



**Institut de Formation en
Ergothérapie de Nevers**



**Université de
Bourgogne**

DIPLÔME D'ÉTAT D'ERGOTHÉRAPEUTE

Arrêté du 5 juillet 2010 modifié

Session 1 – Promotion 2019-2022

ERGOTHÉRAPIE ET ACTIVITÉ SPORTIVE AUPRÈS D'ENFANTS DÉFICIENTS VISUELS.

**L'influence de l'activité sportive sur la qualité de vie
des enfants déficients visuels.**

Étudiant : BEAL Léa

Directeur de mémoire : COLINET Amandine

NOTE AUX LECTEURS

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Nevers sont des travaux réalisés au cours de l'année de formation, en partenariat avec l'Université de Bourgogne.

Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord de l'auteur, de l'Institut de Formation et de l'Université de Bourgogne.

REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes remerciements à ma directrice de mémoire, Amandine COLINET, pour sa disponibilité, sa bienveillance, son écoute et ses conseils durant cette année de réflexion et de recherche.

Je remercie ma co-directrice, Madame HUIBAN, pour ses relectures, ses explications et ses conseils.

Je tiens également à remercier tous les ergothérapeutes qui ont pris le temps de répondre à mes demandes et notamment les trois ergothérapeutes interrogés pour le temps qu'ils m'ont accordé et les réponses qu'ils ont apportées, contribuant à ce mémoire.

Je remercie Annaëlle BAUDET pour ses nombreux conseils, ses relectures et son soutien.

Mes remerciements à Assia IDÉ pour m'avoir donné la possibilité de réaliser ma première expérience professionnelle auprès de jeunes déficients visuels.

Enfin, merci à mes collègues de promotion, mon entourage et surtout mes parents pour leur soutien, leurs encouragements et leur présence durant cette troisième année d'ergothérapie.

Table des matières

Introduction.....	1
I. Cadre théorique.....	3
A. La déficience visuelle.....	3
1. L'œil et la vision.....	3
2. Définition de la déficience visuelle.....	5
3. La déficience visuelle chez l'enfant.....	6
4. La qualité de vie chez les enfants déficients visuels.....	8
B. L'ergothérapie.....	11
1. L'ergothérapie en pédiatrie.....	11
2. Des outils ergothérapeutiques.....	14
a) Les modèles conceptuels.....	14
b) Moyens d'intervention.....	16
3. La prise en soin ergothérapeutique des enfants déficients visuels.....	17
C. L'activité sportive.....	19
1. L'activité physique et sportive.....	19
a) Définition.....	19
b) Les bienfaits de l'activité physique et sportive.....	20
c) Les recommandations.....	21
2. L'enfant déficient visuel et les activités sportives.....	21
3. L'activité sportive en ergothérapie.....	22
II. Question de recherche et hypothèses.....	24
III. Méthodologie de recherche.....	24
A. Choix de la méthode.....	24
1. La méthode qualitative.....	24
2. L'outil de recueil de données.....	25
3. Le guide d'entretien.....	25
B. Sélection des informateurs.....	27
1. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	27
2. Recherche d'interlocuteurs.....	27
C. Techniques du recueil d'informations.....	28
1. Déroulement des entretiens.....	28
2. Les biais et les limites de la recherche.....	29
IV. Résultats.....	30
A. Présentation des personnes interrogées.....	30
B. Analyse.....	31
1. Question 2.....	31

2.	Question 3.....	33
3.	Question 4.....	36
4.	Question 5.....	37
5.	Question 6.....	38
6.	Question 7.....	39
V.	Discussion.....	40
A.	Discussion du contenu.....	41
1.	L'utilisation de l'activité sportive en ergothérapie.....	41
2.	L'activité sportive et le bien-être physique.....	42
3.	L'activité sportive et le bien-être social.....	43
4.	L'activité sportive et le bien-être psychique.....	44
5.	La qualité de vie et l'activité sportive.....	46
6.	Perspectives de recherche.....	46
a)	Qualité de vie et ergothérapie.....	46
b)	Parent et déficience visuelle.....	47
B.	Discussion de la méthode.....	48
	Conclusion.....	49
	Bibliographie.....	51

Liste des figures :

Figure 1 : Anatomie de l'œil.....	3
Figure 2 : De l'œil au système nerveux central.....	5
Figure 3 : Le modèle de l'Occupation Humaine (MOH)	15

Liste des sigles utilisés :

AESH : Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap

ALD : Affection de Longue Durée

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM-11 : Onzième Classification Internationale des Maladies

ERP : Etablissements Recevant du Public

FFH : Fédération Française Handisport

HAS : Haute Autorité de Santé

INJA : Institut National des Jeunes Aveugles

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

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

MPR : Médecine Physique et Réadaptation

NEM : Niveaux d'Evolution Motrice

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OT HOP : Outil Thérapeutique pour l'autodétermination d'Objectifs Pédiatriques en Ergothérapie

PP : Projet Personnalisé

SAAAS : Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à la Scolarisation

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

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

SARADV : Soins et Accompagnement en Rhône-Alpes pour la Déficience Visuelle

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

Introduction

La sédentarité est le quatrième facteur de risque de mortalité au niveau mondial, avec un impact majeur sur la santé. Dans son plan d'action mondial pour promouvoir l'activité physique 2018-2030 « des personnes plus actives pour un monde plus sain », l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) promeut l'activité physique et démontre qu'elle est bénéfique pour la santé et qu'elle contribue à la prévention de nombreuses maladies non transmissibles (1). De plus, des recommandations, rédigées par l'OMS depuis 2010, sur l'activité physique pour la santé ont été publiées. Ces recommandations indiquent la durée, l'intensité, la fréquence et le type d'activité physique à réaliser en fonction de l'âge et de ses capacités (Annexe I) (2).

Depuis toute petite, mes parents m'ont incité à participer à des activités physiques. Ils m'ont permis de découvrir différents sports comme la natation, l'escalade, les sports d'hiver, le handball, etc., et de les pratiquer à différents degrés : de la découverte à la compétition. Le sport a toujours été important dans ma famille et ils m'ont transmis cela. En arrivant à l'école d'ergothérapie, j'ai commencé à me questionner sur le lien entre ma future pratique professionnelle et mon attrait pour le sport.

Puis, durant ma formation d'ergothérapie, des temps de travaux dirigés et des ateliers sur le handicap visuel nous ont été proposés. J'ai participé à diverses mises en situation comme des déplacements en ville, l'essai de la canne blanche et la prise de repas avec un bandeau nous occultant la vue. Cette sensibilisation m'a touchée personnellement et m'a amenée à me questionner. En effet, la déficience visuelle engendre de nombreuses situations de handicap sur les activités de la vie quotidienne. Ainsi je me suis intéressée à cette pathologie, voulant en savoir plus sur sa prise en soin ergothérapique. J'ai donc cherché un stage dans ce domaine et l'ai réalisé dans un Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à la Scolarisation (SAAAS). Ceci m'a donné l'occasion de découvrir la pratique ergothérapique auprès d'enfants malvoyants et non-voyants en milieu scolaire mais aussi à leur domicile. J'ai également pu participer à une séance d'escalade avec quatre enfants (deux mal-voyants et deux non-voyants), une éducatrice de jeunes enfants et une psychomotricienne. Différents exercices étaient proposés et je devais accompagner les enfants afin qu'ils puissent

les réaliser. L'absence de l'ergothérapeute m'a alors questionné sur mon rôle à ce moment-là et sur ce que pourrait apporter notre profession dans cette activité sportive.

Aujourd'hui, le handicap visuel concerne un nombre de personnes conséquent. Selon l'OMS, 1,3 milliard de personnes présentent une forme de déficience visuelle dans le monde (3). En France, il y aurait 1,7 million de personnes qui seraient touchées par un trouble de la vision dont 207 000 aveugles et 932 000 malvoyantes (4). Les personnes déficientes visuelles sont particulièrement affectées par la sédentarité, environ un tiers d'entre-elles auraient un mode de vie sédentaire (5). Pourtant, les politiques publiques ont depuis longtemps encouragé la pratique sportive pour les personnes en situation de handicap. Ainsi, les activités physiques et sportives accessibles et adaptées à cette population sont devenues multiples (6)(7). Je me suis alors demandé si l'ergothérapeute ne pouvait pas les inclure dans sa prise en soin. Cependant, peu de littérature évoque le rôle de l'ergothérapeute dans le domaine du sport. C'est pourquoi, j'ai décidé d'évoquer cette thématique dans mon mémoire.

Mon intérêt pour la déficience visuelle et le sport ainsi que cette situation vécue en stage m'ont permis d'aboutir à une question de départ qui est la suivante : **L'ergothérapeute peut-il utiliser le sport dans sa prise en soin auprès d'enfants présentant une déficience visuelle ?**

Dans un premier temps, à partir des recherches réalisées, nous élaborerons un cadre théorique qui analysera les concepts suivants : la déficience visuelle chez les enfants, l'ergothérapie et le sport, tout en faisant le lien entre ces différentes notions. Puis, le cadre théorique nous permettra d'établir une question de recherche et d'émettre des hypothèses pour y répondre. Dans un second temps, nous présenterons la méthodologie de recherche choisie avec l'outil de recueil de données que nous avons utilisé : l'entretien semi-directif. Dans un troisième temps, nous analyserons les résultats obtenus selon une méthode d'analyse longitudinale puis transversale. Pour finir, les résultats seront interprétés afin d'aboutir à une discussion sur la recherche qui nous permettra de vérifier les hypothèses.

I. Cadre théorique

A. La déficience visuelle

1. L'œil et la vision

La majorité des informations (70% à 80%) nous parvenant au quotidien, dans notre environnement et pour la réalisation de nos occupations passent par le canal visuel (8). La vue est donc l'un des cinq sens le plus développé et il permet à l'Homme d'interagir avec son environnement dès le plus jeune âge (9).

Le système visuel est composé « d'un organe récepteur, l'œil, relié par le nerf optique à de nombreuses structures situées dans le cortex cérébral » (10). Ainsi, les yeux font partis des organes sensoriels qui, en captant les informations lumineuses pour les transmettre au cerveau, permettent à l'Homme d'agir (9). L'œil, appelé globe oculaire, est une sphère d'apparence blanche qui est composée de plusieurs éléments (Figure 1) (11).

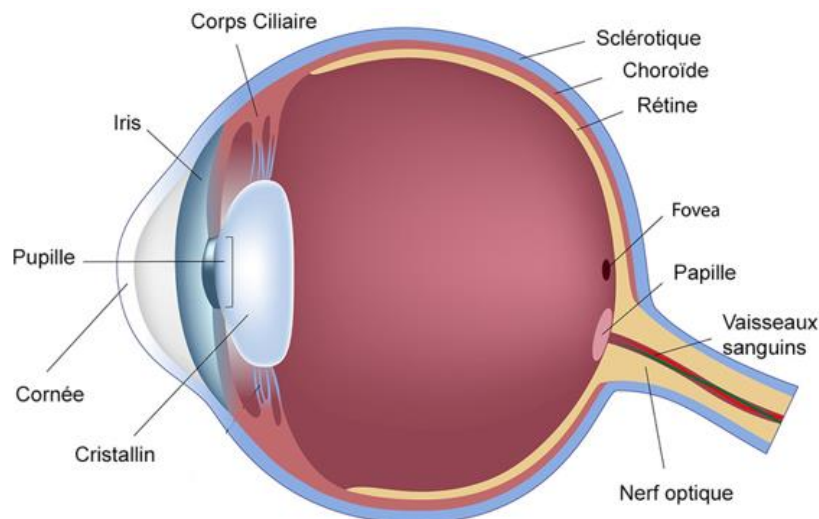


Figure 1 : Anatomie de l'œil

Tout d'abord, l'œil est constitué de trois couches : une enveloppe extérieure protectrice appelée sclère ou sclérotique, une enveloppe intermédiaire vasculaire nommée choroïde et la rétine, une enveloppe intérieure sensorielle (11). Puis, sur la partie antérieure de l'œil, se situe la cornée qui est « la porte d'entrée de la lumière ». Elle est transparente et résistante. Il y a également l'iris qui représente la partie colorée de l'œil avec, en son centre un orifice, la pupille. Elle permet de contrôler la quantité

de lumière entrant dans l'œil. A sa suite, se trouve le cristallin. C'est une lentille pouvant se déformer afin de permettre l'accommodation, c'est-à-dire la mise au point sur l'image d'un objet comme pour la rendre nette.

Concernant la partie postérieure de l'œil, l'intérieur est tapissé de la rétine qui contient à sa surface des cellules nerveuses : des cônes situés sur la partie centrale et, notamment en périphérie, des bâtonnets. Les cônes sont des cellules photoréceptrices sensibles à la couleur et ont une grande capacité de discrimination des couleurs et des détails. Les bâtonnets sont des cellules photoréceptrices sensibles à la luminance, notamment en faible luminosité et ont de faibles capacités de discrimination. Aussi, la rétine comporte deux zones particulières : la macula et la papille. La macula est une dépression dans la surface de la rétine dont son centre est appelé la fovéa. Cette dernière est la zone qui contient le plus de cônes et qui permet une vision des détails optimale (acuité visuelle maximale). La papille, appelée aussi tâche aveugle car elle ne contient pas de photorécepteur, est la zone de convergence des fibres optiques venant de la rétine et le point de départ du nerf optique.

Enfin, l'œil contient des milieux transparents. L'espace compris entre la cornée et le cristallin est rempli d'un liquide transparent, l'humeur aqueuse, qui joue un rôle nourricier et indispensable dans la régulation de la pression intraoculaire. Le corps vitré, qui est un gel aqueux transparent, remplit la cavité comprise entre le cristallin et la rétine, assurant la rigidité du globe oculaire ainsi que le maintien de la rétine contre sa paroi.

Les informations perçues ne sont pas transmises au cerveau directement par les photorécepteurs. Les signaux visuels subissent un premier traitement au niveau de la rétine via ses trois couches de cellules nerveuses (les cellules photoréceptrices, bipolaires et ganglionnaires). Puis, les informations vont être transmises par les axones de ces cellules qui se rassembleront pour former le nerf optique. Le nerf optique de chaque œil se divise en deux branches, formant deux hémichamps (gauche et droit), et se rassemblant par le chiasma optique. Enfin, les fibres nerveuses se disperseront pour transmettre l'information aux différentes zones du système nerveux central (Figure 2) (10)(11).

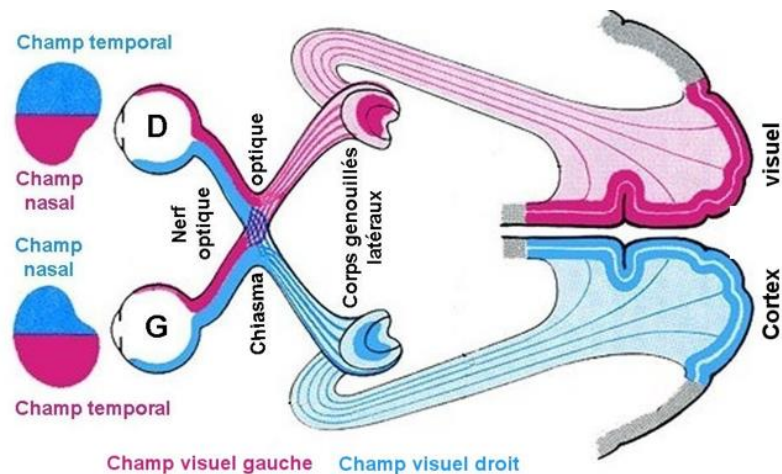


Figure 2 : De l'œil au système nerveux central

Lors du développement des différents composants de l'œil et de son circuit, des altérations peuvent survenir et limiter les capacités visuelles jusqu'à provoquer une déficience visuelle.

2. Définition de la déficience visuelle

La Onzième Classification Internationale des Maladies (CIM-11) décrit la déficience visuelle comme une maladie du système visuel se produisant « lorsqu'une affection oculaire affecte le système visuel et une ou plusieurs de ses fonctions visuelles ». Elle est définie par la mesure de l'acuité visuelle corrigée (aptitude que possède un œil pour apprécier les détails) et souvent par l'évaluation de l'état du champ visuel (espace qu'un œil immobile peut saisir), la sensibilité au contraste et la vision des couleurs. On distingue deux types de déficience visuelle : la déficience visuelle affectant la vision de loin, qui est classée selon la gravité en quatre stades (légère, modérée, sévère et cécité), et la déficience visuelle affectant la vision de près (Annexe II) (12).

Ainsi, en France, les personnes dont l'acuité visuelle, du meilleur œil après correction, est égale ou inférieure à 1/20 sont désignées comme aveugles ou ayant une cécité. La cécité est définie elle-même en deux catégories : la cécité partielle avec une perception de la lumière et la cécité totale sans aucune perception lumineuse. Les personnes dites malvoyantes ont une acuité visuelle corrigée évaluée entre 3/10 et 1/20. Elles vont être catégorisées en déficience visuelle légère, modérée ou grave (13).

Une déficience visuelle peut-être acquise, c'est-à-dire qu'elle apparaît au cours de la vie de l'individu (14) due, par exemple, à une tumeur intracrânienne, un traumatisme oculaire ou encore la cataracte et la dégénérescence maculaire liée à l'âge (15)(3). Elle peut également être innée, puisqu'elle peut apparaître dès la naissance (16). Chez un enfant, environ 80% des causes de malvoyance ont une origine génétique comme l'amaurose de Leber, le syndrome de Bardet-Biedl, etc., ou encore l'albinisme (15). Les conséquences visuelles sont propres à chaque pathologie et chaque personne (Annexe III).

Dans ce mémoire d'initiation à la recherche, nous nous intéresserons aux enfants ayant une forme de cécité ou de malvoyance innée, quel que soit leur pathologie et sans trouble associé.

3. La déficience visuelle chez l'enfant

Dans le monde, il est estimé qu'environ 19 millions d'enfants seraient malvoyants, tandis que 1,4 million seraient aveugles, selon les critères de l'OMS (17). L'apparition d'une déficience visuelle dès l'enfance va avoir des répercussions tout au long de la vie, aussi bien pour l'enfant que pour la famille et pour le futur adulte qu'il deviendra (18). En effet, les enfants présentant un trouble de la vision peuvent avoir un développement harmonieux, mais cela n'est pas toujours le cas (19).

