyante, mais bien de la guider.**

Car, au-delà du geste technique de guidage, par le confort et la sécurisation que vous lui offrez, c'est aussi un moment de partage et d'échanges que vous vivez !

N'hésitez jamais à demander à la personne guidée si votre technique de guide lui correspond afin de vous adapter à ses besoins.

Comment décrire un lieu ou un espace ?

Même s'il ne faut pas décrire l'environnement constamment lors du déplacement, il est parfois utile de décrire un lieu ou un espace, à la demande de la personne déficiente visuelle, pour qu'elle visualise mentalement les éléments environnants.

Il est préférable d'éviter les mots comme « **ici** », « **là-bas** », mais utilisez plutôt des indications précises comme « **à votre gauche, en face de vous** ». Vous pouvez utiliser aussi le système horaire pour les directions (exemple : en face = à midi, légèrement à droite = à 2h).

Arrivant dans un endroit inconnu, on peut décrire en premier la forme et la taille de la pièce, puis situer certains éléments les uns par rapport aux autres si besoin, comme « **la commode est à droite de la fenêtre** ».

Ne laissez pas une personne « dans le vide ». Lorsque votre duo arrive à destination et que vous devez vous absenter, il est important de proposer un appui ou un simple contact avec la main (une chaise, un comptoir, ou même juste un mur), ainsi que de mentionner votre départ !

Prévenez la personne déficiente visuelle quand vous partez, sortez de la pièce ou répondez au téléphone. Ce n'est jamais très agréable de se rendre compte, après coup, que l'on parle tout seul.



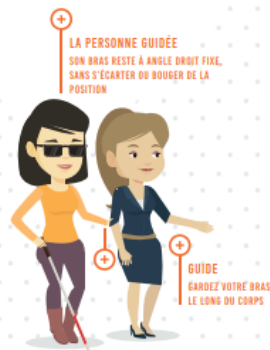
La position de base

Si la personne accepte votre aide, proposez-lui votre bras de façon à ce qu'elle puisse vous tenir **juste au dessus du coude**. Il ne faut surtout pas la tirer ou la pousser puisque cela peut, non seulement être stressant, mais aussi être imprudent notamment lors de traversées. La personne aveugle ou malvoyante est alors protégée par le guide qui est en premier sur les obstacles et non l'inverse.

La personne guidée doit tenir à pleine main votre bras de manière à avoir son bras à angle droit. Cette façon de faire lui permettra de garder un pas d'anticipation et de bien sentir les variations dans vos déplacements. La personne déficiente visuelle vous indiquera également le côté par lequel elle préfère être guidée.

Vous devez vous adapter au rythme de marche de la personne déficiente visuelle.

Votre mission : gérer la sécurité du binôme, tant en largeur qu'en hauteur ! Le guide est entièrement garant de la sécurité physique de la personne guidée. Cela sous-entend le contournement d'obstacles présents sur le cheminement du binôme, l'annonce par un code corporel d'obstacles à franchir (texture au sol, dénivellés, passages étroits...)



Pour les personnes âgées ou ayant des problèmes d'équilibre, le guide peut plier son coude, afin de soutenir la personne en gardant une certaine distance d'anticipation.

10

La position de base

... vue d'en haut

Cette position de bras du guidé permet d'adopter la bonne distance entre les 2 personnes, à savoir, 1 pas d'anticipation et une largeur minimisée (les épaules de chacun se retrouvent l'une derrière l'autre, dans la même orientation), afin de bien sentir et suivre les mouvements du guide.



Autres situations de déplacement accompagné



11

Les ralentissements

Vous devez ralentir pour laisser à la personne guidée le temps de s'adapter, notamment en cas de :

- changement de texture au sol (béton/herbe, irrégularités type pavés, bosses...)
- pentes,
- changement de direction,
- avant toute mise en place de code (dénivelés et passage étroit),
- avant de s'arrêter ou de marquer un arrêt.

De même, face à un obstacle, pour le contourner, ralentissez si nécessaire, mais le duo doit pouvoir slalomer entre les obstacles sans les heurter.



12

Les escaliers

Vous devez marquer un **arrêt bien net en début et en fin de toutes dénivellations brusques** : que ce soit une bordure de trottoir, une marche, etc. Il en est donc de même pour les escaliers !

Arrêtez-vous au pied ou au bord de la dénivellation, le plus proche possible. La personne guidée sait alors qu'elle aura un pas à faire avant de monter ou de descendre la dénivellation. Le code est à renouveler à chaque volée d'escalier. Vous pouvez indiquer s'il faut monter ou descendre et devez proposer à la personne de prendre, si elle le souhaite, la main courante.