Des perturbations du développement peuvent survenir dès la petite-enfance, au niveau psychique et relationnel. En effet, rapidement des troubles des échanges visuels entre les parents et leur bébé sont ressentis, pouvant modifier les interactions parents-enfant. Les premiers échanges vont alors se faire par le toucher puis par la parole (20). L'acquisition du langage oral est généralement sans retard, voir même rapide sur le plan de la structuration des phrases et de la prononciation. Les enfants ayant un trouble de la vision ont souvent tendance à avoir un important vocabulaire mais, sont sujet au verbalisme¹ (21). Lorsque l'enfant a atteint un niveau de développement du langage satisfaisant, il est utilisé comme « un outil extrêmement important pour recueillir de l'information sur le monde extérieur » (22). Le langage non verbal va aussi être impacté puisque l'enfant ne percevra pas les gestes et les

¹ L'enfant va répéter les mots qu'il entend sans l'associer à l'objet, la situation, etc., adéquat ; sans que cela lui fasse sens ; ou sans comprendre totalement le sens du mot, faussant sa représentation mentale qu'il avait de cette notion (20).

expressions faciales des personnes, appauvrissant sa communication non verbale (20). Ainsi, il peut exister une absence de gestes typiques de communication comme pointer du doigt ou faire « coucou ». L'enfant peut avoir des difficultés à faire des jeux sociaux et du lien avec les autres, à établir des cycles d'interaction et des routines, engendrant une basse réactivité sociale et de la distance avec ses pairs (22). Le manque d'échange par le regard, dû à la déficience visuelle, peut limiter ses interactions sociales (20).

Le développement moteur « dépend en partie de la curiosité de l'enfant à atteindre les objets ou les personnes qu'il voit. L'enfant ayant une déficience visuelle a donc souvent une motivation moindre à se déplacer pour explorer son environnement » (21) car les informations auditives ne sont pas aussi stimulantes que les informations visuelles. Ce manque de motivation vient également du fait que les sons sont associés à un objet plus tardivement dans le développement d'un enfant (22). Ainsi, chez le tout petit déficient visuel, il peut survenir un retard de la tenue de la tête ce qui va engendrer un ralentissement du développement psychomoteur : l'acquisition de la station assise puis debout et les niveaux d'évolution motrice² (NEM) seront plus tardifs. L'enfant présentera alors des difficultés à tenir assis, à contrôler sa posture, à passer d'une posture à une autre, à marcher puis à se déplacer de façon autonome (20). La vision est également importante dans la coordination des mouvements et de leurs ajustements à l'environnement. L'enfant, aura donc plus de difficultés à attraper des objets car la coordination oculo-manuelle sera plus compliquée à mettre en place, moins efficace voire impossible (21). De plus, l'acquisition de la coordination oreille-main comme compensation, est plus tardive (22). Cela va affecter le travail d'exploration, de préhension et de manipulation, soit la motricité fine, et compliquera les futures activités de vie quotidienne que l'enfant voudra réaliser. Il va devoir apprendre à utiliser ses autres sens (20).

Au niveau du développement cognitif, l'enfant déficient visuel a les mêmes possibilités que n'importe quel autre enfant, même s'il peut y avoir des particularités. Tout d'abord, l'acquisition de la permanence de l'objet, « c'est-à-dire la compréhension qu'un objet continu d'exister même s'il n'est pas immédiatement perçu », est plus lente

² « Correspond aux enchaînements moteurs que suit l'enfant dans son évolution motrice : succession de redressements, de maintiens, d'enchaînements et de déplacements depuis la position allongée sur le dos jusqu'à la position érigée et la marche » (20).

(22). Puis, le plus souvent, des difficultés dans la formation des représentations mentales d'objets, de relation entre objets (dedans, sur, dessous, à côté, etc.), de concept, d'une situation, etc., et de leur mémorisation sont retrouvées (21). De plus, la connaissance et l'utilisation des objets qui composent notre quotidien ainsi que la notion de substance, de poids et de volume peuvent être plus compliquées à acquérir (22). L'orientation et la représentation dans l'espace ainsi que l'exploration de l'environnement sont également impactées car les troubles visuels vont empêcher l'enfant de prendre des repères facilement (18)(22)(13).

Quel que soit le domaine de développement, il existe des différences individuelles, dépendant de chaque enfant, de l'environnement dans lequel il évolue et du degré de sa déficience visuelle. En effet, l'existence d'une vision résiduelle pourrait favoriser un développement plus harmonieux (22). Cependant, outre les perturbations du développement dans le domaine sociale, affectif, moteur et cognitif que peut engendrer une déficience visuelle, cette dernière aura également des retentissements dans les occupations et la qualité de vie de l'enfant.

Dans cette recherche nous nous intéresserons aux enfants de 5/6 ans jusqu'à 10/11 ans, car c'est le moment où ils consolident leurs apprentissages antérieurs et sont dans le développement de leur indépendance³ et de leur autonomie⁴ (24).

4. La qualité de vie chez les enfants déficients visuels

L'OMS définit la qualité de vie comme étant « la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est donc un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement » (25). C'est une notion complexe, multidimensionnelle, à la fois subjective et objective (26), qui provient de l'interaction entre la personne et son environnement (27). La qualité de

³ « Le fait d'être capable de réaliser des activités de la vie de tous les jours de manière satisfaisante » (23).

⁴ « La liberté de faire des choix en considérant des éléments internes et externes, et d'agir en fonction de ceux-ci » (23).

vie a un caractère holistique (26) puisqu'elle inclut la représentation de quatre principales dimensions relatives au bien-être de la personne :

- Le bien-être somatique, représenté par la santé physique (symptômes, douleurs) de celle-ci.
- Le bien-être psychique, correspond à son état psychologique (émotionnel, cognitif).
- Le bien-être physique, déterminé par son niveau d'indépendance, son degré d'autonomie et ses capacités physiques.
- Le bien-être social, défini par le rapport entre la personne et les facteurs importants de son environnement, par exemple, familial, amical ou professionnel ainsi que ses relations avec autrui (25).

La qualité de vie est donc liée au concept de bien-être, qui est un « sentiment général d'agrément, d'épanouissement que procure la pleine satisfaction des besoins du corps et/ou de l'esprit » (28). Elle est aussi en lien avec la notion de participation, correspondant à « l'implication d'une personne dans ses situations de la vie » (29), car une restriction de participation de l'enfant dans ses occupations peut avoir des conséquences sur son bien-être (physique et/ou psychologique et/ou social) et par conséquent sur sa qualité de vie.

Toute pathologie aura une incidence sur la qualité de vie, comme la déficience visuelle qui impacte le fonctionnement et la participation des enfants qui en sont atteints (29). En effet, « nous dépendons de la vue pour fonctionner dans la vie quotidienne ; pour beaucoup, c'est peut-être le sens le plus important de tous » (18). L'ensemble des conséquences de la déficience visuelle sur la vie quotidienne est appelé handicap visuel (30).

Tout d'abord, il est avéré que les enfants présentant une déficience visuelle auraient un mode de vie généralement plus sédentaire, affaiblissant leur condition physique (29) ainsi qu'une participation à des activités de loisirs, comme les activités sportives, souvent restreinte (31). De plus, la mobilité et les déplacements, dépendant du système visuel, pourront être plus compliqués à réaliser. En effet, les enfants déficients visuels évoquent souvent le fait d'être dépendants de leur entourage lors des déplacements mais aussi des transports en commun, qu'ils devront apprendre à utiliser pour l'accomplissement de trajets par exemple, car la conduite ne sera pas

possible. Aussi, les activités de vie quotidienne et scolaires comme manger seul, s'habiller, choisir ses vêtements, lire, etc. ou encore écrire peuvent être plus difficiles à effectuer, voire impossible, limitant leur indépendance et leur autonomie (10)(32). Cela peut créer un sentiment de dépendance envers les membres de leur famille et de toutes les autres personnes l'entourant comme l'enseignant ou son Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap (AESH). De plus, la participation pourra être restreinte notamment dans le domaine des interactions sociales⁵ (31) du fait que la déficience visuelle limite la communication comme évoqué précédemment et perturbe la reconnaissance des personnes. En effet, le regard a une grande importance dans les échanges face à autrui. Il permet de transmettre nos émotions, d'adapter notre comportement en fonction de l'échange avec l'interlocuteur et d'établir le contact afin de débiter ou de mettre un terme à l'échange (34). Ainsi, les enfants déficients visuels perçoivent la qualité de leur amitié comme étant plus faible, ont des réseaux sociaux plus petits ou limités au cercle familial et rapportent fréquemment des sentiments de solitude. De plus, « outre les nombreuses limitations fonctionnelles, les restrictions et le manque d'indépendance que peuvent connaître les enfants ayant un trouble de la vision, leur handicap visuel contribue à l'exclusion sociale, à la stigmatisation⁶ et à l'isolement, ce qui entraînent parfois des sentiments de frustration et de vulnérabilité en termes de vie privée et d'estime de soi » (32). Ainsi, les enfants déficients visuels auraient une qualité de vie affectée en ce qui concerne le bien-être physique, le bien-être psychologique, l'autonomie et la relation parentale, le soutien social et les pairs, l'environnement scolaire, et éprouveraient une restriction de leur participation occupationnelle (29).

« Tous les enfants atteints d'une déficience visuelle établie ont besoin d'une formation et d'un soutien spécialisés en matière de développement, d'éducation et de mobilité indépendante afin de minimiser l'impact du handicap visuel » (17). C'est pourquoi, un accompagnement thérapeutique est nécessaire pour chaque enfant afin de favoriser au mieux leur développement, leur autonomie et leur indépendance.

⁵ Relation entre au moins deux individus, qui entraîne une modification du comportement par les réactions de l'autre, exercée par le contact social et la communication (33).

⁶ Fait de stigmatiser : « blâmer, critiquer, ridiculiser quelqu'un avec dureté et publiquement » (35).

La prise en soin doit être la plus précoce possible et s'effectue le plus souvent sur le long terme. L'accompagnement peut se réaliser dans des structures, de type Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD), mais également dans des établissements spécialisés dans la déficience visuelle : les Services d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce (SAFEP) pour les enfants de 0 à 3 ans ou les Services d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire (SAAAIS) pour les enfants de 0 à 20 ans. Il existe également un service spécifique à l'Institut National des Jeunes Aveugles (INJA).

L'accompagnement se fait toujours avec un lien étroit à l'égard des parents qui participeront à l'élaboration et la mise en place, avec l'enfant, du projet de soin de celui-ci. La prise en soin est globale, répondant à différents aspects (médical, rééducatif et pédagogique) qui sont menés par une équipe pluridisciplinaire composée le plus souvent d'un ophtalmologiste, d'un orthoptiste, d'un psychomotricien, d'un ergothérapeute, d'un instructeur en locomotion, d'un assistant social, d'un psychologue, d'un orthophoniste, d'un éducateur spécialisé, etc. L'accompagnement de l'enfant est personnalisé et établi selon les besoins de celui-ci et de son évolution. Les objectifs généraux vont être la stimulation de la vision fonctionnelle, le développement des moyens psychomoteurs et sensoriels, la mise en place d'aides techniques et/ou optiques et l'enseignement de technique de compensation comme l'apprentissage du braille (36).

« L'ergothérapie est une profession de santé qui porte un intérêt essentiel à la réalisation autonome et satisfaisante des activités de vie quotidienne de toute personne en situation de handicap » (37). Son objectif est de développer et d'augmenter le potentiel d'indépendance et d'autonomie personnelle, sociale et scolaire de l'enfant dans le but d'améliorer son bien-être et sa qualité de vie (38). Ainsi, il est un acteur concerné par la prise en soin des enfants présentant une déficience visuelle (37).

B. L'ergothérapie

1. L'ergothérapie en pédiatrie

L'ergothérapeute est un professionnel de santé, exerçant sur prescription médicale, réglementé par le Code de la Santé Publique (39). Le champ d'intervention

de l'ergothérapeute est vaste. Il peut exercer dans le secteur sanitaire, social ou médico-social et intervenir auprès de personne de tout âge. Il intervient également dans « les milieux de vie des personnes, dans le cadre d'associations, de services de maintien à domicile, de réseaux, de maisons départementales des personnes handicapées, de prestations libres et prescrites » (38).

Selon son référentiel d'activités, « l'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et, ainsi, de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société » (38). Pour cela, l'ergothérapeute va évaluer les capacités (motrices, sensorielles, cognitives et psychiques) de l'enfant et leurs influences sur son autonomie et son indépendance ainsi que sur la réalisation de ses occupations. La notion d'occupation peut être définie comme « l'ensemble des activités et des tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification ». Ainsi, les occupations correspondent à tout ce que fait l'enfant, c'est-à-dire prendre soin de lui-même (vie quotidienne), s'épanouir socialement et scolairement (productivité) et se divertir (loisir) (40). Cependant, l'enfance est une période d'évolution où les occupations vont changer au fur et à mesure du développement physique et mental de l'enfant. En effet, son répertoire occupationnel⁷ est influencé par son identité, ses compétences et le contexte environnemental dont la culture familiale puisque l'enfant est amené à développer ses occupations avec son entourage, notamment ses parents. Ainsi, un déséquilibre entre ses composantes peut entraîner des modifications et des particularités aux niveaux du répertoire occupationnel. En effet, les « enfants en situation de handicap passent plus de temps à réaliser des activités de soins personnels et des activités passives à la maison qu'à pratiquer des activités dans la communauté. Le développement de l'autonomie peut alors être plus tardif et moins progressif, en raison de l'accent porté sur les besoins fondamentaux ou d'un manque d'opportunités de relations aux pairs et d'expériences sensori-motrices ». Les activités de vie quotidienne et de productivité, notamment les soins personnels et la scolarité, sont souvent favorisées par rapport aux activités de loisirs. En effet, nous avons pu

⁷ Ensemble des occupations dans lesquelles l'enfant s'engage pendant une période de sa vie (41).

voir que les enfants déficients visuels participent à peu d'activité de loisir. Ce déséquilibre occupationnel peut limiter l'atteinte d'un développement satisfaisant pour l'enfant et impacter sa qualité de vie. En effet, il est nécessaire que l'enfant réalise des activités variées, en quantité et répartition temporelle satisfaisante (42). La réalisation d'activités intellectuelles, physiques, sociales, de jeu, etc., est essentielle pour son bien-être et sa croissance ainsi que le développement aussi bien de son corps que de son esprit (43). L'ergothérapeute va alors avoir pour objectif d'aider l'enfant à construire et diversifier son répertoire occupationnel dans tous les domaines d'activité tels que la vie quotidienne, les jeux, la scolarité, les relations sociales et les loisirs. L'ergothérapeute, cherchera à réduire les situations de handicap que peut rencontrer l'enfant lorsqu'il réalise ses occupations (habillage, repas, écriture, etc.) pour lui permettre de participer pleinement dans la vie en société (école, jeux, relation sociale, etc.). Il aidera également l'enfant à développer ses habiletés motrices, sensorielles, perceptuelles, cognitives et affectives ou à mettre en place des moyens et stratégies de compensation (41).

De plus, l'ergothérapeute observe l'environnement (physique et social) afin de déterminer l'impact de celui-ci dans le quotidien de l'enfant. « En pédiatrie, l'accompagnement en ergothérapie contribue à développer le pouvoir d'agir de l'enfant et de son entourage afin qu'ils s'engagent dans les occupations qui ont du sens pour eux et afin de favoriser leur épanouissement ainsi que leur bien-être ». Cet accompagnement se fait donc en collaboration avec toutes les personnes qui gravitent autour de l'enfant : cela inclut ses parents, ses frères et sœurs, mais aussi ses amis, les élèves de sa classe, ses enseignants, les autres professionnels, etc. Effectivement, l'environnement social influant et étant lié aux occupations de l'enfant, l'ergothérapeute va s'appuyer sur la participation de l'entourage, notamment celle des parents, afin de proposer une prise en soin qui réponde totalement aux besoins (41).

L'analyse de l'interaction entre ces trois éléments : personne-occupation-environnement, permettra à l'ergothérapeute, par sa vision holistique, de proposer une prise en soin adaptée et personnalisée (44), toujours dans le but de favoriser l'autonomie et l'indépendance ainsi que d'assurer une qualité de vie satisfaisante pour l'enfant. La pratique ergothérapique est donc fondée sur la relation étroite entre l'occupation humaine et la santé afin de permettre l'accomplissement des occupations (de vie quotidienne, de productivité et de loisirs) considérées comme importantes par

l'enfant. Il est un intervenant incontournable dans le processus de rééducation, de réadaptation et d'insertion sociale (38). Pour cela, l'ergothérapeute proposera un plan d'intervention avec des objectifs et divers outils et moyens thérapeutiques répondant aux besoins et attentes de l'enfant.

2. Des outils ergothérapeutiques

a) Les modèles conceptuels

Les ergothérapeutes peuvent utiliser des outils appelés modèles conceptuels qui apportent une description des interactions entre les individus, les occupations et l'environnement. 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 », c'est-à-dire, qu'il rassemble les connaissances théoriques, scientifiques et pratiques qu'ont les professionnels de santé. Il va permettre d'organiser le raisonnement et la réflexion de l'ergothérapeute en procurant « 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 ». Ainsi, il permet de guider la prise en soin ergothérapeutique en mettant en avant certains éléments lors de son analyse (recueil de données et diagnostic), en donnant des outils d'évaluation qui leur sont associés et en orientant la rédaction du projet d'intervention (objectifs et moyens d'intervention). D'autre part, les modèles conceptuels peuvent être interprofessionnels ou dédiés à l'ergothérapie. Le vocabulaire de certains d'entre eux va faire échos aux notions abordées dans cette recherche, notamment celui du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) (45).

Le MOH permet d'avoir une vision centrée sur la personne ainsi que son rapport à l'occupation et à l'environnement. Ce modèle met en relation trois éléments : l'Être, l'Agir et le Devenir qui sont en interaction constante avec l'environnement (Figure 3) (45).

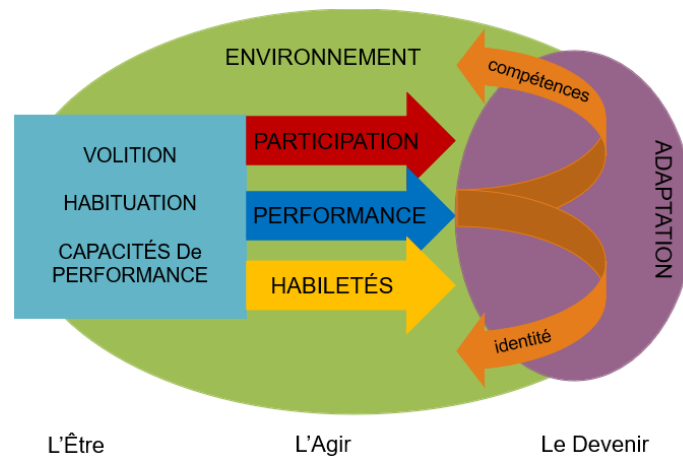


Figure 3 : Le modèle de l'Occupation Humaine (MOH)

L'occupation d'une personne se déroule toujours dans un contexte environnemental (physique et social) précis. Elle sollicite chez l'individu sa volition⁸ à agir (valeurs, centres d'intérêts et causalité personnelle), son habitude (rôles et habitudes de vie) et sa capacité de performance (aptitude d'une personne à atteindre ses buts en fonction de ses composantes objectives et de l'expérience subjective). Les composantes de la personne (l'Être) exercent alors une influence sur la réalisation de ses occupations (l'Agir). Lorsqu'une personne agit, cela implique son engagement réel au niveau de ses activités productives, de loisirs et de vie quotidienne (participation occupationnelle) ainsi que la réalisation de tâches (performance occupationnelle) et d'actions (habiletés) qui composent l'activité. Ainsi, l'ensemble des expériences occupationnelles vécues par la personne va lui permettre de se définir (identité occupationnelle) et d'instaurer une routine d'occupations signifiantes, répondant aux rôles et responsabilités personnels, en accord avec ses valeurs (compétence occupationnelle). La construction d'une identité occupationnelle positive et la réalisation d'une compétence occupationnelle (le Devenir) en fonction de l'environnement de la personne permettra l'adaptation de celle-ci à de nouvelles occupations (45)(46). Ainsi, tous ces éléments sont en étroite relation et permettent l'équilibre occupationnelle de la personne.

« L'objectif du modèle est d'expliquer les relations complexes et dynamiques de l'engagement humain dans l'occupation » (45). Le MOH permet donc, par son regard holistique, de comprendre le fonctionnement occupationnel d'un individu par l'analyse

⁸ « Correspond à la motivation d'une personne à agir sur l'environnement » (45).

de ses interactions entre lui, ses occupations et son environnement. L'occupation est alors vue comme essentielle dans la vie de la personne (47) : « l'être humain et un être occupationnel » (45). Ainsi, nous pouvons faire le lien entre le MOH et la qualité de vie, puisque celle-ci serait satisfaisante pour une personne que lorsqu'elle arriverait à réaliser de façon autonome et indépendante ses occupations. « Dans ce contexte, la finalité des interventions en ergothérapie cible l'adaptation et la participation occupationnelle de la personne ». Ainsi, lors de l'apparition d'une situation de handicap, l'ergothérapeute, par le MOH, cherchera à définir le profil occupationnel de l'enfant déficient visuel et à rétablir l'équilibre occupationnel bousculé en accompagnant celui-ci vers un ou des changements occupationnels. Pour tendre à cela, l'ergothérapeute dispose de divers moyens d'intervention.

b) Moyens d'intervention

L'ergothérapeute favorise l'engagement de la personne dans ses occupations en mettant en place des soins et des interventions répondant à ses objectifs et ses besoins. Il peut proposer des actions de prévention et de sensibilisation ainsi que des programmes d'éducation thérapeutique pour éviter ou réduire les situations de handicap et optimiser la participation active de la personne dans sa prise en soin. L'ergothérapeute utilise également des exercices, des jeux et des activités⁹ comme moyen thérapeutique (38).

L'activité et l'occupation en ergothérapie peuvent être un but mais aussi un moyen d'intervention. L'histoire du soin par les activités est reconnue depuis l'Antiquité et utilisée avant même que l'ergothérapie apparaisse. C'est dans les années 1900 que les bienfaits thérapeutiques de l'activité sont observés sur des patients et c'est à cette même période que la notion d'ergothérapie apparaît (48). L'activité devient alors l'outil privilégié de cette profession, officiellement défini dans le Code de la Santé Publique (49). L'ergothérapeute peut choisir une ou des activité(s) dans le but de répondre aux objectifs du plan d'intervention. « Ces activités, qu'elles soient à visée de soins personnels, de productivité ou de loisirs, favorisent l'entretien et l'amélioration des fonctions, et réduisent les limitations fonctionnelles. Elles développent les capacités résiduelles, sollicitent les ressources d'adaptation et d'évolution et ainsi permettent aux personnes de conserver ou développer leur potentiel physique, cognitif, sensoriel,

⁹ L'activité est « une suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations » (40).

psychique et relationnel, d'indépendance et d'autonomie » (38). Le choix de l'activité s'effectue par la réalisation d'une analyse d'activité qui permettra de « mettre en évidence les interactions entre la personne, l'activité et l'environnement, les relations entre l'activité et la santé ainsi que le potentiel thérapeutique de l'activité ». Cela permet, par exemple, d'établir quelles activités sportives peuvent répondre au mieux aux objectifs thérapeutiques. C'est aussi une approche permettant de définir si l'activité a du sens ou non pour la personne (50). En effet, « le moyen privilégié pour accompagner une personne et lui permettre de retrouver un équilibre dans les sphères de sa vie quotidienne consiste à ramener sa participation dans des occupations qui ont du sens (sens social et personnel) » (45). Ainsi, l'ergothérapeute travaille autour de, avec et pour permettre l'occupation. Il visera toujours à proposer une activité qui sera signifiante pour la personne, en adéquation avec ses valeurs et ses intérêts, afin de permettre une prise en soin efficace et de favoriser sa participation et son engagement.

L'ergothérapeute peut également recourir à des mises en situation en lien avec les occupations de l'individu (activités quotidiennes, sociales, sportives, etc.) afin d'apporter des conseils et des propositions d'adaptation concernant la personne, l'occupation ou l'environnement. Il peut s'agir d'aménagement des différents milieux de vie (domicile, lieux de travail, école, etc.) de la personne afin d'en faciliter l'accès, de le rendre favorable et sécuritaire. Cela peut aussi concerner la préconisation, la mise en place et l'apprentissage de l'utilisation de moyens de compensation (aide technique, animalière, humaine ou technologique) et la réalisation d'orthèses à visée fonctionnelle ou de positionnement (38).

3. La prise en soin ergothérapeutique des enfants déficients visuels

L'ergothérapeute intervient dans l'accompagnement d'enfants ayant une déficience visuelle souvent à partir de l'âge préscolaire (37). Il va commencer par recueillir les informations dont il a besoin afin d'établir le projet de soin de l'enfant. Cela va passer par des évaluations, analytiques ou écologiques, de l'enfant et de ses différents milieux de vie pour définir ses capacités et incapacités ainsi que les répercussions sur ses occupations. Il va également travailler en collaboration avec les autres professionnels accompagnant l'enfant ainsi qu'avec

l'établissement scolaire et les parents. La collaboration avec l'enseignant et l'AESH est très importante afin de soutenir au mieux l'inclusion scolaire. En effet, il est nécessaire d'expliquer la pathologie de l'enfant ainsi que les adaptations dont il a besoin pour que l'équipe pédagogique puisse les utiliser et favoriser l'apprentissage scolaire. Le lien étroit avec les parents est indispensable car il permet une prise en soin optimale (36)(37).

L'ergothérapeute va ainsi mettre en place une prise en soin personnalisée et adaptée, faisant appel à deux principaux aspects qui se complètent : la rééducation et la réadaptation. La rééducation, va avoir comme objectif de développer les capacités de performance de l'enfant. L'ergothérapeute va notamment favoriser le développement des habiletés gestuelles et l'utilisation des sens compensatoires : améliorer la motricité fine avec la coordination oculo-manuelle (si l'enfant possède une vision résiduelle), la coordination bimanuelle, le développement des autres sens ainsi que la reconnaissance et l'analyse tactile. Il va aussi développer les capacités cognitives telles que la représentation mentale, les capacités mnésiques, l'organisation, l'attention et la concentration. Cela permettra l'acquisition de stratégies favorisant la réalisation des occupations par l'enfant. Il pourra proposer des exercices de manipulation et des activités telles que, par exemple, des activités papier-crayon, de construction ou encore sportives. La réadaptation, elle, repose sur la réduction des obstacles en modifiant, conseillant et adaptant l'environnement à l'enfant. Cela concerne aussi bien l'environnement physique comme l'aménagement de l'habitation et la mise en place de repères visuels et/ou tactiles, que l'environnement social en apportant des conseils et des informations concernant la pathologie ou les compensations aux personnes gravitant autour de l'enfant. De plus, quel que soit l'âge et la pathologie, l'ergothérapeute pourra proposer des dispositifs compensatoires tels que des aides-techniques et informatiques, des supports pédagogiques adaptés, une installation particulière de la table et de la chaise en classe, des modifications de l'environnement ou l'aménagement de l'habitation pour pallier les difficultés rencontrées. Il aura également pour rôle de conseiller et de sensibiliser l'entourage et les enseignants (37) et de former l'enfant et les personnes qui l'entourent sur l'utilisation des différents moyens de compensation mis en place (18). Cette prise en soin sera évolutive et différente en fonction de l'âge et du degré de la déficience visuelle. De plus, si l'ergothérapeute possède la formation d'instructeur en locomotion,

il peut également permettre à l'enfant d'acquérir ou de maintenir une autonomie et/ou une indépendance dans ses déplacements grâce à des techniques spécifiques : technique de guide, technique de la canne blanche, représentation mentale de parcours, etc. (36).

C. L'activité sportive

1. L'activité physique et sportive

a) Définition

« L'activité physique, composante incontournable de notre vie quotidienne, est depuis longtemps identifiée comme un facteur important de maintien, d'amélioration et même de recouvrement de la santé » (51). L'OMS la définit comme : « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie. L'activité physique désigne tous les mouvements que l'on effectue notamment dans le cadre des loisirs, sur le lieu de travail ou pour se déplacer d'un endroit à l'autre » (52). Elle ne se résume donc pas qu'à la pratique d'une activité sportive et inclut tous les mouvements effectués dans notre vie quotidienne, quel qu'en soit le lieu de réalisation, impliquant une dépense énergétique plus élevée que celle de repos (53). Par exemple, les tâches ménagères, les sports de loisir, le jardinage, etc., sont considérés comme des activités physiques. Ces dernières sont généralement classées en quatre catégories : l'activité physique domestique, l'activité physique de travail, l'activité physique de transport et l'activité physique de loisir (51).

L'activité sportive est un sous-ensemble de l'activité physique. Dr Patrick Bacquaert et Dr Frédéric Maton la définissent comme étant « l'application, l'exécution et la mise en action des règles du sport. Elle s'associe, à la notion de plaisir et de passion, à la recherche du bien-être ou, au contraire, au besoin d'exercice ». Le sport est l'un des éléments de la santé. Il fait appel au développement de qualités physiques, à la motivation et au dépassement de soi pour réaliser une performance et/ou obtenir une victoire. Il regroupe des exercices physiques, de loisir ou de compétition, apparaissant sous forme de jeu d'équipe ou individuel en appliquant des règles (53). Le sport de compétition est lié aux notions d'entraînement, d'adhésion à un club, d'une licence délivrée par une fédération et d'atteinte d'un niveau de performance comme cela peut se refléter pour les sportifs de haut niveau. Le sport de loisir rassemble les

exercices physiques dont l'objectif principal est hygiénique, c'est-à-dire bon pour la santé, ou ludique (54).

Entre ces deux modes de pratique, nous nous intéresserons uniquement au sport de loisir, dû au caractère non obligatoire de l'adhésion à un club et de la participation à des compétitions. De ce fait, lorsque le terme « activité sportive » sera utilisé, il fera référence à la pratique de sport de loisir.

b) Les bienfaits de l'activité physique et sportive

De manière générale, « l'activité physique est très bénéfique pour la santé du cœur, du corps et de l'esprit » puisqu'elle participe à la prévention et la prise en soin de certaines maladies ; augmente la condition physique, les capacités fonctionnelles et cardiorespiratoires ; réduit les symptômes de dépression et d'anxiété (52). La Haute Autorité de Santé (HAS), à travers son guide : « Prescrire l'activité physique » affirme que l'activité physique est une « thérapeutique à part entière seule ou en association avec un traitement médicamenteux » (55). La promotion de la santé par l'activité physique et sportive semble donc être un élément à intégrer dans l'accompagnement des patients.

Nous pouvons remarquer que l'activité physique et sportive a des effets bénéfiques particuliers chez les enfants et adolescents. En effet, elle assurerait une croissance et un développement sain chez les jeunes en ayant un impact dans divers domaines (52). Dans le domaine cognitif, l'activité physique et sportive exerce une influence sur l'apprentissage des enfants. Elle améliore l'attention, la mémoire, le sens de l'observation et les fonctions exécutives, notamment les capacités de réflexion (résolution de problèmes) et de prise de décisions (56). Dans le domaine physique, elle contribue au développement de la motricité et de l'appareil locomoteur (57) ainsi qu'à l'amélioration de l'endurance et de la force (58). Elle est également un facteur d'inclusion sociale, renforçant le lien avec les autres, permettant l'acquisition des habiletés sociales, et contribuant au sentiment d'appartenance. Les activités sportives créent des situations impliquant que les enfants interagissent avec les autres joueurs (58)(59). Enfin, concernant le domaine psychologique, l'activité sportive augmente la confiance et l'estime de soi, la gestion des émotions et peut permettre l'épanouissement de l'enfant (58).

c) Les recommandations

Selon l’OMS, les enfants âgés de cinq à dix-sept ans « devraient limiter leur temps de sédentarité, et en particulier le temps de loisir passé devant un écran » en pratiquant au moins soixante minutes par jour d’activité physique d’endurance, d’intensité modérée à soutenue, et en incluant trois fois par semaine une activité aérobique d’intensité soutenue. Cependant, même « si les enfants et adolescents n’atteignent pas le niveau recommandé, une quantité inférieure d’activité physique sera néanmoins bénéfique pour leur santé » (2).

L’intégration de l’activité physique et sportive dans son mode de vie semble donc être un élément important à faire valoir dû à ses bénéfices concernant la santé et la qualité de vie.

2. L’enfant déficient visuel et les activités sportives

Pratiquer une activité sportive met en jeu la motivation et les ressources de la personne et requiert sa participation occupationnelle dans un contexte environnemental précis afin de réaliser une performance dite sportive. La participation de l’enfant à une activité sportive peut être due à différents facteurs. Tout d’abord, il semblerait que les enfants apprécient plus particulièrement les sports collectifs par le fait qu’ils peuvent développer de nouvelles relations sociales. De plus, « les sports sont choisis par les enfants en raison du plaisir qu’ils procurent ». La notion de plaisir que peut apporter l’activité sportive est donc importante pour que la participation occupationnelle de l’enfant soit optimale. Ainsi, l’activité sportive peut faire partie des centres d’intérêts de l’enfant. Enfin, la réalisation d’une activité sportive accessible et adaptée aux capacités de l’enfant va soutenir sa participation à celle-ci (59).

De nombreuses lois sont apparues pour favoriser l’accès et la pratique d’activité sportive pour tous. La loi d’orientation de 1975 affirme que « l’accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l’adulte handicapé constitue une obligation nationale ». La loi sur le sport de 1984 précise que « la pratique des activités physiques et sportives constitue un droit pour chacun quels que soient son sexe, son âge, ses capacités ou sa condition sociale » (6). La loi de 2005 pour l’égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées prévoit que les dispositions architecturales des établissements recevant du public (ERP), dont font partie les

établissements sportifs, soient accessibles à tous (7). De plus, les activités physiques et sportives forment « un élément important de l'éducation, de la culture, de l'intégration et de la vie sociale. Elles contribuent également à la santé. Leur promotion et leur développement sont d'intérêt général » (60). Dès lors, de plus en plus d'activités physiques et sportives sont devenues adaptées et accessibles pour les personnes déficientes visuelles (61).

La Fédération Française Handisport (FFH), qui a pour mission de présenter à toute personne en situation de handicap une activité sportive adaptée (62), propose vingt et un sports adaptés à la déficience visuelle (63), même s'il en existe d'autres (61). Par exemple, il y a l'escrime où seul un arbitre est nécessaire pour la sécurité et le repérage des tireurs dans l'espace, le cécifoot qui est une adaptation du foot, le tir à l'arc qui peut se pratiquer avec l'aide d'un guide et/ou d'une potence, ou encore l'athlétisme avec la possibilité d'être accompagné d'un guide. Certaines disciplines ont même été pensées spécifiquement pour les personnes déficientes visuelles comme le torball, le showdown (64) ou le goalball (Annexe IV). De plus, comme le suggèrent les guides par disciplines, réalisés par la FFH, les adaptations sont diverses et dépendent de chaque personne (63). Par ailleurs, « la pratique des activités physiques et sportives est indispensable pour les déficients visuels. Elle améliore la santé et la locomotion, la rendant plus fluide et plus sûre. Les contre-indications sont peu nombreuses et ne concernent jamais tous les sports » (36). Ainsi, l'activité sportive a des bienfaits spécifiques concernant les personnes déficientes visuelles. Elle permet de solliciter les sens et les réflexes (65) ; d'améliorer leurs actions motrices fondamentales comme la locomotion, la coordination et l'équilibre ; de travailler l'orientation dans l'espace et les déplacements (66) ; d'augmenter leurs performances physiques et par conséquent d'influencer leur bien-être physique (29). L'impact que peut avoir l'activité sportive dans le domaine sociale et psychologique, comme vu précédemment, a un intérêt tout aussi bénéfique pour les enfants déficients visuels.

3. L'activité sportive en ergothérapie

« L'activité physique comme vecteur de santé est reconnue depuis l'article 144 de la loi de modernisation de notre système de santé ». Sa promotion est une des missions des ergothérapeutes (67) et l'utilisation de celle-ci lors des accompagnements ergothérapeutiques se développe. En effet, des ergothérapeutes ont

utilisé la boxe et l'activité physique douce auprès de patients présentant des troubles psychiques (68)(69). De plus, l'activité physique a été reconnue et est entrée dans le parcours de soin des patients en affection de longue durée (ALD), dont les conditions sont définies par le décret n°2016-1990. Elle est prescrite par le médecin traitant (70) et l'ergothérapeute sera mentionné comme étant un acteur de promotion de ce dispositif, d'autant plus si le patient présente des limitations fonctionnelles sévères (71). Ainsi, en tant que professionnel de santé, l'ergothérapeute peut inclure l'activité physique et sportive dans ses prises en soin.

D'autre part, comme vue précédemment, l'ergothérapie est une pratique fondée sur l'occupation. L'ergothérapeute prend en considération toutes les activités de l'individu, comme les activités de loisirs¹⁰, dans son analyse. En effet, l'enfant peut donner de la valeur à l'activité sportive en la considérant comme importante et signifiante pour lui. L'ergothérapeute va alors déterminer les facteurs personnels et environnementaux qui contribuent ou entravent sa participation occupationnelle. Son intervention pourra alors prendre différents axes comme le développement des capacités qui sont nécessaires à cette pratique ainsi que la proposition et mise en place d'adaptation de l'activité et/ou de l'environnement. Cependant, comme pour toute activité, l'activité sportive peut être le but de l'intervention ergothérapique mais elle peut également être le moyen thérapeutique. Ainsi, après avoir établi son diagnostic et évaluer le sens que prend l'activité sportive pour l'enfant, l'ergothérapeute pourra déterminer laquelle lui proposer selon l'objectif de prise en soin comme par exemple, l'entraînement des fonctions mnésiques ou encore l'inclusion sociale. De plus, l'ergothérapeute aura la possibilité de soutenir les personnes qu'il accompagne à adopter un mode de vie actif avec une pratique routinière pour favoriser leur santé et leur bien-être (59).

La pratique d'une activité sportive a de nombreux bienfaits concernant la santé mais aussi d'un point de vue social, physique et psychique. Elle pourrait servir aux ergothérapeutes lors de leurs prises en soin auprès des enfants déficients visuels pour lesquels ses différents aspects peuvent être touchés.

¹⁰ activités librement entreprises, accroissant l'épanouissement et le plaisir individuel (45).