Arrêt avant la montée



Pendant la montée



13

Les passages étroits

Lors d'un passage étroit, **ralentissez, puis placez votre bras en arrière** (bras tendu ou plié). La personne guidée doit tendre son bras (celui qui vous tient) : ceci permet d'augmenter la distance entre vous deux et de ne pas s'accrocher les pieds. Vous l'amenez ainsi naturellement derrière vous en avançant : le binôme ne prend alors l'espace que d'une seule personne en largeur, puisque vous êtes l'un derrière l'autre. Le guide doit veiller à vérifier le bon positionnement de la personne guidée avant d'aborder l'obstacle.

Passage de porte : le guide fait le code du passage étroit et ouvre la porte, le duo franchit la porte l'un derrière l'autre, et la personne guidée se charge de refermer la porte si besoin.

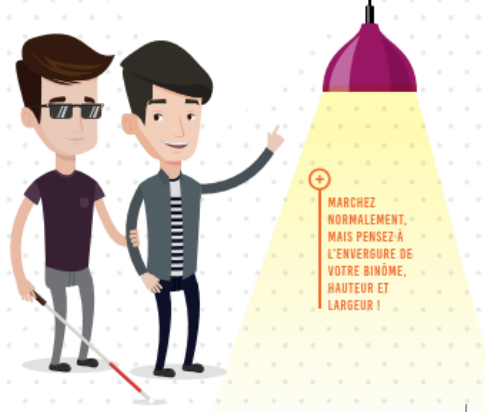


14

Les obstacles en hauteur

Vous devez être attentif aux obstacles en hauteur **en tenant compte de la largeur et de la hauteur de votre binôme**. Le guide peut passer, mais un obstacle peut mettre en danger uniquement la personne déficiente visuelle (un volet mal accroché, un panneau de signalisation, des échafaudages, etc.).

Une fois que la position de base est établie, il n'y a plus qu'à y aller ! Votre mission : gérer le contournement des obstacles en vous déplaçant, tant en largeur, qu'en hauteur !



15

Situer un siège, un mobilier...

Cette page montre comment désigner quelque chose grâce à sa main (une table, une poignée de porte de voiture...). Pour un siège, par exemple, vous arrivez jusqu'au niveau de celui-ci. Vous mettez votre main sur le dossier, la personne descend sa main et se met à sa hauteur pour s'installer.

Si le siège est de face : le guide va se rendre jusqu'au siège, soit à côté, soit contre : la personne va alors jusqu'à prendre contact (doucement) avec ses genoux (permet de juger de la hauteur), localise le dossier et s'assoit.

Le siège est dans une rangée (théâtre, cinéma, etc.) : soit l'espace est suffisant et vous utilisez le code du déplacement en passage étroit, soit l'espace est restreint et vous vous déplacez l'un à côté de l'autre en faisant des pas de côté, sièges en arrière. Vous vous déplacez jusqu'à la place voulue. La personne prend contact avec l'arrière des genoux (cela permet de juger de la hauteur du siège) et s'assoit directement.



16

Au domicile ou au bureau

Si vous devez déplacer un objet, pensez à toujours indiquer où vous le reposez ou à demander à la personne où elle souhaite que l'objet soit rangé ! Chaque personne a ses rangements et son organisation, veillez à ne pas modifier ses repères et à respecter ses habitudes et contraintes personnelles.

De même :

Pensez à éteindre la lumière que vous avez allumée !

Ne laissez pas les portes entre-ouvertes : soit complètement fermées, soit complètement ouvertes, pour ne pas que la personne se cogne dans la tranche de la porte. Même chose pour les fenêtres !

Et refermez bien les placards et tiroirs !



17

En randonnée : passage facile d'accès

La technique de guide précédemment exposée avec ses 3 codes (la position de base, les ralentissements et les escaliers) permet aisément de se déplacer tant en milieu urbain qu'en milieu rural.

En pleine nature, si le passage est assez large et peu accidenté (pas ou très peu de trous de racines ou de branches à passer), vous restez sur la technique de guide vue précédemment.

La vigilance du guide doit toujours être au maximum quel que soit le lieu, en ville, comme à la campagne ou en forêt.



En randonnée : passage difficile d'accès

Le code du passage étroit est également tout indiqué dans cette situation où la personne déficiente visuelle perçoit, avec précision **grâce au dialogue corporel avec son guide**, toutes les modifications de déplacements de ce dernier. Le code du passage étroit est toutefois inconfortable sur une longue distance. Ainsi, une variante de la technique de guide en randonnée sur passage étroit peut être envisagée :

Si le chemin est étroit et que vous ne pouvez l'emprunter à deux de front, le guide peut se positionner devant la personne guidée. Si la personne a une canne blanche ou un bâton de marche, cela servira de « bâton/lien » placé à l'horizontale, entre les deux personnes qui en saisiront chacune une extrémité et avec la même main, mais sans croiser !