II. Question de recherche et hypothèses

Toutes ces recherches, pour construire le cadre conceptuel, ont permis d'élaborer une problématique théorique : **Comment l'activité sportive de loisir, intégrée à la prise en soin ergothérapique, améliore-t-elle la qualité de vie des enfants ayant une déficience visuelle innée ?**

Afin de répondre à cette problématique, nous pouvons émettre plusieurs hypothèses :

- L'utilisation de l'activité sportive comme moyen thérapeutique en ergothérapie permettrait de favoriser la réalisation autonome et indépendante des occupations de l'enfant déficient visuel.
- L'activité sportive, utilisée lors de la prise en soin ergothérapique, permettrait de soutenir les interactions sociales de l'enfant déficient visuel.
- L'utilisation de l'activité sportive lors des séances en ergothérapie pourrait permettre à l'enfant déficient visuel de l'inclure dans son quotidien en tant qu'activité de loisir, diversifiant son répertoire occupationnel.

III. Méthodologie de recherche

A. Choix de la méthode

1. La méthode qualitative

Mon mémoire d'initiation à la recherche interroge le rôle de l'ergothérapie dans l'amélioration de la qualité de vie des enfants déficients visuels par l'utilisation de l'activité sportive. Pour la réalisation de cette recherche, la méthode qualitative est privilégiée car il me semble intéressant de recueillir des données directement auprès d'ergothérapeutes. Cette recherche est descriptive puisqu'elle correspond à un recueil de données pour décrire des phénomènes ou une situation (72). Elle s'inscrit donc dans le paradigme phénoménologique puisque nous cherchons à comprendre le sens d'une pratique et l'expérience des personnes interrogées. Ainsi, du fait de la prise en considération de l'expérience des interviewés, cela me permet de comprendre une pratique telle qu'elle est vécue et perçue (73).

Cette recherche a un caractère hypothético-déductif car elle va nous permettre, par les informations recueillies, de répondre à la question de recherche en validant ou infirmant les hypothèses établies (72). Trois hypothèses ont été rédigées autour de la notion de la qualité de vie. La première hypothèse fait référence au bien-être physique, la seconde au bien-être sociale et la dernière au bien-être psychique. Ainsi, nous pouvons retrouver les principales dimensions composant la qualité de vie comme évoqué dans le cadre théorique. Seule, la dimension de bien-être somatique n'a pas été incluse puisque celle-ci représente les symptômes physiques et les pathologies de l'œil. Cela est plus en lien avec les professions spécialisées de la vision comme l'ophtalmologiste ou l'orthoptiste car l'ergothérapeute n'a pas les compétences pour agir sur les symptômes, la douleur et la rééducation de la vue.

2. L'outil de recueil de données

Concernant la méthode qualitative, différentes techniques du recueil d'informations sont possibles comme l'interview et le questionnaire. Pour cette étude, l'interview a été choisie car le questionnaire ne semble pas être la technique la plus appropriée au sujet de ce mémoire. En effet, l'utilisation de l'activité sportive par des ergothérapeutes, notamment auprès d'enfants déficients visuels, n'est pas encore assez développée, ne permettant pas le recueil d'un nombre suffisant de réponse.

Une interview est un « entretien avec une personne pour l'interroger sur ses actes, ses idées, ses projets, afin d'en publier ou diffuser le contenu, soit de l'utiliser à des fins d'analyse » (72). L'entretien permet donc un échange direct avec une personne dans le but de récolter des données sur un sujet précis. Il peut être directif, semi-directif ou non directif. Nous choisirons, pour ce mémoire d'initiation à la recherche, l'entretien semi-directif. Il s'effectuera par des questions ouvertes à poser permettant d'aborder des thèmes pertinents lors de l'échange avec la personne. Ce type d'entretien va permettre aux interviewés de partager leurs connaissances et de s'exprimer sur leur pratique tout en étant guidés par les questions de l'investigateur afin de répondre à la question de recherche (72) (73).

3. Le guide d'entretien

Afin de suivre le même objectif durant tout le temps de l'interview, j'ai réalisé au préalable un guide d'entretien, définissant une trame de questions et abordant

différents thèmes en lien avec mon sujet de mémoire (73). Le guide d'entretien (Annexe V) réunit sept questions ouvertes auxquelles ont été ajoutées des exemples de questions complémentaires. Ces dernières ont pour but d'approfondir les informations que la personne vient de mentionner. Elles ne seront pas obligatoirement posées à chaque entretien. Cela dépendra des réponses obtenues spontanément.

Les questions choisies pour la passation des entretiens sont les suivantes :

1) Pouvez-vous vous présenter professionnellement en quelques mots ?

Cette question va permettre de connaître le profil professionnel de la personne interrogée.

2) Qu'est-ce qui vous a motivé à inclure l'activité sportive dans vos prises en soin et comment l'utilisez-vous ?

Cette question servira à déterminer la manière dont l'ergothérapeute utilise l'activité sportive dans sa prise en soin auprès des enfants déficients visuels qu'il accompagne.

3) Que pouvez-vous me dire concernant l'utilisation de l'activité sportive en ergothérapie et le bien-être physique des enfants déficients visuels que vous suivez ?

Cette question permettra de connaître les effets de l'utilisation de l'activité sportive sur le bien-être physique des enfants déficients visuels.

4) Qu'apporte l'utilisation de l'activité sportive en ergothérapie concernant les interactions sociales des enfants déficients visuels ?

Cette question va aider à approfondir le lien entre les bénéfices de l'activité sportive et les interactions sociales des enfants déficients visuels.

5) Selon vous, en quoi l'activité sportive va-t-elle avoir des bénéfices sur l'équilibre occupationnel des enfants déficients visuels avec lesquels vous l'utilisez ?

Cette question va servir à comprendre les effets de l'activité sportive sur l'équilibre occupationnel de l'enfant déficient visuel.

6) Quelle(s) différence(s) pouvez-vous remarquer entre les enfants avec qui vous utilisez l'activité sportive et ceux avec qui vous ne l'utilisez pas ?

Cette question va permettre de vérifier que l'utilisation de l'activité sportive en ergothérapie a une réelle influence sur la qualité de vie des enfants déficients visuels.

7) En tant qu'ergothérapeute, comment évaluez-vous la qualité de vie d'un enfant ayant une déficience visuelle innée ?

Cette question permettra de connaître les outils utilisés en ergothérapie pour l'évaluation de la qualité de vie des enfants.

Pour réaliser ces entretiens, les informateurs sélectionnés devront correspondre au cadre de cette recherche.

B. Sélection des informateurs

1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Afin de pouvoir répondre à la question de recherche de la manière la plus cohérente, les informateurs ont été sélectionnés par des critères d'inclusion et d'exclusion déterminés en amont. Ces critères permettent de déterminer précisément la population que nous allons interviewer. Ainsi, pour cette recherche il a été décidé de réaliser des entretiens auprès d'ergothérapeutes diplômés français (concordance au niveau de la formation en ergothérapie), utilisant l'activité sportive dans leur prise en soin et exerçant auprès d'enfants ayant une déficience visuelle innée depuis au moins 1 an (permet d'avoir le recul nécessaire sur leur pratique et sur la mise en place de l'activité sportive dans leurs prises en soin. Ainsi, ils auront eu le temps de constater les effets de l'activité sportive sur la qualité de vie des enfants). Nous ne souhaitons pas interroger d'étudiant en ergothérapie, ni d'ergothérapeute n'ayant jamais travaillé auprès d'enfants déficients visuels et/ou n'utilisant pas l'activité sportive dans sa pratique. Nous ne réaliserons pas non plus d'entretiens auprès d'autres professionnels de santé, même s'ils utilisent l'activité sportive, car cette recherche s'intéresse à la pratique ergothérapeutique.

2. Recherche d'interlocuteurs

Tout d'abord, un questionnaire à destination d'ergothérapeutes exerçant auprès d'enfants ayant une déficience visuelle a été réalisé. L'objectif était d'avoir une estimation du nombre d'ergothérapeutes utilisant l'activité sportive dans leur prise en

soin afin de pouvoir prendre contact avec eux plus facilement par la suite. Pour cela, au mois de décembre 2021, le questionnaire a été diffusé sur plusieurs groupes de réseaux sociaux et sur deux forums. Il a également été envoyé par mail au réseau Soins et Accompagnement en Rhône-Alpes pour la Déficience Visuelle (SARADV), mais aussi à trente-huit structures et huit associations en lien avec la déficience visuelle. J'ai également envoyé le questionnaire directement à des personnes susceptibles de pouvoir correspondre à cette recherche, trouvées grâce à des groupes de réseaux sociaux sur les offres d'emplois. Par la suite, j'ai repris contact par mail ou par téléphone avec certaines structures. Ainsi, trente et une réponses ont été récoltées. Parmi ces réponses, six ergothérapeutes ont répondu qu'ils utilisaient l'activité sportive lors de leurs prises en soins et m'ont laissé leurs coordonnées. D'autres ergothérapeutes m'ont répondu via les réseaux sociaux mais seulement une réponse fut positive.

C. Techniques du recueil d'informations

1. Déroulement des entretiens

J'ai recontacté les sept personnes afin de m'assurer qu'elles correspondaient aux critères d'inclusion établis précédemment. Ensuite je leur ai demandé leur accord concernant la réalisation d'un entretien avec elles. Deux personnes m'ont répondu négativement car elles ne correspondaient pas aux critères d'inclusion. Deux autres personnes m'ont expliqué qu'elles n'utilisaient pas suffisamment l'activité sportive dans leur pratique pour pouvoir répondre aux questions. Trois autres personnes m'ont répondu positivement, en acceptant de réaliser l'entretien. Parmi les informateurs, un d'entre eux me connaît puisqu'il s'agit de mon maître d'apprentissage.

Le premier entretien, réalisé avec mon maître d'apprentissage, s'est déroulé le 18 février 2022. Il représentait un entretien pré-test mais il a été conservé en tant qu'entretien à part entière. Cela s'explique par le fait qu'il s'est déroulé sans difficulté particulière et que, ayant seulement deux autres ergothérapeutes à interroger, ce témoignage représentait le troisième qu'il me manquait, malgré le fait qu'il puisse y avoir de nombreux biais. Par la suite, deux autres ergothérapeutes ont été interrogés le 25 février 2022 et le 1er mars 2022. Tous les entretiens se sont réalisés après leur avoir envoyé une notice d'information contenant l'objectif de cette recherche, les informations nécessaires à la compréhension du déroulement de l'entretien et un

formulaire de consentement à signer. Le premier et le dernier entretien ont été réalisés par visioconférence et le second par téléphone. Ils ont été enregistrés grâce à une application « enregistreur d'appel » ou « enregistreur de voix ». Ils ont tous débuté par une introduction, rappelant le sujet de la recherche, puis par un échange avec les sept questions prédéfinies et fini par une conclusion, remerciant la personne pour sa participation. La durée de ces échanges a été de trente-deux minutes à une heure.

2. Les biais et les limites de la recherche

Plusieurs biais peuvent apparaître et influencer l'entretien. Tout d'abord, le fait que l'ergothérapeute n'ait pas forcément la possibilité d'être dans un lieu calme. La présence et le passage de d'autres collègues peuvent perturber ses réponses. La disponibilité du professionnel peut également être un biais dû à son planning professionnel. Effectivement, E1 avait des séances programmées après notre échange et n'avait qu'un temps limité à consacrer à l'entretien. Aussi, le matériel utilisé pour réaliser les entretiens (appel téléphonique ou visioconférence) est également un biais. Ils sont dotés d'une batterie limitée et nous ont contraint à terminer un entretien plus rapidement que prévu. Ensuite, étant l'investigatrice et étudiante, j'ai peu d'expérience dans la conduite d'un entretien de recherche ce qui peut être un frein. En effet, j'ai établi des questions larges qui permettaient aux ergothérapeutes d'exposer beaucoup d'informations, jusqu'à parfois s'éloigner du sujet. D'autant plus que dans ma grille d'entretien, une question regroupe deux idées. Il a ainsi fallu que j'utilise des techniques de relance pour approfondir des idées. Cela a pu biaiser les réponses des ergothérapeutes en influençant leur discours. De plus, le fait de connaître un des interviewés a pu être un important biais pour l'entretien. Les réponses apportées ont pu ne pas être suffisamment approfondies puisque je connais déjà une partie de sa pratique. Enfin, l'entretien de recherche est un outil complexe qui demande du temps à analyser. Etant un entretien semi-directif, l'interviewé est libre de répondre ce qu'il veut pour les questions. Il peut déborder sur un autre sujet ou apporter énormément d'informations pour une même question. Il peut donc être difficile pour le chercheur d'obtenir une réponse claire et totale à sa question et de suivre le même objectif durant tout le temps de l'enquête.

Des limites se sont imposées à cette recherche et n'ont pas pu être dépassées. Il n'existe pas beaucoup de littérature concernant l'utilisation de l'activité sportive en

ergothérapie tout comme sur la déficience visuelle chez les enfants. De ce fait, peu d'ergothérapeute utilise cette activité et encore moins auprès de la population étudiée. Je n'ai donc pu interroger qu'un très faible nombre de personnes pouvant répondre aux questions de l'entretien, en respectant les critères d'inclusions et d'exclusions.

IV. Résultats

À la suite de leur enregistrement, tous les entretiens ont été retranscrits précisément par écrit sur un logiciel de traitement de texte. Il s'agit de la première étape de l'analyse. Ces textes, appelés « verbatims¹¹ », sont disponibles dans le livret annexe qui accompagne ce travail. La retranscription permet d'organiser les informations obtenues et d'extraire plus facilement les données nécessaires pour leur analyse.

A. Présentation des personnes interrogées

Afin de conserver l'anonymat des ergothérapeutes interrogés, ils seront nommés E1 (premier entretien), E2 (second entretien) et E3 (troisième entretien).

E1 est ergothérapeute depuis 2016. Elle est arrivée au SAAAS en 2017 et elle y travaille depuis 5 ans. Elle travaille également dans un service de Médecine Physique et Réadaptation (MPR) pédiatrique lié au Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Concernant ses prises en soin, elle accompagne des enfants de 7 à 17 ans et le SAAAS à un agrément pour des enfants de 0 à 20 ans. Elle fait des suivis individuels ou de groupe et intervient à domicile, au service et dans les établissements scolaires.

E2 est ergothérapeute depuis 2015. Il a travaillé 5 ans dans une maison de retraite et est actuellement dans un SESSAD pour enfants déficients visuels depuis 1 an et demi, depuis octobre 2020. Concernant ses prises en soin, il accompagne des enfants de 3 à 14 ans et le SESSAD accueille des enfants de 0 à 18 ans. Il intervient principalement dans les écoles mais également au domicile.

E3 est ergothérapeute depuis 19 ans, soit 2003. Elle a travaillé de 2003 à 2021 (18 ans) dans un SESSAD pour enfants déficients visuels et 2 ans auprès d'enfants

¹¹ « reproduction intégrale des propos prononcés par l'interviewé » (74).

polyhandicapés. Elle vient de commencer dans un autre SESSAD pour enfants déficients visuels. Elle a la formation d'instructeur en autonomie de la vie journalière et est actuellement en train de réaliser la formation d'instructeur en locomotion. Les réponses qu'elle a apportées durant l'entretien sont en rapport avec les accompagnements qu'elle faisait lors du premier SESSAD. Elle accompagnait des enfants d'environ 5 ans à 18/20 ans.

B. Analyse

L'analyse longitudinale permet d'exposer les résultats bruts de chaque ergothérapeute, question par question, selon trois étapes : le corpus qui reprend le discours de chaque interviewé, le codage qui permet de transformer le discours de chacun en données utilisables par une sélection des éléments importants et enfin, la catégorisation qui permet de regrouper les éléments par catégorie et de faire ressortir des notions clés (Annexe VI). L'analyse transversale permet de comparer les résultats bruts des trois ergothérapeutes, obtenus grâce à l'étape de catégorisation, pour mettre en évidence les convergences et les divergences pour chaque question (Annexe VII).

1. Question 2

Qu'est-ce qui vous a motivé à inclure l'activité sportive dans vos prises en soin et comment l'utilisez-vous ?

Motivation à utiliser l'activité sportive :

Le côté pluridisciplinaire a motivé E1 à utiliser l'activité sportive dans ses prises en soin. En effet, elle réalise cette activité avec la psychomotricienne et l'enseignante spécialisée. Tout comme E2, qui peut-être en lien avec la psychomotricienne et E3 qui proposait cette activité avec la psychomotricienne, l'éducatrice spécialisée/instructrice en locomotion ou le psychologue. E1 et E3 trouvent cela très riche car tous les professionnels ont les mêmes objectifs en lien avec leurs champs de compétences, tout en amenant leur spécificité. De plus, E2 et E3 affirment que c'est notamment le côté ludique, cet aspect jeu de l'activité sportive qui les a motivés à la mettre en place dans leurs prises en soin puisque qu'elle motivait les enfants. De plus, E3 évoque comme autre facteur de motivation : les parents. Elle a inclus et proposée l'activité sportive dans ses séances pour montrer aux parents que leurs enfants, même s'ils ont une déficience visuelle, sont capables de réaliser des activités, mêmes sportives.

Manière dont est utilisée l'activité sportive :

Chaque ergothérapeute a ses types d'activités : E1 a utilisé l'escalade et cette année le torball car c'est un sport qui peut « se jouer avec les enfants qui étaient déficients visuels et non-voyant [et] permettait d'inclure différents enfants du service ». E2 utilise des jeux de ballons, des jeux d'équilibre, des jeux de lancer et participe au foot et à l'équitation. E3 proposait une médiation animale avec le poney, l'activité piscine, le ski, l'accrobranche, des randonnées, etc. Elle choisissait les activités en fonction des motivations et des besoins des enfants mais également en fonction du milieu social afin de proposer des activités que l'enfant n'aurait peut-être jamais pu réaliser. E1 et E3 réalisent ces activités en groupe avec des enfants de leur service ou lors de séjours sportifs sur plusieurs jours pour E3. Seul E2 privilégie ces activités sportives en séance individuelle ou en groupe avec des élèves de la classe de l'enfant pendant le temps scolaire : « je vais pas la mettre en place dans un groupe comme j'interviens à l'école [...] donc soit je l'intègre directement dans dans le groupe de la classe, soit [...] je la prend à part et on fait quelque chose qui sera dans le même style mais du coup de manière adaptée ». Concernant la fréquence, les trois ergothérapeutes l'utilisent de manière régulière. Pour E1 et E3, les séances sont une fois tous les quinze jours. E3 utilise l'activité sportive également sur plusieurs jours consécutifs lors de séjours. E1 et E3 n'utilisent pas l'activité sportive auprès de tous les enfants qu'elles suivent mais E3 la proposait à tous les enfants du service.

Bénéfices de l'activité sportive :

Chacun des ergothérapeutes ont expliqué les bénéfices de l'activité sportive et ce qu'elle permettait de travailler. E1 évoque le fait qu'à travers le torball elle cherche à améliorer « la socialisation, la tonicité du corps, le lien avec les autres, la conscience de son corps, de sa force, le travail en équipe » des jeunes. De plus, cela leur permet d'inclure au moins un sport durant leur année. En lien avec les objectifs de E1, E3 utilise l'activité sportive pour que « les enfants puissent développer leurs capacités de compensation [...] leurs capacités gestuelles ». E3 aborde également la notion de découverte puisqu'elle permet aux jeunes de réaliser une activité qu'ils ne connaissaient pas ou qui paraissait irréalisable, favorisant une plus grande « compréhension du monde ». De plus, il est important pour elle de montrer, par ce fait, que beaucoup de sport sont accessibles aux déficients visuels. La proposition de ces activités sportives pour E3 permet de favoriser l'inclusion de ces jeunes en leur

permettant de faire partie d'un groupe. De plus, ils pensent tous les trois que l'activité sportive a des bienfaits quel que soit la personne mais plus particulièrement chez les enfants déficients visuels. E1 parle de l'amélioration de la conscience corporelle et de la réalisation de leur mouvement. Tout comme E2 qui évoque le fait que les enfants déficients visuels ont plus de difficultés de motricité et que le sport leur permet de développer considérablement celles-ci. E3 va plus loin, en expliquant qu'en fonction de l'activité cela va demander à l'enfant d'apprendre certains gestes, de prendre des repères pour se déplacer et s'organiser, et va lui permettre de développer aussi bien la motricité globale que fine. Aussi, d'après E1, l'activité sportive permet aux jeunes de se rendre compte de leur capacité, améliorant leur confiance en soi, tout comme E3 qui explique que l'activité sportive améliore l'estime de soi et prouve à l'enfant et à son entourage qu'il est capable de faire des choses. E3 pense également qu'au niveau des interactions sociales, l'activité sportive va avoir des bénéfices spécifiques, puisqu'elle favorise l'inclusion sociale et les échanges entre les enfants. Enfin, E2 explique qu'en tant qu'ergothérapeute nous avons comme rôle de conseiller les personnes mettant en place l'activité sportive (entraîneur, professeur, etc.) et d'encourager les enfants à pratiquer un sport.

A travers cette première question, les ergothérapeutes ont abordé les trois notions de la qualité de vie que nous allons détailler par la suite.

2. Question 3

Que pouvez-vous me dire concernant l'utilisation de l'activité sportive en ergothérapie et le bien-être physique des enfants déficients visuels que vous suivez ?

Effets sur le plan moteur :

E1, E2 et E3 trouvent que l'activité sportive influe sur le bien-être physique des enfants déficients visuels. E2 et E3 commencent par évoquer les conséquences de la déficience visuelle. E2 parle de difficultés motrices comme « pour courir [...] pour faire certains mouvements [...] on va dire qu'ils sont plus maladroits ». Ils parlent tous les deux du côté très inhibé, renfermé et statique de certains enfants déficients visuels qui, pour E2, pourrait être dû à « un manque de stimuli ». Concernant les améliorations, E3 utilise l'activité sportive pour « pousser » à faire des mouvements, à se déplacer, etc. Cela permet aux enfants d'aller à la découverte de leur corps et des

sensations que l'activité peut produire comme par exemple, se renverser, glisser, etc. et de mieux maîtriser leur corps et leur schéma corporel. Tout comme E3, E1 observe une meilleure conscience corporelle et un meilleur contrôle du corps. En effet, l'activité sportive permettrait d'améliorer leur tonicité et leur posture, limitant les mouvements hésitants et permettant des déplacements plus assurés. E2 évoque également cette amélioration du contrôle moteur mais aussi du développement moteur et des mouvements dans l'espace. Pour lui et E3, l'activité sportive facilite l'orientation, la gestion et le contrôle des mouvements dans l'espace. De plus, selon E1 et E2 l'activité sportive aiderait les jeunes à appréhender leur environnement et l'espace plus facilement.

Effets sur l'indépendance :

E1 observe une amélioration de l'indépendance des jeunes qu'elle accompagne puisque maintenant « ils peuvent se déshabiller, se rhabiller seuls » et sont capables de préparer le terrain pour l'activité. E2 évoque la même chose au niveau de l'habillement et du laçage des chaussures ainsi que de l'utilisation du matériel sportif. L'activité sportive motive les enfants à faire les choses seuls comme le dit E2 et E3. E1 rajoute même que c'est le fait d'être en groupe et de voir les autres réussir qui motiverait l'enfant à vouloir faire seul également. Enfin E3 explique que lors de ces activités, personne n'est là pour faire à leur place, comme ont tendance à faire les parents, poussant l'enfant à faire par lui-même.

Effets sur l'autonomie :

E2 et E3 trouvent que l'activité sportive incite à avoir une certaine autonomie. En effet, cela permet à l'enfant de prendre des décisions comme le fait de lui laisser choisir l'activité qu'il a envie de faire, de lui proposer de prendre sa douche au sport ou non, de lui permettre de « s'extraire de l'activité » s'il en a besoin, ou encore de les laisser se mettre tous d'accord concernant le planning des activités sportives lors des séjours proposés par E3. De plus, E2 parle « d'un système de raisonnement » que l'enfant doit mettre en place afin d'évaluer la manière dont il doit s'y prendre pour atteindre son objectif comme gagner la partie par exemple. E3 va plus loin, en expliquant que ces activités permettent aux enfants d'être curieux, de trouver des solutions par eux-mêmes et de développer leur côté débrouillard afin de ne pas rester bloqué sur une situation complexe qui pourrait leur arriver. Tout comme pour l'indépendance, E3 évoque également le fait que l'ergothérapeute a un rôle à jouer

auprès de l'entourage dans la prise d'autonomie de l'enfant car celle-ci est souvent restreinte par les parents. E1 n'a pas évoqué la notion d'autonomie lors de l'entretien.

Effets sur les occupations :

E2 et E3 évoquent plein de bénéfices concernant l'activité sportive sur les occupations des enfants. Pour E2, elle facilite, par ses bénéfices sur le plan moteur, la prise des repas (couper les aliments, attraper le verre, se verser de l'eau), la dactylographie et les déplacements (permet de faire attention à leur environnement, aux objets en mouvement ou immobiles). Pour E2, cela permet également aux enfants de remettre en place ce « système de raisonnement » dans leurs activités de vie quotidienne et donc de les faciliter. Selon E2, l'activité sportive facilite également la réalisation des occupations des enfants d'un point de vue émotionnel. En effet, elle permet à l'enfant de canaliser ses émotions puisqu'elle demande une dépense d'énergie et va aussi lui apprendre à les gérer car lors de sa réalisation l'enfant sera confronté à des moments de frustration comme dans la vie quotidienne. E3 explique que par l'activité sportive, il est possible d'aborder les activités de vie quotidienne comme l'habillage, la douche, etc. et de réaliser des situations proches du quotidien de l'enfant. Elle donne l'exemple lors de l'activité poney ; « sangler la selle enfaite c'est comme un système de ceinture ou de montre ». Tout ce qui est fait lors de l'activité est transposable dans les activités de vie quotidienne par la suite. Cependant, E1 n'évoque pas de bénéfice sur les occupations des enfants dû à la faible intensité et fréquence à laquelle ils réalisent l'activité torball : « J'arrive pas trop à voir quel lien il pourrait faire eux sur entre le sport qu'on fait et leurs occupations à domicile. En tout cas pas à notre, pas la fréquence et l'intensité où on fait nous ».

Autres effets de l'activité sportive :

E1 et E2 évoquent dans leur discours d'autres bénéfices de l'activité sportive. Concernant l'aspect social, elles trouvent toutes les deux que cette activité facilite les relations et la communication. Cela permet aux enfants de discuter de ce qu'ils ont fait avec leurs parents, leurs frères et sœurs ou leurs amis. E2 va plus loin en mettant en avant que la réalisation d'une activité sportive permet à l'enfant d'être intégré dans un groupe, lui permettant d'apprendre à entamer une relation, une discussion avec les autres. E1 parle également du gain de confiance en soi et de la valorisation (d'être capable) que peut apporter la réalisation d'une activité sportive. Enfin, E2 explique que

l'activité sportive permet à l'enfant d'apprendre à gérer ses émotions, qu'elles soient négatives ou positives.

Ainsi, les trois ergothérapeutes ont fait allusions également aux bien-être social et psychique, montrant que la qualité de vie est un bien-être global comme le dit E1, « si on arrive à jouer sur le bien-être social et bien-être psychique et ben certainement le bien-être physique [...] il sera impacté ».

3. Question 4

Qu'apporte l'utilisation de l'activité sportive en ergothérapie concernant les interactions sociales des enfants déficients visuels ?

Communication :

E1 explique que les enfants « sont obligés d'être en lien pendant l'activité » du fait qu'elle ait proposé un sport collectif. E2 explique que l'activité sportive va développer la communication des enfants déficients visuels car elle va améliorer la manière de communiquer et la qualité des conversations en augmentant les informations à transmettre aux autres. E3 évoque également le fait que l'activité sportive permet de favoriser les échanges, notamment concernant leur vécu, les difficultés, leurs astuces, etc., leur situation de vie similaire. De plus, le fait de réaliser cette activité qui peut être le centre d'intérêt de plusieurs enfants, permet de favoriser les échanges autour de celui-ci.

Relations :

E1 évoque le fait que chaque enfant a pris sa place, qu'ils s'écoutent, qu'un d'entre eux gère l'échauffement et les autres suivent, etc., montrant les « règles » établies pour favoriser les relations entre eux. E2 et E3 parlent même de relation amicale qui peut se construire car, à travers le sport, les enfants vont créer des liens, ainsi il sera plus facile après pour eux de se faire des amis à l'extérieur. E2 parle également de relations conflictuelles auxquelles l'enfant peut se retrouver confronté. E3 montre aussi que l'activité sportive permet à certains enfants déficients visuels de prendre conscience qu'il y a des personnes autour d'eux.

Comportement :

E2 parle des bénéfices de l'activité sportive concernant la gestion des émotions et donc la diminution de l'agressivité envers les autres. Il évoque le fait que l'activité sportive va générer des émotions que l'enfant devra gérer pour éviter d'être trop agressif envers les autres. A l'inverse, si un enfant est agressif envers lui il devra adapter son comportement pour avoir une réponse correcte.

Inclusion :

E3 évoque cette notion en expliquant que l'activité sportive facilite les interactions sociales et par conséquent l'inclusion. Par exemple, les enfants peuvent échanger et partager sur des centres d'intérêt commun, comme le sport qu'ils font, avec les enfants de leur classe et des personnes extérieures.

De manière général, les trois ergothérapeutes ont trouvé que l'activité sportive avait un impact positif sur les interactions sociales des enfants déficients visuels car c'est une médiation qui les sollicite sans que les enfants ne s'en rendent compte.

4. Question 5

Selon vous, en quoi l'activité sportive va-t-elle avoir des bénéfices sur l'équilibre occupationnel des enfants déficients visuels avec lesquels vous l'utilisez ?

Déséquilibre occupationnel :

Seule E3 a évoqué les « causes » d'un déséquilibre occupationnel que peuvent connaître les enfants déficients visuels. Cela pourrait être provoqué selon elle, soit par un manque d'accès aux informations visuelles et par conséquent un manque de curiosité. Soit par le fait que l'entourage, notamment les parents, vont faire beaucoup à la place de l'enfant, limitant son indépendance et son autonomie. Ils vont souvent lui interdire certaines activités qu'ils pensent trop dangereuses ou impossibles à réaliser pour une personne déficiente visuelle.

Diversifier le répertoire occupationnel :

Les enfants déficients visuels ayant tendance à se renfermer vont réaliser plutôt des activités numériques comme le disent E1 et E2. Pour cela, E1 et E3 abordent le fait qu'en tant qu'ergothérapeute nous sommes là pour leur faire découvrir de

nouvelles activités. Le fait de les proposer et de les réaliser dans le cadre des séances permet aux parents de se rendre compte des possibilités, de toutes les activités sportives accessibles et de continuer à les réaliser par la suite, que leur enfant soit non-voyant ou mal-voyant. Les trois ergothérapeutes expliquent que certains enfants ont désiré refaire l'activité avec leur entourage, se sont inscrits dans un club, ou ont voulu découvrir une autre activité, incluant une activité sportive dans leur loisir. D'autres n'ont pas souhaité cela. Cela dépend de chacun comme le souligne E2. Ainsi, selon E3, le fait de proposer des occupations (activité de loisir), va permettre de rétablir l'équilibre occupationnel des enfants. Pour E3, l'activité sportive « est hyper importante pour l'équilibre occupationnel et la qualité de vie, pour amener cet aspect ludique dans nos vies ».

Bien-être :

E1 commence par dire que la pratique d'une activité sportive permet de mettre un rythme dans sa vie. C'est une activité assez autocentrée, que nous réalisons pour notre bien-être personnel et qui permet d'être « bien dans sa tête et dans son corps [et d'avoir] un meilleur état de bien-être ». E2 et E3 évoquent tous les deux la notion de plaisir. Pour E3, ce qui est important lors de la réalisation de l'activité sportive est que l'enfant ressente du plaisir en développant ses capacités et en progressant entre chaque séance. Pour E2, le plaisir est atteint par l'enfant lorsqu'il a réussi à réaliser l'activité, lorsqu'il a pu montrer qu'il était capable de la faire. E2 rajoute que l'activité sportive est souvent source de bonheur mais que les enfants atteignent ce sentiment de bonheur par le fait que l'adulte encadrant l'activité le complimente, lui fasse comprendre qu'il a bien réussi l'activité. L'enfant va être à la recherche de la valorisation de l'adulte lors de la séance mais également de leur entourage quand ils raconteront ce qu'ils ont fait ou qu'ils ont réussi à réaliser une de leurs occupations.

5. Question 6

Quelle(s) différence(s) pouvez-vous remarquer entre les enfants avec qui vous utilisez l'activité sportive et ceux avec qui vous ne l'utilisez pas ?

Aspect personnel :

E1 et E2 évoquent le fait qu'il est difficile de comparer les enfants entre eux puisqu'ils sont tous différents et uniques. E2 va plus loin en expliquant que l'activité sportive a des effets bénéfiques mais qu'ils sont variables selon chaque enfant. En

effet, il prend l'exemple de jeunes ayant besoin de développer certaines capacités et pour qui l'activité sportive a eu des « effets extrêmement bénéfiques tandis que sur d'autres l'effet va être moindre ». Cependant, E2 dit qu'il est important de proposer l'activité sportive à tous les enfants car elle apportera forcément quelques bienfaits.

Améliorations :

E1 et E3 évoquent des améliorations sur différents aspects de la qualité de vie en comparaison d'un même enfant. Elles parlent d'une amélioration de la confiance en soi. E1 explique qu'il y a une amélioration de l'énergie de vie, de la motivation des enfants à réaliser des activités. E3 rajoute que les enfants osent plus, se dépassent en allant au-delà de leurs limites et prennent conscience de leurs capacités et « du monde réel ». E1 parle d'une amélioration de l'attention. En effet, elle décrit un jeune comme étant plus attentif de manière générale et envers les autres, « il fait attention aux autres ». Enfin, E1 et E3 parlent d'une amélioration de l'aspect physique avec, pour E1, une amélioration de la tonicité, et pour E3, plus d'aisance dans les déplacements et une amélioration de leur autonomie, de leur côté débrouillard, de la réalisation de certaines occupations. E2 parle d'une amélioration légère de la qualité de vie. En effet, il explique que pour les enfants faisant une activité sportive, cela a eu un impact positif sur leur qualité de vie. Mais il n'est pas certain que pour les enfants ne faisant pas d'activité sportive actuellement, cela aurait exercé une influence sur leur qualité de vie s'il venait à en pratiquer une. Toutefois, E3 trouve que l'activité sportive a eu une réelle influence sur la qualité de vie de manière globale (relations sociale, activités de vie quotidienne, etc.). Cela vient du fait que nous leur apportons une activité nouvelle et que nous leur montrons qu'il y a beaucoup de possibilités.

6. Question 7

En tant qu'ergothérapeute, comment évaluez-vous la qualité de vie d'un enfant ayant une déficience visuelle innée ?

Aucun des trois ergothérapeutes interrogés utilisent d'outils spécifiques à l'évaluation de la qualité de vie. Cependant, chacun utilise d'autres méthodes.

E1 utilise la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) ainsi que le projet personnalisé (PP) qui permet de recueillir les demandes et attentes de l'entourage et de l'enfant afin d'établir les objectifs et les moyens d'accompagnements.

Cela est réalisé en « co-construction avec les parents et les différents professionnels » ainsi que l'enfant. Puis, dans l'année, il y a une évaluation de ce PP qui permet de le réajuster si les attentes et besoins ont changé. Enfin, à la fin de l'année, un bilan est organisé pour déterminer les objectifs atteints ou non et réfléchir à l'orientation de l'accompagnement sur l'année suivante.

E2 explique qu'il évalue la qualité de vie à travers des observations de l'enfant (son comportement, son discours, ses interactions, etc.) et en pluridisciplinarité pour avoir l'avis de ses collègues. E2 parle également du niveau de la qualité de vie des enfants déficients visuels qui est fluctuant du fait qu'ils ne pourront jamais faire certaines activités de vie quotidienne (exemple : conduire). Cependant, elle reste quand même élevée, « ce n'est pas forcément dû à leur handicap qui vont avoir une mauvaise qualité de vie ». De plus, l'environnement familial joue un rôle important dans le niveau de qualité de vie des enfants. Il précise que l'ergothérapeute a pour rôle « d'augmenter leur qualité de vie au maximum » en proposant aux enfants déficients visuels des moyens de compensations.

E3 explique qu'elle estime la qualité de vie par des entretiens. Des entretiens qu'avec l'enfant pour recueillir ses attentes, ce qu'il pense de ses occupations, la satisfaction qu'il a à les réaliser, etc. Elle évoque un outil appelé OT HOP (Outil Thérapeutique pour l'autodétermination d'Objectifs Pédiatriques en Ergothérapie) dont elle ne s'est pas servie auprès de ces enfants mais qui serait intéressant à utiliser et à adapter car il est très visuel. Pour elle, il est important que l'enfant soit acteur et qu'il puisse dire ce qu'il a envie de faire. Elle réalise également un entretien avec les parents et requiert leur participation également lors de la réévaluation du projet de l'enfant.

V. Discussion

Cette partie va nous permettre de discuter des résultats obtenus dans le but de répondre à la question de recherche ainsi que d'effectuer une analyse réflexive sur la méthodologie de recherche utilisée.

A. Discussion du contenu

Après avoir analysé les entretiens des trois ergothérapeutes, nous allons comparer les informations recueillies aux données scientifiques du cadre théorique. Nous pourrions ainsi répondre à la question de recherche en validant ou infirmant les trois hypothèses qui ont été établies. Pour rappel, la question de recherche est :

Comment l'activité sportive de loisir, intégrée à la prise en soin ergothérapeutique, améliore-t-elle la qualité de vie des enfants ayant une déficience visuelle innée ?