La personne guidée va ressentir **grâce au bâton**, les changements de direction et d'inclinaison du terrain. L'idéal est de prendre un bâton d'au moins 1,20 m pour ne pas vous gêner et laisser assez de place entre vous deux, ou à défaut une sangle sur un sac à dos.





Pour aller plus loin



@WebtvUNADEV

vidéo technique de guide

Quand la malvoyance s'installe - guide pratique INPES

www.inpes.santepubliquefrance.fr

www.unadev.com

© UNADEV - Conception graphique : @globeat - www.concept-crea.com - Illustration : @peterdenny

90ans
UNADEV
UNION NATIONALE
DES ASSOCIATIONS
DE MALVOYANTS

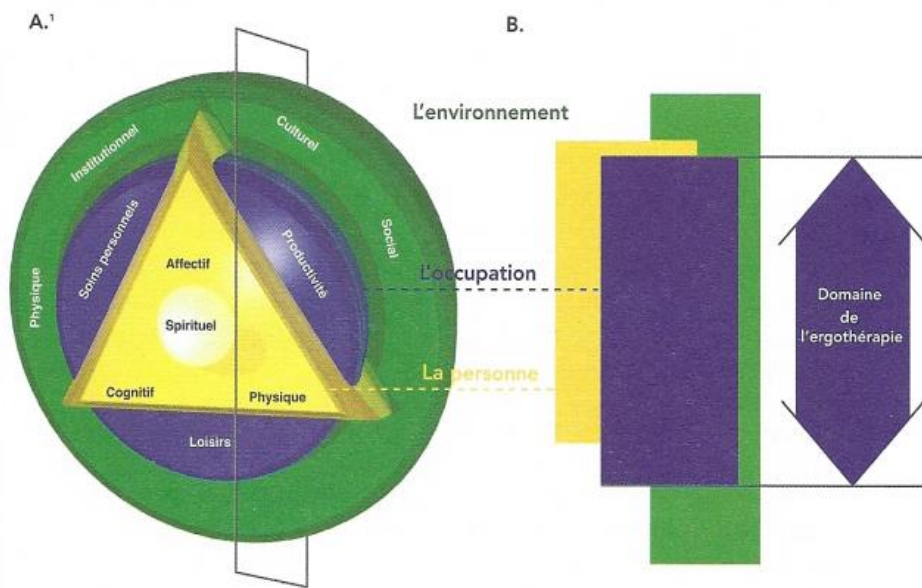
12 rue de Carsol - 33002 BORDEAUX Cedex
www.unadev.com

 **0 800 940 168**

SERVICE ET APPEL GRATUITS



Annexe IV : Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO)



A¹ : Désigné sous le nom de MCRO dans *Promouvoir l'occupation* (1997, 2002) et MCRO-P depuis cette édition.
B : Vue de profil

Annexe V : Questionnaire vierge destiné aux aidants ayant suivi la formation autour des aides techniques

Ce questionnaire servira de manière anonyme pour un mémoire de fin d'étude en ergothérapie.

Présentation

Vous êtes :

- A- Une femme
- B- Un homme
- C- Autre

Vous avez :

- A- Moins de 20 ans
- B- Entre 20 et 30 ans
- C- Entre 30 et 40 ans
- D- Entre 40 et 50 ans
- E- Entre 50 et 60 ans
- F- Entre 60 et 70 ans
- G- Plus de 70 ans

Depuis quand accompagnez-vous une personne déficiente visuelle ?

- A- Moins de 1 an
- B- Entre 1 et 2 ans
- C- Entre 2 et 5 ans
- D- Entre 5 et 10 ans
- E- Plus de 10 ans

La personne que vous accompagnez est :

- A- Malvoyante
- B- Aveugle

Concernant la réunion

La réunion sur les aides techniques vous a été proposée :

- A- A votre demande
- B- A la demande d'un thérapeute
- C- Autre

.....

Qu'attendiez-vous de cette réunion ?

.....
.....
.....

Qu'avez-vous appris pendant cette réunion ?

.....
.....
.....

Allez-vous mettre en place des aides pour la personne que vous accompagnez suite à la réunion. Si oui, pouvez-vous les citer ?

.....
.....
.....

Est-ce que la manière dont vous accompagnez la personne déficiente visuelle va être modifiée suite à cette réunion ?

.....
.....
.....

Auriez-vous aimé avoir des informations supplémentaires sur un sujet pendant cette réunion ?

.....
.....
.....

Conseilleriez-vous cette réunion à d'autres personnes ?

.....
.....
.....

Annexe VI : Grille d'entretien

Questions sur le respect des critères d'inclusions


Question 1 : Etes-vous ergothérapeutes ?

Question 2 : Travaillez-vous avec des personnes en situation de cécité ?

Question 3 : Travaillez-vous avec les aidants ?

Question 4 : Est-ce que vous faites de l'éducation auprès des aides techniques qui existent pour les personnes déficientes visuelles ?

Thèmes	Questions posées
Impact de l'éducation des aides techniques sur l'accompagnement de l'aidant	<ul style="list-style-type: none">- Pour vous comment un aidant peut aider une personne aveugle ?- Comment vous en tant qu'ergothérapeute vous accompagnez les aidants pendant la séance ?- Est-ce qu'il y a des thématiques fréquentes qui sont évoquées par les aidants, si oui lesquels ?- Vous faites des séances de groupes ou des séances individuelles pour les séances d'éducatons autour des aides techniques ?- Pour vous pourquoi ça vous semble important de travailler avec les aidants, de faire de la sensibilisation et de les éduquer sur ce qui existe ?- Est-ce que parfois il y a des séances qui sont faites sans aidant ?
Inclusion active et passive de l'aidant en séance	<ul style="list-style-type: none">- L'aidant il est plus en passif ou il est plus en actif dans la séance ?- Dans vos différents cas cliniques un aidant accompagne mieux une personne aveugle quand il est plus actif ou en passif ?- Est-ce qu'il y a une différence au niveau d'un niveau d'indépendance que peut acquérir le client quand il y a la présence ou l'absence d'un aidant ?- Les aidants souhaitent-ils avoir des informations pour mieux accompagner l'aidé ou c'est vous qui proposez de leur donner des informations ?

- 
- Expliquer la différence entre une séance avec un aidant et une séance sans un aidant au niveau de l'apprentissage d'une aide technique ?
 - Est-ce que vous donnez aux aidants un support écrit incluant les conseils, des informations, sur la séance, sur l'utilisation d'une aide ?

Annexe VII : Entretien numéro 2, avec une ergothérapeute

Anne-Zoé : Vous êtes ergothérapeute ?

Ergothérapeute : Oui

Anne-Zoé : Vous travaillez avec des personnes en situation de cécité ?

Ergothérapeute : Oui

Anne-Zoé : Vous travaillez avec les aidants ?

Ergothérapeute : Oui

Anne-Zoé : Parfait, vous faites partie des critères d'inclusion pour mon étude. Est-ce que vous faites de l'éducation auprès des aides techniques qui existent pour les personnes déficientes visuelles ?

Ergothérapeute : Oui, alors en général on travaille d'abord avec la personne concernée mais on sensibilise. On s'arrange la plupart du temps pour que les aidants soient présents lorsqu'on fait un choix de matériel qu'on appelle des « moyens auxiliaires ». Ce ne sont pas des aides techniques en Suisse. On essaye autant que possible que les aidants soient présents pendant les séances en particulier les séances à domicile. Les séances de choix de moyens auxiliaires ou les séances d'entraînement à l'utilisation déjà pour qu'il y ait le même vocabulaire. Un vocabulaire qui soit adapté à la personne avec ses propres repères à elle, et pour que justement l'entraînement et le suivi puisse être assurés par les aidants qui vont être plus présent que nous.

Anne-Zoé : Pour vous du coup comment un aidant peut-il aider une personne en situation de cécité ?

Ergothérapeute : Déjà en étant présent pendant les séances de réadaptation, que ce soit au niveau des activités de vie quotidienne ou au niveau en particulier des déplacements. Moi j'ai des collègues qui sont spécialisés pour les déplacements mais la présence de l'aidant est primordiale. Si on prend une séance d'activité de la vie quotidienne, par exemple pour de la cuisine, en fait ça va permettre à l'aidant de respecter bien l'emplacement de chaque chose, qu'il comprenne et qu'il respecte l'étiquetage qui a été mis en place pour l'aidé. Selon la position de l'aidant aussi ce n'est pas forcément des aides à domicile ça peut être aussi le compagnon, la compagne, les enfants, l'aide-ménagère donc il peut y avoir beaucoup de monde qui gravitent. Le but c'est que les informations elles soient distillées avec la formation la plus adaptée, la plus personnalisée possible à la personne et qu'elle puisse apporter l'aide sans assister complètement la personne pour qu'elle gagne au maximum en autonomie. C'est ça aussi le truc c'est que l'aidant ne soit pas assistant mais vraiment qu'il trouve la limite et le positionnement le plus adéquat. Sachant que le principal travail au niveau de l'aidant ça va être de le sensibiliser à tout ce que ça implique au niveau : effort de concentration, fatigabilité selon le moment de la journée et les activités réalisées, le contexte donc le lieu de réalisation de l'activité, les déplacements engendrés... Donc c'est déjà une

sensibilisation à l'aidant qui est primordial et après une aide adaptée à la personne par la prise en main d'un moyen auxiliaire par l'acquisition de la technique de guide par différentes choses adaptées selon le projet de la personne.