1. L'utilisation de l'activité sportive en ergothérapie

Les entretiens qui ont été réalisés ont permis aux ergothérapeutes d'expliquer la manière dont ils utilisent l'activité sportive. Pour commencer, les trois ergothérapeutes utilisent cette activité en lien avec d'autres professionnels. En effet, nous avons pu évoquer que l'accompagnement d'un enfant déficient visuel est mené, en fonction de ses besoins, par une équipe pluridisciplinaire (36). Cette approche permet d'optimiser la qualité des soins et de répondre au mieux aux besoins et à la demande des enfants. Elle permet de regrouper les compétences et les spécificités de chacun tout en avançant dans un but commun : l'amélioration de la qualité de vie par la prise en considération de toutes les sphères de leur vie (75). Aussi, l'utilisation de l'activité sportive en groupe est privilégiée, lors de sport collectif, ce qui favorise la participation des enfants car c'est ce qu'ils apprécient le plus (59). De plus, E3 parle de motivation de la part des enfants à réaliser une activité ludique. L'activité sportive rentre dans cet aspect car, si nous reprenons sa définition, elle regroupe des exercices physiques de loisirs sous forme de jeu (53). Le jeu et l'aspect ludique sont très importants pour le développement de l'enfant et permettent la prise de contact avec le monde. En stimulant l'attitude ludique des enfants, les ergothérapeutes améliorent leurs habiletés physiques, cognitives et sociales et favorisent leur capacité d'adaptation à l'environnement et à leur quotidien (76). Enfin, les trois professionnels interrogés utilisent des activités sportives variées comme du torball, de l'escalade, de la natation, du football, de l'équitation, du ski, etc. ou encore des jeux de ballons et les adaptent pour les rendre accessibles aux enfants qu'ils accompagnent. E2 souligne le fait que l'ergothérapeute a pour rôle de conseiller les entraîneurs ou les personnes qui mettent en place l'activité sportive. En effet, l'ergothérapeute « apporte des conseils et adapte les éléments liés à la personne, à l'activité ou à l'environnement pour favoriser

une activité adaptée et sécurisée et lutter contre les situations de handicap » (38), permettant la participation de l'enfant à son occupation.

2. L'activité sportive et le bien-être physique

Une déficience visuelle peut entraîner des répercussions sur le domaine physique de l'enfant. Nous avons pu voir qu'elle pouvait entraîner un retard de développement psychomoteur avec notamment des difficultés à contrôler sa posture, à se déplacer (20), à prendre conscience de son corps (77), etc., voire même une certaine maladresse gestuelle, comme l'évoque E2, en lien avec des difficultés de coordination oculo-manuelle (21) et de motricité fine (20). Ceci serait dû à une moindre appétence à vouloir découvrir l'environnement (21) du fait que l'enfant n'ait pas accès de manière optimale aux informations visuelles. Selon E2 et E3 cela favorise un renfermement sur soi et un comportement « statique ».

Nous avons pu voir que d'un point de vue physique, l'activité sportive a de nombreux bénéfices. En effet, elle va jouer sur l'indépendance des enfants déficients visuels en développant certaines capacités, comme l'énoncent les trois ergothérapeutes, telles que les capacités de compensation et les capacités motrices (globales et fines) (57) notamment par un meilleur contrôle moteur du corps et des gestes (78). Mais elle participe également, à l'amélioration de la prise de repère favorisant l'aisance corporelle et l'orientation dans l'espace (66). De plus, l'activité sportive peut amener des sensations pouvant être nouvelles pour l'enfant, lui permettant de prendre conscience de son corps, de ce qu'il peut faire avec et de prendre confiance en ses mouvements, améliorant son schéma corporel (79). D'autre part, cette activité requiert certaines compétences comme savoir-faire ses lacets, utiliser le matériel sportif correctement, etc. Elle permet donc d'aborder des activités de vie quotidienne comme l'habillage, la douche, la prise de repas, les déplacements, etc. dont les acquis seront transposables à la maison. Aussi, la réalisation d'une activité sportive collective pousse et motive les enfants à vouloir faire seul, afin d'être et de faire comme les autres (80) pour ne pas demander de l'aide continuellement. Elle donne également la possibilité aux enfants de pouvoir réaliser des activités seuls, sur ce temps, sans que leurs parents puissent faire à leur place.

L'activité sportive va également avoir une influence sur l'autonomie du jeune en lui permettant tout d'abord de pouvoir faire des choix (23) que ça soit sur l'activité qu'il

veut réaliser, sur l'organisation qu'il veut adopter (ex : prendre la douche au vestiaire ou non) ou sur la possibilité de s'extraire de l'activité pour, par exemple, faire une pause ou aller aux toilettes. De plus, cette activité permettrait le développement d'un système de raisonnement, c'est-à-dire trouver des solutions par eux-mêmes pour atteindre un objectif et établir des stratégies (80). Cela peut les aider à faire face à une situation complexe rencontrée dans leur quotidien. Cependant, selon E1, il n'y a pas suffisamment de séances pour assurer une véritable amélioration liée à l'activité sportive. En effet, pour ressentir un total bienfait de l'activité sportive, l'OMS estime qu'un enfant devrait réaliser au moins 60 minutes d'activité physique par jour (2).

Nous pouvons donc faire le lien avec notre première hypothèse de recherche qui concerne : **l'utilisation de l'activité sportive comme moyen thérapeutique en ergothérapie permettrait de favoriser la réalisation autonome et indépendante des occupations de l'enfant déficient visuel**. Cette hypothèse tend à être validée puisque l'activité sportive permet l'amélioration de certaines capacités et la mise en situation d'activités de la vie quotidienne, améliorant ainsi la réalisation des occupations. De plus, elle donne la possibilité aux enfants de faire des choix et de faciliter l'appréhension de leur environnement, favorisant leur autonomie. Cependant, il faudrait réaliser une activité sportive à une fréquence plus élevée afin de pouvoir en retirer de plus grands bénéfices.

3. L'activité sportive et le bien-être social

L'activité sportive permet de favoriser les relations puisqu'elle crée du lien entre les enfants et les intègre dans un groupe autour d'un même « sujet » favorisant un sentiment d'appartenance comme nous avons pu le voir précédemment (59). Elle permet également la mise en place et le respect de règles sociales comme l'écoute des autres, que chacun puisse trouver sa place, etc., ce qui permet de prendre conscience d'autrui et de faire attention aux autres. Enfin, concernant les relations, pour les enfants pouvant être renfermés, l'activité sportive va leur permettre de s'ouvrir et de se faire, par ce contexte, plus facilement des amis. A propos de la communication, elle est encouragée par l'activité sportive d'autant plus si c'est un sport collectif ou qu'elle se réalise en groupe car les enfants doivent coopérer, élaborer des stratégies communes et s'organiser (80). De plus, l'enfant va apprendre à organiser son discours pour se faire comprendre et améliorer la qualité de ses conversations

lorsqu'il voudra échanger sur son centre d'intérêt avec ses amis ou en racontant ce qu'il a fait à ses parents ou ses frères et sœurs. Enfin, la réalisation de l'activité sportive avec des pairs déficients visuels va permettre aux enfants d'échanger sur leur vécu, leurs difficultés, leurs astuces, etc., à savoir sur leur situation de vie commune. Ils sont souvent à la recherche d'autres personnes ayant le même vécu et qui partage les mêmes choses pour arriver à mieux se connaître et à trouver leur véritable identité. Cela peut permettre de créer des relations affectives fortes, renforçant le sentiment d'appartenance des enfants (80).

Les informations recueillies nous permettent de discuter de la seconde hypothèse qui est : **l'activité sportive, utilisée lors de la prise en soin ergothérapique, permettrait de soutenir les interactions sociales de l'enfant déficient visuel.** Nous pouvons donc valider cette deuxième hypothèse car l'activité sportive permet de favoriser les relations sociales et d'améliorer la communication des enfants, ce qui représente les notions principales des interactions sociales. De plus, au-delà de favoriser et de développer les interactions sociales des enfants déficients visuels, l'activité sportive permet une meilleure inclusion que ce soit entre eux lors de la séance sportive ou dans leur école ordinaire du fait que la réalisation d'une activité sportive permet d'avoir des centres d'intérêt commun avec les autres et d'échanger avec eux.

4. L'activité sportive et le bien-être psychique

Tout d'abord, l'activité sportive joue sur la confiance et l'estime de soi et permet de valoriser les enfants car ils se rendent compte qu'ils sont capables de réaliser des activités seul et peuvent le prouver à leurs parents, créant une source de bonheur et de plaisir pour eux (58). D'autant plus que l'engagement de l'enfant dans cette activité sera favorisé par cette notion de plaisir qu'il peut en tirer (59). Au niveau émotionnel, l'activité sportive permet d'apprendre à canaliser et à gérer ses émotions. En effet, elle va permettre aux enfants d'être confronté à des relations aussi bien amicales que conflictuelles car elle peut être source de fortes émotions négatives et positives. L'enfant devra apprendre à les gérer afin de pouvoir continuer à échanger de manière adaptée. E2 évoque l'exemple d'un jeune pour lequel il a pu observer une diminution de l'agressivité envers les autres. A contrario, l'activité sportive permet également l'expression des émotions par la libération du contrôle de soi (81). Ensuite, les enfants

déficients visuels peuvent connaître un déséquilibre de leurs occupations. Cela serait dû à leur manque de curiosité créée par leur pathologie qui les limitent dans l'accès à l'environnement visuel comme expliqué précédemment. Mais aussi par une surprotection de leur entourage qui les empêcherait de réaliser et de découvrir certaines activités qu'il juge trop dangereuses et le fait qu'il fasse beaucoup de choses à la place de leur enfant (31). Ceci est une limite à la diversification des occupations de l'enfant, pouvant impacter son équilibre occupationnel, son indépendance et son autonomie.

En tant qu'ergothérapeute nous allons pouvoir participer à ce rééquilibrage occupationnel puisque nous proposons des occupations. En effet, la proposition d'une activité sportive en séance permet aux enfants d'en inclure au moins une dans leur quotidien sur l'année. En effet, avoir une activité de loisir est important pour l'équilibre occupationnel et la qualité de vie (43). De plus, l'activité sportive participe de fait à l'établissement d'un équilibre car elle permet de donner un rythme dans sa vie si elle est incluse comme une activité de loisir. De plus, nous avons également pour rôle de montrer et de faire découvrir les activités qui existent. Cela favorise leur compréhension du monde puisqu'ils pourront découvrir des activités plus ou moins ordinaires comme la natation, le ski, l'accrobranche, etc., et leur donne une plus grande possibilité de choisir et d'en inclure une en tant que loisir. Néanmoins, cela est dépendant de chaque enfant. Certains choisiront de refaire l'activité avec leur entourage, d'autres s'inscriront dans des clubs pour une autre activité et d'autres ne voudront poursuivre aucune activité sportive. L'un des objectifs des ergothérapeutes interviewés reste néanmoins de montrer aux enfants mais également à leur famille qu'énormément de sports sont adaptés et accessibles, ou peuvent le devenir, et même que certains sports sont spécialement conçus pour les personnes déficientes visuelles (63).

L'activité sportive permet donc d'améliorer globalement l'aspect psychique de l'enfant. La troisième hypothèse étant : **l'utilisation de l'activité sportive lors des séances en ergothérapie pourrait permettre à l'enfant déficient visuel de l'inclure dans son quotidien en tant qu'activité de loisir, diversifiant son répertoire occupationnel** ; tend donc à être validée. Cependant, il n'est pas confirmé qu'un enfant participant à une activité sportive en ergothérapie, lui permette de l'intégrer assurément dans son répertoire occupationnel comme un nouveau loisir. Cela est

dépendant de chaque enfant. Cependant, la découverte de sports pouvant être accessibles va favoriser la possibilité pour les enfants de diversifier leur répertoire occupationnel et de rétablir un équilibre. Nous avons aussi pour rôle la promotion de la santé et de tout ce qui permet d'y contribuer comme favoriser l'engagement occupationnel de l'enfant à une activité sportive (59).

5. La qualité de vie et l'activité sportive

L'activité sportive a donc un impact sur les différentes sphères de la qualité de vie. En effet, elle permet l'amélioration des capacités physiques (motricité, tonicité, énergie, autonomie et indépendance dans les occupations, etc.), des capacités sociales en facilitant les relations, la manière de communiquer, etc. ainsi que des capacités psychiques (gestion des émotions, confiance en soi et en leurs capacités, découverte de nouveauté, etc.). Ainsi en agissant sur ces différents aspects, l'activité sportive favorise un bien-être global et donc une qualité de vie satisfaisante. Cependant, nous ne pouvons pas affirmer que l'utilisation de l'activité sportive, dans la prise en soin ergothérapique, améliore la qualité de vie des enfants déficients visuels de manière générale. Comme l'évoquent les ergothérapeutes, cela est dépendant de chacun. En effet, chaque enfant est différent et les bénéfices que peut apporter l'activité sportive sont variables. De plus, la notion de qualité de vie est propre à chacun, tout comme la notion d'équilibre occupationnel. Les enfants n'ont pas forcément besoin d'inclure une activité sportive en tant que loisir pour ressentir un bien-être. Ils auront une qualité de vie qui leur seront satisfaisante tout comme les autres enfants pratiquant une activité sportive (82).

6. Perspectives de recherche

a) Qualité de vie et ergothérapie

A travers les différents entretiens, il a été mis en avant le manque d'utilisation d'outil spécifique pour l'évaluation de la qualité de vie des enfants déficients visuels. En effet, les ergothérapeutes utilisent des entretiens auprès des enfants et des parents pour recueillir leurs ressentis et l'inscrire dans le PP. Une des ergothérapeutes avait utilisé la MCRO pour guider son entretien. C'est un outil en lien à un modèle conceptuel propre aux ergothérapeutes et en lien avec la qualité de vie car il met en avant le niveau de satisfaction que ressent la personne dans la réalisation de ses occupations.

E2, lui, se base sur les observations qu'il peut faire de l'enfant et sur un échange avec les autres professionnels. Pourtant des questionnaires existent pour l'évaluation de la qualité de vie des enfants comme l'auto-questionnaire qualité de vie enfant imagé (AUQUEI) (83), le Children Health Questionnaire (CHQ-CF87) (84), le KIDSCREEN-27 (29) ou encore le KidIQol (85). Cependant, il ne semble pas exister d'outil d'évaluation de la qualité de vie propre aux enfants déficients visuels. Nous pouvons donc nous demander pourquoi les ergothérapeutes n'utilisent pas d'outils d'évaluation spécifique à la qualité de vie alors qu'ils sont des acteurs concernés par cela. Nous pouvons également nous interroger sur la nécessité de créer un outil d'évaluation de la qualité de vie spécifique aux enfants déficients visuels.

b) Parent et déficience visuelle

La qualité de vie ne repose pas que sur les aspects propres de la personne, elle est également influencée par son environnement (25). En effet, l'environnement social à toute son importance comme le décrivent les ergothérapeutes en évoquant particulièrement les parents. Le sport est souvent vu par les parents comme une activité inaccessible, extrême et dangereuse pour leurs enfants. Ils vont jusqu'à les décourager à participer à des sports ou des jeux par peur de blessures (86), limitant les activités sociales avec leurs pairs. Ils ont tendance à une surprotection et à faire beaucoup de choses à leur place, créant un sentiment de dépendance pour l'enfant envers ses parents. En effet, pour eux il est difficile de trouver un juste milieu entre « encourager l'indépendance de leur enfant » et les protéger (31). Cette attitude est à mettre en lien avec l'acceptation de la pathologie de leur enfant car eux aussi sont touchés par celle-ci. Ils doivent apprendre à s'adapter à cette nouvelle situation tout en apprenant à la gérer, ce qui peut susciter une inquiétude excessive. Cependant, « un enfant a besoin d'un environnement physique et social riche ainsi que la possibilité d'explorer des situations de manière autonome » (31). Ainsi, sans le vouloir les parents participent à la restriction de la participation, de l'autonomie et de l'indépendance de leurs enfants dans leurs occupations. L'activité sportive va alors permettre aux parents de prendre conscience des capacités de leurs enfants et que beaucoup de choses sont possibles. Le travail en collaboration avec les parents est donc très important pour satisfaire la qualité de vie de l'enfant. Nous pouvons donc nous interroger sur le rôle que peut avoir l'ergothérapeute auprès de ces parents.

Comment l'ergothérapeute pourrait-il les accompagner dans la prise d'indépendance et d'autonomie de leur enfant déficient visuel ?

B. Discussion de la méthode

En prenant du recul, nous pouvons souligner des points forts et des axes d'amélioration concernant cette méthodologie de recherche.

L'entretien est un outil permettant d'entrer en contact direct avec la personne interrogée, créant un lien de confiance afin d'obtenir des réponses. Il permet à l'interviewé de s'exprimer librement et de partager les informations qu'il souhaite. Le professionnel est libre de parler avec ses propres mots, de partager ce qu'il pense et ce qu'il fait, voir même de déborder ou de nuancer une autre idée. Cependant, le fait d'utiliser l'entretien semi-directif permet de structurer l'échange grâce à des questions préparer au préalable. L'entretien nous a donc donné la possibilité de récolter de riches et diverses informations auprès des professionnels autour d'un thème précis. D'autre part, l'entretien permet de comprendre la pratique du professionnel interrogé pour pouvoir analyser par la suite, de manière plus objective, ses propos. De plus, l'utilisation de l'entretien nous permet d'utiliser des questions de relance afin d'approfondir une idée et de collecter des données encore plus précises. Cela peut faire émerger de nouvelles idées et hypothèses auxquelles nous n'aurions pas pensé. Il a donc été intéressant d'utiliser l'entretien pour cette recherche car cela a permis d'apporter beaucoup d'informations complémentaires.

Plusieurs éléments à améliorer peuvent être observés dans ce travail de recherche. Tous les biais cités précédemment dans la partie méthodologie sont des éléments à prendre en considération. La distance séparant les différents professionnels ainsi que la crise sanitaire n'ont pas permis le déplacement pour la réalisation d'un entretien en présentiel. Un entretien en face à face plutôt qu'en visioconférence aurait permis de limiter les biais liés à l'environnement et aux matériels. En effet, j'aurais pu avoir une plus grande maîtrise de l'environnement et éviter les imprévus. Le manque d'expérience est un biais qui a été difficile de limiter. En effet, l'entretien de recherche n'est pas un exercice facile. Concernant la formulation des questions, elles pouvaient être parfois trop longues, submergeant l'interviewé d'informations. Il aurait fallu les raccourcir afin de transmettre que les éléments essentiels composant la question pour obtenir des réponses plus précises.

Enfin, le fait de connaître la pratique d'un des interviewés a été un frein. Le premier entretien s'est déroulé avec cette professionnelle, ainsi certaines réponses n'ont pas été assez approfondies. Lors de l'utilisation de la technique de relance ou de reformulation, il a pu arriver que certaines formulations influencent les réponses des professionnels. Il est donc important de choisir avec précision les mots utilisés pour limiter le biais d'investigation.