Anne-Zoé : Comment vous en tant qu'ergothérapeute vous accompagnez les aidant pendant les séances ?

Ergothérapeute : Alors on a travaillé déjà avec la personne et puis on va s'assurer que l'aidant ait bien toutes les cartes en main pour pouvoir justement avoir une aide adaptée à la suite quand nous on quitte l'appartement. Donc on vérifie que l'information est comprise non seulement par la personne et adaptée à la personne et ensuite qu'elle est comprise par l'aidant et la manière dont elle est faite. C'est à dire qu'on peut aussi faire des fiches aide-mémoire pour l'aidant si c'est nécessaire, lui fournir des petits flyers donc par exemple pour la technique de guide ça va être des flyers vidéos, remettre un plan par exemple dans une salle de bain ça peut très bien être de prendre en photo l'environnement de la personne : donc le lavabo et l'organisation autour du lavabo avec les différents objets utilisés par la personne et afficher cette photo à côté du lavabo pour que tout soit bien remis à sa place à chaque fois. Marquer les emplacements et laisser un contact à l'aidant pour toute question supplémentaire quand on n'est pas là.

Anne-Zoé : Est-ce qu'il y a des thématiques fréquentes qui sont évoquées par les aidants et si oui lesquels ?

Ergothérapeute : Alors ce n'est pas forcément eux qui vont amener mais c'est nous qui allons amener. Ça va être la technique des déplacements, l'aide aux déplacements, ça va être primordiale. Pour qu'il ait vraiment cette acquisition de la technique de guide qui correspond à certains codes corporels. Donc ce sont des séances faites avec la personne et en présence de l'aidant et des mise en situation de l'aidant aussi. Ça va être de la sensibilisation, aux efforts et aux techniques mises en place par exemple pour la prise des repas et puis souvent vraiment le principal c'est le déplacement et puis l'accès à l'information. Nous on privilégie le déplacement et puis le respect de l'organisation de l'environnement de la personne. Ce sont les priorités.

Anne-Zoé : Ducoup vous faites des séances de groupes ou des séances individuelles pour les séances d'éducatives autour des aides techniques ?

Ergothérapeute : Alors il y a les deux situations, c'est à dire si on suit une personne en particulier on va se rapprocher de son aidant et puis faire plutôt de l'individuel adapté et personnalisé. Puis par contre on fait de la sensibilisation aux bénévoles, de la sensibilisation aux aides à domicile et là ça va être plutôt des séances de groupe, organisées par les institutions qui encadrent ces aidants.

Anne-Zoé : Pour vous pourquoi ça vous semble important de travailler avec les aidants, de faire de la sensibilisation et de les éduquer sur ce qui existe ?

Ergothérapeute : Nous on va être moins présent. C'est eux qui vivent au quotidien avec la personne la plupart du temps, qui ont une fréquence de passage au domicile qui est importante. Nous notre rôle c'est vraiment d'essayer de donner un maximum d'autonomie mais on n'a pas un rôle d'aide adapté en continu. On a un rôle de thérapeute et de ré-adaptateur. En fait c'est primordial que l'aidant soit conscient de tout ce qui est à mettre en place et qu'il puisse s'approprier les moyens pour pouvoir avoir une aide adaptée à la personne et poursuivre la continuité. Ça fait partie de l'autonomie de la personne aveugle que ces aidants soient justement bien aidants et que l'aide apportée soit la plus adaptée possible. Dans les modalités qu'on a aussi beaucoup en ce moment, c'est qu'il y a eu un développement au niveau des technologies qui est importante et y compris les technologies de communication. Ça c'est aussi primordial au niveau des aidants de faire une petite information toute simple pour pouvoir prendre en main un matériel qui serait déprogrammé ou qui mettrait la personne en insécurité parce que justement elle a plus son moyen de communication.

Anne-Zoé : Est-ce que parfois il y a des séances qui sont faites sans aidant ou quelqu'un qui n'a pas forcément d'aidant comment vous faites dans ce cas-là si ça vous arrive ?

Ergothérapeute : On en a pas mal

Anne-Zoé : La majorité ?

Ergothérapeute : Oui. Souvent la personne elle ne va pas avoir conscience forcément de la place de son aidant pour une séance donc ça va passer par la prise de contact avec l'aidant, la sensibilisation aussi à la personne qu'il faut que son aidant soit présent, qu'il puisse entendre la même chose. Faire comprendre à l'aidant que c'est primordial qui soit là aussi, donc on va organiser une séance pour la mettre en place.