D'autres perspectives méthodologiques seraient intéressantes à explorer. Tout d'abord, la qualité de vie étant une notion subjective, il aurait été intéressant de réaliser cette recherche en interrogeant ou en questionnant des enfants. Cela aurait permis de comprendre l'impact de l'activité sportive sur la qualité de vie sous un autre angle, en recueillant le ressenti propre des enfants. Les données recueillies auraient permis d'apporter des informations complémentaires à ce mémoire et de préciser les résultats. Enfin, il aurait été intéressant de réaliser ce mémoire avec un autre modèle conceptuel comme le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO) en complément. En effet, ce modèle est également lié à la notion de qualité de vie par l'évaluation subjective de la performance et de la satisfaction de la personne dans la réalisation de ses occupations (45).

Conclusion

Dans un monde où la vue est l'un des sens prédominants, une déficience visuelle innée peut avoir un retentissement sur tous les aspects de la vie d'un enfant. L'ergothérapie est une profession de santé pouvant les accompagner afin de favoriser leur autonomie et leur indépendance dans leur vie quotidienne. Elle utilise divers moyens thérapeutiques dont peut faire partie l'activité sportive. Cette activité est reconnue pour ses nombreux bienfaits concernant la santé. Cela nous amène donc à nous questionner quant à la manière dont l'activité sportive pourrait, au sein de la prise en soin ergothérapique, développer une qualité de vie satisfaisante chez les enfants déficients visuels. Pour répondre à ce questionnement, trois entretiens ont été effectués auprès d'ergothérapeutes accompagnant des enfants déficients visuels et utilisant l'activité sportive dans leur prise en soin. Ce travail a permis de comprendre les effets de l'activité sportive concernant l'aspect physique, social et psychologique. C'est par le développement des capacités dans chacun de ces domaines, qu'elle favorise le développement de l'indépendance et de l'autonomie, des interactions

sociales, de l'inclusion sociale et offre l'opportunité aux enfants de découvrir de nouvelles activités possibles et accessibles. En revanche, l'activité sportive ne semble pas être une activité de loisir nécessaire à inclure dans ses occupations pour obtenir une qualité de vie satisfaisante.

Plusieurs perspectives de recherche émergent de cette étude. Nous pouvons nous interroger tout d'abord sur la nécessité d'utiliser des outils d'évaluation de la qualité de vie et l'intérêt d'en concevoir un spécialement pour les enfants déficients visuels. D'autre part, il a été vu que l'activité sportive exerçait une influence sur l'entourage des enfants, favorisant leur qualité de vie. En effet, elle permet à leurs parents de prendre conscience des capacités de leur enfant. Nous pouvons donc nous questionner sur le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement des parents sur la prise d'indépendance et d'autonomie de leur enfant déficient visuel.

D'un point de vue personnel, ce travail m'a permis d'améliorer mes connaissances sur une spécificité de l'ergothérapie : l'accompagnement de la déficience visuelle et l'utilisation de l'activité sportive. Il m'a également permis de développer mon esprit critique en sélectionnant des articles scientifiques pertinents, en élaborant une méthodologie de recherche, en analysant les résultats obtenus lors des entretiens et en les comparant à la littérature scientifique. J'ai donc pu acquérir de nouvelles compétences notamment sur la recherche littéraire et sur la conduite d'entretien. D'un point de vue professionnel, ce mémoire a pu guider ma pratique professionnelle lors de mon apprentissage en accentuant mon attention sur la qualité de vie des enfants que j'accompagnais. De plus, il m'a aidé à affirmer mon identité professionnelle car j'espère avoir de nouveau l'opportunité d'utiliser, comme moyen thérapeutique, l'activité sportive et de travailler auprès de personnes déficientes visuelles.

Bibliographie

1. Organisation mondiale de la Santé. Plan d'action mondial de l'OMS pour promouvoir l'activité physique 2018-2030 : des personnes plus actives pour un monde plus sain [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 [cité 21 nov 2021]. 101 p. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327168>
2. Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité [Internet]. Organisation mondiale de la Santé ; 2020 [cité 2 oct 2021]. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337003>
3. Organisation Mondiale de la Santé. Cécité et déficience visuelle [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé. 2021 [cité 11 sept 2021]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>
4. La Fédération des Aveugles et Amblyopes de France. Quelques chiffres sur la déficience visuelle [Internet]. [Cité 12 sept 2021]. Disponible sur : <https://aveuglesdefrance.org/quelques-chiffres-sur-la-deficience-visuelle/>
5. Lieberman LJ, Byrne H, Mattern CO, Watt CA, Fernández-Vivó M. Health-related fitness of youths with visual impairments. *J Vis Impair Blind*. 2010 ;104(6) :349-59.
6. Dejean A. Les activités physiques et sportives et les personnes en situation de handicap. *Empan*. 2003 ;51(3):65.
7. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. 2005-102 févr 11, 2005.
8. Fédération des aveugles de France. Ludovic, chercheur malvoyant [Internet]. [Cité 14 nov 2021]. Disponible sur : <https://aveuglesdefrance.org/nos-combats/education-petite-enfance/>
9. Lemoine-Lardennois C, Doré-Mazars K, Alahyane N. La mise en place des fonctions visuelles et oculomotrices chez le jeune enfant. *Contraste*. 2016;43:17 à 37.
10. Lewi-Dumont N. Enseigner à des élèves aveugles ou malvoyants. *Futuroscope : Canopé éditions*; 2016. (Maîtriser).
11. Jeanrot N, Jeanrot F. Manuel de strabologie : aspects cliniques et thérapeutiques. Paris : Elsevier Masson ; 2011.
12. CIM-11. 9D90 Déficience visuelle, y compris la cécité [Internet]. CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité. 2021 [cité 14 sept 2021]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fid%2fentity%2f1103667651>

13. Hatwell Y. L'enfant aveugle et amblyope : les incidences cognitives de la déficience visuelle précoce. In : Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. 2004. p. 875 à 888.
14. Dictionnaire de français Larousse. Définitions : Acquis [Internet]. [Cité 25 janv 2022]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/acquis/809>
15. Orssaud C. Les causes de la déficience visuelle de l'enfant. Rev Francoph Orthopt. 1 janv 2018;11(1):36-40.
16. Dictionnaire de français Larousse. Définitions : Inné [Internet]. [Cité 25 janv 2022]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/inn%C3%A9/43177>
17. Solebo AL, Rahi J. Epidemiology, aetiology and management of visual impairment in children. Arch Dis Child. 1 avr 2014;99(4):375-9.
18. Markowitz M. Occupational therapy interventions in low vision rehabilitation. Can J Ophthalmol. 2006;41(3):340-7.
19. Le Sage Beaudon C, Torossian M. Troubles des apprentissages chez les enfants déficients visuels. Rev Francoph Orthopt. 2013;6(4):169-76.
20. Robert PY. Déficiences visuelles [Internet]. 2017 [cité 27 sept 2021]. Disponible sur:https://nls.ldls.org.uk/welcome.html?ark:/81055/vdc_100040153303.0x000001
21. Baillargeon M, éditeur. Entrez dans la ronde : l'intégration des enfants handicapés dans les services de garde. Les déficiences visuelles : effets sur le développement (p.75-77). Québec : Gouvernement du Québec, Office des services de garde à l'enfance ; 1986. 139 p. (Collection Ressources et petite enfance).
22. Pérez-Pereira M, Conti-Ramsden G. Développement du langage et interaction sociale chez les enfants aveugles. Talant-Dijon : Éditions les Doigts qui rêvent ; 2016. (Corpus tactilis).
23. Meyer S. De l'activité à la participation. Paris : De Boeck-Solal ; 2013. (Ergothérapies).
24. Boyd D, Bee H. Les âges de la vie : psychologie du développement humain. 5e édition. Montréal (Québec) : Pearson ; 2017. (ERPI sciences humaines).
25. Haute Autorité de Santé. Évaluation des technologies de santé à la HAS : place de la qualité de vie [Internet]. Haute Autorité de Santé. [Cité 26 janv 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2883073/fr/evaluation-des-technologies-de-sante-a-la-has-place-de-la-qualite-de-vie
26. Zekovic B, Renwick R. Quality of Life for Children and Adolescents with Developmental Disabilities : Review of conceptual and methodological issues relevant to public policy. Disabil Soc. janv 2003;18(1):19-34.

27. Coudronnière C, Bacro F, Guimard P, Florin A. Quelle conception de la qualité de vie et du bien-être chez des enfants de 5 à 11 ans ? *Enfance*. juin 2015;2015(02):225-43.
28. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Définition : Bien-être [Internet]. [Cité 31 janv 2022]. Disponible sur : <https://www.cnrtl.fr/definition/bien-%C3%AAtre>
29. Elsman EBM, Koel M, van Nispen RMA, van Rens GHMB. Quality of Life and Participation of Children With Visual Impairment : Comparison With Population Reference Scores. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 1 juin 2021;62(7):14.
30. Syndicat National des Ophtalmologistes de France. Malvoyance et handicap visuel [Internet]. SNOF. [Cité 15 nov 2021]. Disponible sur : <https://www.snof.org/public/conseiller/malvoyance-et-handicaps-visuels>
31. Rainey L, Elsman EBM, van Nispen RMA, van Leeuwen LM, van Rens GHMB. Comprehending the impact of low vision on the lives of children and adolescents : a qualitative approach. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. oct 2016;25(10):2633-43.
32. Tadić V, Hundt GL, Keeley S, Rahi JS, Vision-related Quality of Life (VQoL) group. Seeing it my way : living with childhood onset visual disability: Children's views and visual impairment. *Child Care Health Dev*. Mars 2015;41(2):239-48.
33. Marc E, Picard D. Interaction. In : *Vocabulaire de psychosociologie* [Internet]. Érès; 2002 [cité 18 févr 2022]. p. 189-96. Disponible sur : <https://www.cairn.info/vocabulaire-de-psychosociologie-2002--9782749206851-page-189.htm?ref=doi>
34. Galiano AR, Balteneck N. Interactions verbales et déficience visuelle : le rôle de la vision dans la communication. 2007; *Revue électronique de Psychologie Social(n°1)*:47-54.
35. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Définition : Stigmatiser [Internet]. [Cité 20 mars 2022]. Disponible sur : <https://www.cnrtl.fr/definition/stigmatiser>
36. Denormandie P, Renaux N, Baudouin C, Berger-Martinet A, Berthezene, Blanc S, et al. *Handicap visuel de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Assistance Publique - Hopitaux de Paris; 2008.
37. Lefèvre-Renard G, Vauville Chagnard B. Ergothérapie et vision : un regard sur la vie quotidienne. *Contraste*. 2016;43(1):177.
38. Ministère de la santé et des sports, Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique. Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute - Arrêté du 5 juillet 2010 - Référentiel d'activités. 2010 p. 14.
39. Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires (Articles L4301-1 à L4394-4) [Internet]. Code de la santé publique 2021. Disponible sur :

40. Meyer S. L'occupation en thérapie et la thérapie comme occupation. *Ergothérapies*. 22 mai 2020;77:37.
41. ANFE. Comprendre l'ergothérapie auprès des enfants. 2019.
42. Larivière N, Levasseur M. Traduction et validation du questionnaire ergothérapeutique l'Inventaire de l'équilibre de vie. *Can J Occup Ther*. avr 2016;83(2):103-14.
43. Ferland F. Et si on jouait ? Le jeu au cœur du développement de l'enfant. 2018.
44. Ordre des ergothérapeutes du Québec. Qu'est-ce que l'ergothérapie ? [Internet]. Ordre des ergothérapeutes du Québec. [Cité 15 sept 2021]. Disponible sur : <https://www.oeq.org/m-informer/qu-est-ce-que-l-ergotherapie.html>
45. Morel-Bracq MC. Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux. 2e éd. Paris: Deboeck supérieur; 2017. (Ergothérapie).
46. MIGNET G. Le Modèle de l'Occupation Humaine : s'approprier les concepts théoriques grâce aux expériences cliniques. *Ergothérapies*. 30 juill 2016;62(1):25.
47. BILLIAUX J. L'importance des modèles conceptuels pour comprendre notre (future) pratique ergothérapeutique. *Ergothérapies*. 30 juill 2016;62(1):5.
48. Hernandez H. L'ergothérapie, une profession de réadaptation. *J Réadapt Médicale Prat Form En Médecine Phys Réadapt*. 1 déc 2010;30(4):194-7.
49. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. 2004-802 juill 29, 2004.
50. Lefèvre Renard G, Alexandre A. Analyse de l'activité en ergothérapie ou pourquoi créer ses propres jeux ? Chapitre 17. *Ergothérapie en pédiatrie*. In 2010. p. 251-64.
51. Daveluy C. Enquête sociale et de santé 1998 (chapitre 7 : activité physique). Institut de la statistique du Québec : Institut de la statistique du Québec; 2001. (La santé et le bien-être).
52. Organisation Mondiale de la Santé. Activité physique [Internet]. 2020 [cité 14 sept 2021]. Disponible sur : <file:///C:/Users/leabe/Zotero/storage/7Z3NET4X/physical-activity.html>
53. Bacquaert P, Maton F. À vos marques, prêts, bougez ! Et sportifiez-vous ! la santé et le bien-être par l'activité physique. Magny-les-Hameaux : Chiron; 2009. (Sport et santé).
54. Augustin JP, Fuchs J. Le sport, un marqueur majeur de la jeunesse. *Agora Débatsjeunesses*. 2014;68(3):61.

55. HAS. Prescrire l'activité physique : un guide pratique pour les médecins [Internet]. Haute Autorité de Santé. [Cité 23 nov 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2875944/fr/prescrire-l-activite-physique-un-guide-pratique-pour-les-medecins
56. Bekhechi AK. L'effet de l'activité physique et sportive régulière sur le développement cognitif des enfants. PUBLIC NONPROFIT Manag Rev [Internet]. 28 sept 2019 [cité 2 oct 2021];4(1). Disponible sur : <https://revues.imist.ma/index.php/PNMReview/article/view/15745>
57. Bendahmane MN. L'essor des activités physiques et leurs bienfaits à l'âge préscolaire. DSTAPS. 1 janv 2011;3(1):53-62.
58. Dugas C, Moro M. Guide facilitant les interventions lors de la pratique d'activités physiques et sportives chez les jeunes avec une déficience visuelle. 2013.
59. Bertrand R. Vers une perspective occupationnelle de l'activité physique et sportive en ergothérapie : une recension des écrits. Ergothérapies. 31 juill 2020;78:17.
60. Loi n° 2000-627 du 6 juillet 2000 modifiant la loi no 84-610 du 16 juillet 1984 relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives. 2000-627 juill 6, 2000.
61. Association sportive des aveugles du Québec. L'activité physique et la déficience visuelle [Internet]. 2009. Disponible sur : <https://sportsaveugles.qc.ca/wp-content/uploads/2014/09/guide-activites-physiques-fr.pdf>
62. Handisport. Présentation [Internet]. Handisport.org. [Cité 8 févr 2022]. Disponible sur : <https://www.handisport.org/presentation/>
63. Handisport. Nos disciplines sportives [Internet]. Handisport.org. [Cité 28 nov 2021]. Disponible sur : <https://www.handisport.org/tous-les-sports/#handicaps-visuels>
64. Voir ensemble. Promouvoir le showdown [Internet]. Association Voir ensemble. [Cité 29 déc 2021]. Disponible sur : <https://www.voirensemble.asso.fr/nos-actions/promouvoir-le-showdown>
65. Les bienfaits du sport pour les malvoyants - Les bienfaits de l'handisport [Internet]. Sport-malvoyant.fr. [Cité 3 oct 2021]. Disponible sur : <https://sport-malvoyant.fr/bienfaits-du-sport/>
66. Sport: améliorer ses actions motrices fondamentales [Internet]. <https://www.unadev.com>. [Cité 3 oct 2021]. Disponible sur : <https://www.unadev.com/sport-pour-les-personnes-deficientes-visuelles-bienfait-n1/>
67. Marchalot I. Promouvoir l'activité physique : une mission des ergothérapeutes. Ergothérapies. 31 juill 2020;78:7.

68. Lemarié K. La boîte comme outil en ergothérapie : une nouvelle vision du soin en santé mentale. *Ergothérapies*. 31 juill 2020;78:31.
69. Launois M. Corps et mouvements. *Ergothérapies*. 30 juill 2020;78:55.
70. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. 2016-1990 déc 30, 2016.
71. Inserm. *Activité physique - Prévention et traitement des maladies chroniques*. 2019.
72. De Ketele JM, Roegiers X. *Méthodologie du recueil d'informations*. S.l.: Deboeck supérieur; 2016.
73. Tétréault S, Guillez P. *Guide pratique de recherche en réadaptation*. Paris : De Boeck-Solal ; 2014. (Méthodes, techniques et outils d'intervention).
74. Dictionnaire de français Larousse. Définition : Verbatim [Internet]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/verbatim/81475>
75. Buret L, Mellier J, Mahieu C. L'interdisciplinarité, un choix incontournable. *Santé Conjug*. déc 2021;97:37-9.
76. Guitard P, Ferland F, Dutil E. L'importance de l'attitude ludique en ergothérapie avec une clientèle adulte.
77. Bonmartin A. Déficience visuelle et troubles du spectre autistique : intérêt d'une approche multidisciplinaire et sensori-motrice. *Rev Francoph Orthopt*. juill 2016;9(3):156-61.
78. Houwen S, Visscher C, Hartman E, Lemmink KAPM. Gross motor skills and sports participation of children with visual impairments. *Res Q Exerc Sport*. mars 2007;78(2):16-23.
79. Ene MI, Iconomescu TM, Talaghir LG, Neofit A. Developing spatial and body schema orientation in preschoolers and primary school through physical activities. *Int J Educ Sci*. sept 2016;15(1-2):27-33.
80. Deleuze O, Bui-Xuân G. Le paradoxe du torball : contribution à l'étude de l'intégration des déficients visuels. *Corps Cult* [Internet]. 1 juin 1998 [cité 6 mai 2022];(Numéro3).Disponiblesur:<http://journals.openedition.org/corpsetculture/784>
81. Aquatias S. Activités sportives et « décontrôle » des émotions : Esquisse d'une analyse des usages de produits psychoactifs dans le sport et hors le sport. *Déviance Société*. 2003;27(3):313.
82. Samier R, Jacques S. *Le développement cognitif par le jeu*. Paris: Tom pousse; 2021.

83. Manificat S, Dazord A, Cochat P, Nicolas J. Évaluation de la qualité de vie en pédiatrie : comment recueillir le point de vue de l'enfant. Arch Pédiatrie. déc 1997;4(12):1238-46.
84. Rodary C, Pezet-Langevin V, Kalifa C. Qualité de vie chez l'enfant : Qu'est-ce qu'un bon outil d'évaluation ? Arch Pédiatrie. juill 2001;8(7):744-50.
85. Gayral-Taminh M, Matsuda T, Bourdet-Loubère S, Lauwers-Cances V, Raynaud JP, Grandjean H. Auto-évaluation de la qualité de vie d'enfants de 6 à 12 ans : construction et premières étapes de validation du KidIQoL, outil générique présenté sur ordinateur. Santé Publique. 1 juin 2005; Vol. 17(2):167-77.
86. Boufous S, Finch C, Bauman A. Parental safety concerns - a barrier to sport and physical activity in children? Aust N Z J Public Health. oct 2004;28(5):482-6.