Anne-Zoé : Ok donc pour vous c'est quand même hyper important d'inclure des aidants dans les séances. S'il y a une possibilité de les inclure on le fait ?

Ergothérapeute : Ça peut très bien être après des séances d'entraînement à l'utilisation d'un moyen auxiliaire, ça peut être une séance récapitulative où justement on va demander à l'aidant aussi de réaliser certaines actions sur le moyen auxiliaire pour qu'il le prenne en main aussi. Des fois il n'y a pas forcément besoin de beaucoup de séances d'information mais selon l'objectif et selon le moyen à utiliser ou selon l'activité à utiliser ça va être une séance d'information et de sensibilisation.

Anne-Zoé : Ok et pendant ces séances là ou pendant les séances individuelles enfin avec l'aide et l'aidant, l'aidant il est plus en passif où il est plus en actif dans la séance.

Ergothérapeute : Il va d'abord être en passif et puis on va soit voir comment lui il souhaite intervenir et se rendre actif dans la séance soit justement le rendre actif en le responsabilisant au cours de la séance et en cherchant à ce qu'il ait lui aussi des moyens de soutien les plus adaptées possibles que ce soit un

aide-mémoire qui lui va bien, une prise de notes, ou un récapitulatif par mail ce sont des choses qui arrivent.

Anne-Zoé : Dans vos différents cas cliniques un aidant accompagne mieux une personne en situation de cécité quand il est plus en actif ou en passif ?

Ergothérapeute : C'est très individuel, ça dépend de l'investissement de l'aidant par rapport à ça. Ça dépend aussi de son niveau de connaissance. C'est un moyen comme de la technologie pour l'utilisation des iPhones et compagnie, parfois il n'y a pas besoin de beaucoup et puis la personne va être en mode silence et puis finalement on va être une grande aide adaptée, c'est vraiment très personnalisé en fait.

Anne-Zoé : Par exemple si on part sur l'iPhone ou peu importe une autre aide technique qu'est-ce que vous trouvez de pertinent dans le fait d'expliquer à l'aidant l'utilisation je ne sais pas de Voice over ou de, peu importe une utilisation au quotidien que pourrait utiliser la personne. Qu'elle est l'apport pertinent pour l'aidant de savoir juste comment ça s'utilise ?

Ergothérapeute : Dans les fonctionnements d'utilisation de matériel qui sont vraiment très personnels et qui peuvent être inadaptés pour quelqu'un qui est voyant donc par exemple avec l'utilisation de Voice over si on a en plus un rideau d'écran, là l'aidant ne peut pas avoir le contrôle sur l'appareil donc c'est important qu'il sache justement enlever ce rideau d'écran. Enlever Voice over pour lui permettre d'accéder justement au contenu du téléphone, ça passe par des petites choses comme ça. Donc là en cas de panne d'un téléphone en fait c'est tout le système de communication qui est mis à mal donc la sécurité elle-même de la personne qui est mis à mal aussi donc c'est vraiment important que la personne ait des ressources autres que juste son ergothérapeute qui ne va pas forcément être joignable en dehors des heures d'ouverture du centre et puis les week-ends et que la personne en situation de cécité puisse avoir les bonnes ressources pour pouvoir se sortir d'un mauvais pas aussi.

Anne-Zoé : Quand je vous ai demandé s'il y avait pas mal d'aidant vous m'avez dit que la majorité parfois était seul, est ce qu'en comparaison entre les prises en soin vraiment individuelles avec le client et les prises en soin aidant-aidé est-ce qu'il y a une différence au niveau d'un niveau d'indépendance que peut acquérir le client quand il y a la présence d'un aidant et quand il n'est pas là où est ce que c'est aussi hyper individuel ça dépend de chacun etc ?

Ergothérapeute : Ça dépend vraiment de chacun ça dépend de son vécu, ça dépend aussi du nombre d'années en tant qu'aveugle et puis toutes les ressources qu'il a déjà mis en place on peut avoir des gens qui sont extrêmement autonomes et puis qui ne vont pas avoir un besoin d'aide, ça va vraiment être très ponctuel et puis avec un réseau qui se met en place. D'autres personnes qui vont avoir besoin de cette aide quasiment permanente en particulier en cas de cécité acquise de manière très brutale où là on a tout un changement de repère, une adaptation aussi du réseau. Aussi, il faut prendre en compte que l'entourage en fait doit vivre aussi pour lui. Donc les aidants ça peut être des ressources via des bénévoles

donc des aides extérieures et avec des aides intérieures donc ça s'adapte à chaque aidant et du coup ça s'adapte à chaque personne et à chaque manière de vivre. On a des questions cultures, il y a beaucoup d'enjeux différents en fait.

Anne-Zoé : Chaque prise en soin est quand même hyper unique enfin et différentes, l'accompagnement et du coup à chaque fois un peu différent.

Ergothérapeute : Tout à fait l'accompagnement est toujours personnalisé les grandes lignes qu'on retrouve au niveau des aidants ça va être sensibilisation, information, et ressource. Mais sinon c'est vraiment au cas par cas en fonction de chaque personne.

Anne-Zoé : Avec les personnes avec qui vous travaillez, les aidants est ce qu'ils souhaitent avoir des informations pour mieux accompagner l'aidé ou c'est plutôt vous qui amenez la chose ?

Ergothérapeute : C'est pareil c'est très individuel. On le voit souvent quand on a une première séance, la séance d'accueil où la personne va peut-être accompagner, que l'accompagnateur c'est quelqu'un de la famille et c'est quelqu'un qui est très présent mais bon du coup on va voir pour que la personne puisse assister aussi à cet accueil et répondre au maximum aux demandes et amener les ressources et les informations. Mais parfois voilà il y a des gens qui ont déjà fait tout un travail de recherche et du coup on va peut-être réorienter ou bien donner des petites aides supplémentaires ou même valider ce que la personne elle a déjà mis en place. Ça arrive qu'on ait juste un rôle de valorisation de l'aidant par rapport à tout ce qui est déjà fait.

Anne-Zoé : Parce que y en a qui ont fait pas mal de recherches qui ont mis plein de choses en place ?

Ergothérapeute : Oui, ça dépend en fait, c'est toujours pareil ça va dépendre du réseau. On a des gens qui sont déjà sensibilisés parce qu'ils faisaient déjà partie d'une autre association et puis que le jour où ça arrive dans leur famille et bien ils ont déjà pas mal de connaissances. Le but n'est pas de changer les habitudes, le but c'est vraiment de s'assurer que la personne aveugle va être en possibilité d'efficacité et de sécurité pour ses activités en fonction de chacun. C'est toujours pareil selon l'âge selon l'activité, selon les centres d'intérêt ça va être très varié, le lieu de vie etc. Donc parfois on a des aidants qui sont déjà des bénévoles sensibilisés voilà c'est vraiment au cas par cas.

Anne-Zoé : Il me reste 2 petites questions. Expliquer la différence entre une séance avec un aidant et une séance sans un aidant au niveau de l'apprentissage d'une aide technique est ce qu'il y a une différence particulière entre vous votre rôle déjà votre positionnement entre les deux ?

Ergothérapeute : Le positionnement va être un petit peu différent en fait si c'est une séance d'introduction et de début d'entraînement à un moyen auxiliaire la séance elle va être tournée vers la personne, parce qu'il faut qu'on ait absolument le même vocabulaire, le même lexique, les mêmes repères jusqu'à faire des aménagements sur le moyen et il faut que tout ça soit déjà quelque chose qui

roule avant même de l'amener à l'aidant. On va faire une deuxième partie de séance avec l'aidant où justement on va pouvoir reprendre avec l'aidant s'il y a des choses qui ont interpellées l'aidant y compris la personne aveugle si elle a des messages à faire passer à l'aidant. Parfois la séance avec l'aidant a été préparée en amont avec la personne aveugle pour dire « il y a tel ou tel message que j'aimerais plus faire passer, et si ça passe par la bouche d'un professionnel ça sera mieux compris où ça sera mieux interprété ». Parfois ça peut paraître très directif et puis en fait c'est une question de sécurité donc beaucoup des séances avec des aidants ça va se préparer déjà avec la personne elle-même et selon le travail avec la personne aveugle elle-même avant même d'introduire l'aidant.

Anne-Zoé : Est-ce qu'il y a au moins une séance que vous faites sans un aidant pour que la personne accompagnée puisse sortir des problématiques qu'il veut dire mais il ne sentirait pas trop capable de l'expliquer ?

Ergothérapeute : Alors ça arrive, c'est toujours pareil c'est toujours au cas par cas. Parfois on a des personnes qui viennent toujours avec un aidant, qui ont toujours l'aidant avec eux déjà pour des questions d'accompagnement, si c'est une séance en extérieur et puis par contre parfois ça peut être un entretien téléphonique juste avec la personne concernée, pour reprendre avec elle et pouvoir préparer le réseau en quelque sorte. C'est ce qu'on fait aussi au niveau que ce soit professionnel ou quoi que ce soit on prépare toujours un entretien par téléphone pour être sûr d'être sur la même longueur d'onde que la personne concernée et faire passer les bons messages qu'elle souhaite aussi faire entendre.

Anne-Zoé : Ma dernière question c'est : est-ce que vous donnez aux aidants un support écrit incluant les conseils, des informations, sur la séance et/ou sur l'utilisation d'une aide technique ?

Ergothérapeute : Oui si la personne le souhaite. On peut faire un récapitulatif et puis après il y a déjà des petits livrets explicatifs qui existent sur les dernières possibilités d'association. Moi je travaille pas mal avec les TIC donc les Technologies d'Information et de Communication iPod iPhone et compagnie et on a au sein de notre travail une association qui s'appelle l'école de la pomme, c'est Suisse, et puis du coup ils ont tous un site internet avec plein de trucs et astuces mais ils ont aussi une documentation de base, la prise en main de Siri, la prise en main les premiers gestes de Voice over et ça c'est des choses qu'on peuvent être remis à l'aidant justement de manière à appuyer ce qui a été fait et de faire des mails ou des documents récapitulatifs qui sont vraiment individualisés pour les aidant.

Anne-Zoé : Ok, pour qu'ils aient une trace écrite et qu'à la fin de la prise en soin s'ils avaient oublié quelque chose ils font une petite référence ?

Ergothérapeute : Ça peut être une trace écrite soit personnalisée, ça peut être des livrets déjà existants ça peut être des vidéos aussi ça nous arrive de faire des WhatsApp avec des vidéos de manipulation pour que ce soit plus parlant pour la personne et qu'elle puisse garder une aide-mémoire. On faisait beaucoup

de messages par dictaphone mais maintenant ça se fait quasiment plus merci WhatsApp mais voilà donc du coup c'est toujours une aide adaptée et personnalisée pour la personne et pour l'aidant.

Anne-Zoé : Ok d'accord, c'est bon j'ai fini mes petites questions. Merci beaucoup d'avoir pris le temps pour répondre à mes questions !

Ergothérapeute : Avec plaisir, si tu as d'autres questions n'hésite pas.

Anne-Zoé : C'est gentil merci !

Titre :

Mise en place des aides techniques : un accompagnement spécifique auprès des aidants des déficients visuels

Résumé

Mettre en place une aide technique dans le quotidien d'une personne déteint d'un long processus nécessitant une régularité et une motivation de la part du client. En effet, s'approprier et acquérir les compétences pour pouvoir l'utiliser demande un investissement de sa part. Dans la déficience visuelle, de nombreuses aides techniques existent pour favoriser l'autonomie et l'indépendance de cette population. Chaque aide technique à son niveau de complexité, la présence d'une tierce personne peut-être un soutien pour la personne accompagnée.

Cette étude porte sur l'inclusion active des aidants en séance d'ergothérapie lors de la mise en place des aides techniques des clients déficients visuels.

L'enquête de cette étude s'intéresse sur les différences existantes entre une séance avec et sans un aidant. Quatre entretiens semi-directifs avec des ergothérapeutes et huit réponses de questionnaire de la part d'aidants ayant suivi une même formation autour des aides techniques ont été réalisés.

Par les différents résultats obtenus, la formation autour des aides techniques a eu un impact sur l'accompagnement des aidants auprès des clients. Les accompagnements des aidants en ergothérapie permettent de favoriser l'indépendance du client, car il est une ressource dans la prise en soin du client. En analysant les différentes réponses, l'hypothèse est partiellement validée.

En conclusion, inclure les aidants permet de favoriser le niveau d'indépendance du client déficient visuel. Cependant ce n'est pas une généralité, car il existe des cas pratiques où l'aidant en étant trop investi peut induire une dépendance pour le client.

Mots clés : Aidant, Aide technique, Education, Ergothérapie, Déficient visuel

Title :

Implementation of technical aids: a specific support for caregivers of the visually impaired

Abstract:

The implementation of a technical aid in the daily life of a person is a long process requiring regularity and motivation on the part of the client. Indeed, to integrate and acquire the skills to be able to use it requires an investment on their part. In visual impairment, many technical aids exist to promote autonomy and independence for this population. Each technical aid has its own level of complexity, and the presence of a third party can be a support for the person accompanied.

This study focuses on the active inclusion of caregivers in occupational therapy sessions during the installation of technical aids for visually impaired clients.

The investigation for this study focuses on the differences between a session with and without a caregiver. Four semi-structured interviews with occupational therapists and eight questionnaire responses from caregivers who had undergone the same training on technical aids were conducted.

The different results obtained show that the training on technical aids had an impact on the accompaniment of the caregivers with the clients. The accompaniment of the caregivers in occupational therapy favours the independence of the client, because they are a resource in the care of the client. By analysing the different responses, the hypothesis is partially validated.

In conclusion, the inclusion of caregivers promotes the level of independence of the visually impaired client. However, this is not a generalization, because there are practical cases where the caregiver, by being too involved, can induce dependence for the client.

Key words: Caregiver, Technical assistance, Education, Occupational therapy, Visually impaired