ANNEXES

Annexe I : Extrait des lignes directrices de l’OMS sur l’activité physique et la sédentarité.....	I
Annexe II : Tableau de classification de la gravité de la déficience visuelle	VI
Annexe III : Exemple de pathologies visuelles.....	VII
Annexe IV : Exemple de sports accessibles aux personnes déficientes visuelles...	VIII
Annexe V : Guide d'entretien.....	IX
Annexe VI : Analyse longitudinale	XIII
Annexe VII : Analyse transversale	XXVIII

Annexe I : Extrait des lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité

ENFANTS ET ADOLESCENTS

(âgés de 5 à 17 ans)



Chez les enfants et les adolescents, l'activité physique apporte des bénéfices au regard des résultats sanitaires suivants : meilleure forme physique (fonction cardiorespiratoire et musculaire), santé cardiométabolique (pression artérielle, dyslipidémie, glucose et insulino-résistance), état osseux, résultats cognitifs (rendement scolaire, fonction exécutive), santé mentale (symptômes dépressifs réduits) et adiposité réduite.

Au moins

60
minutes par jour
activité physique d'intensité modérée à soutenue, tout au long de la semaine ; cette activité physique doit être principalement aérobie.



Il est recommandé ce qui suit :

- > Les enfants et les adolescents devraient pratiquer au moins 60 minutes par jour en moyenne d'activité physique essentiellement aérobie d'intensité modérée à soutenue et ce, tout au long de la semaine.

Recommandation forte, preuves de certitude modérée

Au moins

3
fois par semaine
 il convient d'intégrer des **activités aérobieques d'intensité soutenue**, ainsi que des activités qui **renforcent le système musculaire et l'état osseux**.



- > Des activités aérobieques d'intensité soutenue, ainsi que des activités qui renforcent le système musculaire et l'état osseux, devraient être intégrées au moins trois fois par semaine.

Recommandation forte, preuves de certitude modérée

DÉCLARATIONS DE BONNES PRATIQUES

- Une activité physique limitée vaut mieux qu'aucune activité physique.
- Si les enfants et adolescents n'atteignent pas le niveau recommandé, une quantité inférieure d'activité physique sera néanmoins bénéfique pour leur santé.
- Les enfants et les adolescents devraient commencer par de petites quantités d'activité physique et en augmenter progressivement la fréquence, l'intensité et la durée.
- Il est important d'encourager tous les enfants et adolescents à participer à des activités physiques agréables, variées et adaptées à leur âge et à leurs aptitudes, et de leur fournir des occasions sûres et équitables de le faire.



Chez les enfants et les adolescents, une sédentarité accrue est associée aux résultats sanitaires négatifs suivants : adiposité accrue ; santé cardiométabolique, forme physique et comportement social de moindre qualité ; et durée de sommeil réduite.

Il est recommandé ce qui suit :

- > Les enfants et les adolescents devraient limiter leur temps de sédentarité, et en particulier le temps de loisir passé devant un écran.

Recommandation forte, preuves de certitude faible

LIMITER

le temps de sédentarité, et en particulier le temps de loisir passé devant un écran.



Recommandations

ADULTES (âgés de 18 à 64 ans)



Chez les adultes, l'activité physique apporte des bénéfices au regard des résultats sanitaires suivants : amélioration de la mortalité toutes causes confondues, de la mortalité liée aux maladies cardiovasculaires, de l'hypertension incidente, de certains cancers incidents,² du diabète de type 2 incident, de la santé mentale (symptômes d'anxiété et de dépression réduits) ; de la santé cognitive et du sommeil ; les mesures de l'adiposité peuvent également s'améliorer.

Il est recommandé ce qui suit :

➤ **Tous les adultes devraient pratiquer une activité physique régulière.**

Recommandation forte, preuves de certitude modérée

➤ Les adultes devraient pratiquer au moins 150 à 300 minutes d'activité physique aérobique d'intensité modérée ou au moins 75 à 150 minutes d'activité physique aérobique d'intensité soutenue ou une combinaison équivalente d'activité physique d'intensité modérée et soutenue par semaine pour en retirer des bénéfices substantiels sur le plan de la santé.

Recommandation forte, preuves de certitude modérée



Pour retirer des bénéfices supplémentaires sur le plan de la santé :

Au moins 2 fois par semaine des activités de renforcement musculaire d'intensité modérée ou plus soutenue faisant travailler les principaux groupes musculaires.

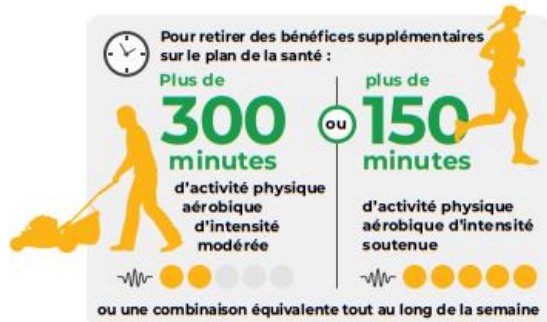
➤ Les adultes devraient également pratiquer des activités de renforcement musculaire d'intensité modérée ou plus soutenue faisant travailler les principaux groupes musculaires deux fois par semaine ou plus, au vu des bénéfices supplémentaires que ces activités apportent sur le plan de la santé.

Recommandation forte, preuves de certitude modérée



² Cancers de la vessie, du sein, du colon, de l'endomètre, adénocarcinome de l'œsophage, cancer de l'estomac et du rein.





> Les adultes peuvent augmenter l'activité physique aérobique d'intensité modérée à plus de 300 minutes ou pratiquer plus de 150 minutes d'activité physique aérobique d'intensité soutenue ou une combinaison équivalente d'activité physique d'intensité modérée et soutenue par semaine pour en retirer des bénéfices substantiels sur le plan de la santé.

Recommandation conditionnelle, preuves de certitude modérée

DÉCLARATIONS DE BONNES PRATIQUES

- Une activité physique limitée vaut mieux qu'aucune activité physique.
- Si les adultes n'atteignent pas le niveau recommandé, une quantité limitée d'activité physique sera néanmoins bénéfique pour leur santé.
- Les adultes devraient commencer par de petites quantités d'activité physique et en augmenter progressivement la fréquence, l'intensité et la durée.



Chez les adultes, une sédentarité accrue est associée aux résultats sanitaires négatifs suivants : mortalité toutes causes confondues, mortalité liée à des maladies cardiovasculaires et mortalité liée au cancer, incidence de maladies cardiovasculaires, de cancer et de diabète de type 2.

Il est recommandé ce qui suit :

> Les adultes devraient limiter leur temps de sédentarité. Remplacer la sédentarité par une activité physique de tout niveau d'intensité (y compris de faible intensité) apporte des bénéfices pour la santé.

Recommandation forte, preuves de certitude modérée

> Pour contribuer à réduire les effets néfastes pour la santé d'un niveau de sédentarité élevé, les adultes devraient viser à dépasser les niveaux recommandés d'activité physique d'intensité modérée à soutenue.

Recommandation forte, preuves de certitude modérée



ENFANTS ET ADOLESCENTS (âgés de 5 à 17 ans) SOUFFRANT D'UN HANDICAP



Bon nombre des bénéfices de l'activité physique pour la santé des enfants et des adolescents décrits ci-avant s'appliquent également aux enfants et adolescents souffrant d'un handicap. L'activité physique apporte les bénéfices supplémentaires suivants sur le plan des résultats sanitaires des personnes souffrant d'un handicap : amélioration des fonctions cognitives des personnes souffrant de maladies ou de troubles affectant ces fonctions, notamment de trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDAH) ; une amélioration des fonctions physiques peut se produire chez les enfants souffrant d'un handicap intellectuel.

Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité : en un coup d'œil

Au moins

60
minutes par jour



activité physique d'intensité modérée à soutenue, tout au long de la semaine ; cette activité physique doit être principalement aérobique.



Il est recommandé ce qui suit :

- > Les enfants et les adolescents souffrant d'un handicap devraient pratiquer au moins 60 minutes par jour en moyenne d'activité physique essentiellement aérobique d'intensité modérée à soutenue et ce, tout au long de la semaine.

Recommandation forte, preuves de certitude modérée

Au moins

3
fois par semaine



il convient d'intégrer des **activités aérobiques d'intensité soutenue**, ainsi que des activités qui **renforcent le système musculaire et l'état osseux**.



- > Des activités aérobiques d'intensité soutenue, ainsi que des activités qui renforcent le système musculaire et l'état osseux, devraient être intégrées au moins trois fois par semaine.

Recommandation forte, preuves de certitude modérée

Une activité physique limitée vaut mieux qu'aucune activité physique.



DÉCLARATIONS DE
BONNES PRATIQUES

- Une activité physique limitée vaut mieux qu'aucune activité physique.
- Si les enfants et les adolescents souffrant d'un handicap n'atteignent pas le niveau recommandé, une quantité inférieure d'activité physique sera néanmoins bénéfique pour leur santé.
- Les enfants et les adolescents souffrant d'un handicap devraient commencer par de petites quantités d'activité physique et en augmenter progressivement la fréquence, l'intensité et la durée.
- La pratique d'une activité physique ne suppose pas de risque important pour les enfants et les adolescents souffrant d'un handicap, pour autant qu'elle soit adaptée à leur niveau d'activité, à leur état de santé et à leurs fonctions physiques actuels, et lorsque les bénéfices pour la santé l'emportent sur les risques.
- Les enfants et les adolescents souffrant d'un handicap devront éventuellement consulter un professionnel de la santé ou un autre spécialiste de l'activité physique et des handicaps pour déterminer le type et la quantité d'activité physique qui leur convient.

Chez les enfants et les adolescents, une sédentarité accrue est associée aux résultats sanitaires négatifs suivants : adiposité accrue ; santé cardiométabolique, forme physique et comportement social de moindre qualité ; et durée de sommeil réduite.

Il est recommandé ce qui suit :

- > **Les enfants et les adolescents souffrant d'un handicap devraient limiter leur temps de sédentarité, et en particulier le temps de loisir passé devant un écran.**

Recommandation forte, preuves de certitude faible

LIMITER



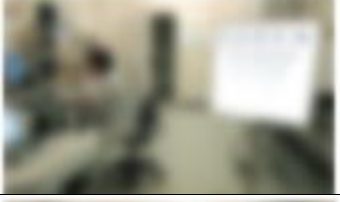
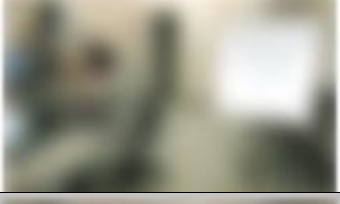

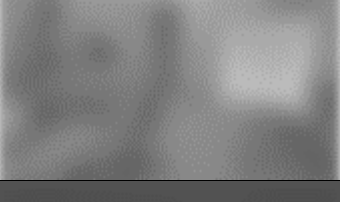

le temps de sédentarité, et en particulier le temps de loisir passé devant un écran.



Commencer par de petites quantités d'activité physique.

Annexe II : Tableau de classification de la gravité de la déficience visuelle

Déficience visuelle affectant la vision de loin corrigée :

Catégorie	Acuité visuelle de distance	
0 Pas de déficience visuelle	Au-dessus ou égale à 5/10	
1 Déficience visuelle légère	Entre 5/10 et 3/10	
2 Déficience visuelle modérée	Entre 3/10 et 1/10	
3 Déficience visuelle grave	Entre 1/10 et 1/20	
4 Cécité	Entre 1/20 et 1/50	
5 Cécité partielle	Entre 1/50 et perception de la lumière	
6 Cécité totale	Aucune perception lumineuse	

Déficience visuelle affectant la vision de près corrigée :

Catégorie	Acuité visuelle proche	
Déficience visuelle	Inférieure à N6 ou N8 à 40cm	ABCD (police 20)

Annexe III : Exemple de pathologies visuelles



J'ai aimé les gens, les inconnus qui passent, la pluie qui quitte, le vent, la neige, et tout ce qui est à l'âme, les yeux, les mains, les pieds et les lèvres ; j'ai aimé aussi les choses les plus précieuses, la magie des clairs de lune précoces. J'ai aimé Dieu, à chaque instant j'ai été amour et rien. Un beau jour, j'ai brisé contre le mur. J'ai à présent je recommence...

Rétinite Pigmentaire :
atteinte des photorécepteurs de la rétine.



Glaucome :
Élévation de la pression intraoculaire par affection de l'écoulement de l'humeur aqueuse.



Vision tubulaire :
Réduction du champ visuel.



Photophobie :
Forte sensibilisé à la lumière dû à une anomalie de l'iris et la pupille.



Cataracte :
Opacification du cristallin.



Achromatopsie :
Absence de vision des couleurs dû à une atteinte des cônes.

Annexe IV : Exemple de sports accessibles aux personnes déficientes visuelles

Nos disciplines sportives

Les disciplines sont organisées par la Fédération Française Handisport, sous l'égide de ses commissions sportives.

FILTRE LES SPORTS

TOUS LES SPORTS formation HANDICAPS AUDITIFS

HANDICAPS NEUROLOGIQUES D'ORIGINE PÉRIPHÉRIQUE HANDICAPS NEUROLOGIQUES ÉVOLUTIFS

HANDICAPS ORTHOPÉDIQUES HANDICAPS VISUELS HÉMIPLÉGIQUES HighFive

INFIRMES MOTEURS CÉRÉBRAUX **PARAPLÉGIQUES ET TETRAPLÉGIQUES** randonnée

sports de nature • DEAFLYMPICS • PARALYMPIQUE



ATHLÉTISME



BOCCIA



CANOË-KAYAK



CÉCIFOOT (FOOT À 5 DV)



CYCLISME



DÉVELOPPÉ COUCHÉ & MUSCULATION



ÉQUITATION



ESCRIME HANDISPORT



GOALBALL



JUDO



NATATION



PLONGÉE SUBAQUATIQUE



RANDONNÉE



SHOWDOWN



SKI ALPIN ET SNOWBOARD



SKI NORDIQUE



TENNIS DE TABLE



TIR À L'ARC



TIR SPORTIF



TORBALL



VOILE

Annexe V : Guide d'entretien

INTRODUCTION

[Lancement de l'enregistrement]

Bonjour, je m'appelle Léa BEAL.

(Est-ce que vous m'entendez (et me voyez) bien ? *[Réponse]*)

Je suis étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie à l'institut de Nevers et dans le cadre de ma formation, je réalise un mémoire d'initiation à la recherche. Cette recherche interroge le rôle de l'ergothérapie dans l'amélioration de la qualité de vie des enfants ayant une déficience visuelle innée par l'utilisation de l'activité sportive de loisir. Ainsi, je m'intéresse aux ergothérapeutes qui utilisent l'activité sportive de loisir dans leur prise en soin.

Je vous remercie d'avoir accepté de réaliser cet entretien et de me permettre de recueillir votre expérience sur le sujet afin d'effectuer mon mémoire de fin d'études.

Vous avez pu lire la notice d'information que je vous ai communiqué et, avec votre accord, l'entretien sera enregistré et retranscrit. Votre anonymat sera respecté et cette retranscription ne servira que dans le cadre de cette étude.

Avez-vous des questions concernant cela ?

[Réponse]

Je vais vous poser sept questions. L'entretien devrait durer entre trente et quarante minutes mais cela reste variable, selon les réponses que vous apporterez. Si vous éprouvez le besoin de faire une pause, n'hésitez pas à me le dire.

Êtes-vous prêts à commencer ?

[Réponse]

QUESTIONS

Thèmes	Questions principales	Exemple de questions complémentaires	Objectif
Présentation de l'interviewé	1) Pouvez-vous vous présenter professionnellement en quelques mots ?	<p>Depuis combien de temps êtes-vous ergothérapeute ?</p> <p>Pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel ?</p> <p>Dans quel type de structure exercez-vous actuellement ?</p>	Connaître le profil professionnel de l'informateur.
Activité sportive et ergothérapie	2) Qu'est-ce qui vous a motivé à inclure l'activité sportive dans vos prises en soin et comment l'utilisez-vous ?	<p>Pensez-vous que l'activité physique et sportive à des bienfaits sur les enfants ayant une déficience visuelle ?</p> <p>Utilisez-vous l'activité sportive auprès de tous les enfants déficients visuels que vous accompagnez ?</p>	Déterminer la manière dont l'ergothérapeute utilise l'activité sportive.
Activité sportive et bien-être physique	3) Que pouvez-vous me dire concernant l'utilisation de l'activité sportive en ergothérapie et le bien-être physique des enfants déficients visuels que vous suivez ?	<p>Selon vous, en quoi l'activité sportive va-t-elle avoir des bénéfices sur les occupations des enfants déficients visuels avec lesquels vous l'utilisez ?</p> <p>Quelle influence l'activité sportive va-t-elle avoir sur l'autonomie et l'indépendance d'un enfant déficient visuel ?</p>	Connaître les effets de l'utilisation de l'activité sportive sur le bien-être physique des enfants déficients visuels.

<p>Activité sportive et bien-être social</p>	<p>4) Qu'apporte l'utilisation de l'activité sportive en ergothérapie concernant les interactions sociales des enfants déficients visuels ?</p>		<p>Approfondir le lien entre les bénéfices de l'activité sportive et les interactions sociales des enfants déficients visuels.</p>
<p>Activité sportive et bien-être psychique</p>	<p>5) Selon vous, en quoi l'activité sportive va-t-elle avoir des bénéfices sur l'équilibre occupationnel des enfants déficients visuels avec lesquels vous l'utilisez ?</p>	<p>L'utilisation de l'activité sportive en ergothérapie permet-elle à l'enfant d'inclure cette activité dans son répertoire occupationnel en tant que loisir ?</p>	<p>Comprendre les effets de l'activité sportive sur l'équilibre occupationnel de l'enfant déficient visuel.</p>
<p>Qualité de vie et activité sportive</p>	<p>6) Quelle(s) différence(s) pouvez-vous remarquer entre les enfants avec qui vous utilisez l'activité sportive et ceux avec qui vous ne l'utilisez pas ?</p>	<p>Voyez-vous des différences concernant l'aspect psychologique ? L'aspect social ? L'aspect physique ?</p>	<p>Vérifier que l'utilisation de l'activité sportive en ergothérapie a une réelle influence sur la qualité de vie des enfants déficients visuels.</p>
<p>Qualité de vie et ergothérapie</p>	<p>7) En tant qu'ergothérapeute, comment évaluez-vous la qualité de vie d'un enfant ayant une déficience visuelle innée ?</p>	<p>Quels sont les outils que vous utilisez pour évaluer la qualité de vie ?</p>	<p>Connaître les outils utilisés en ergothérapie pour évaluer la qualité de vie des enfants.</p>

CONCLUSION

Nous avons terminé.

Je vous remercie pour votre participation et le temps que vous m'avez accordé.

Si vous le désirez, lorsque mon mémoire sera terminé, je pourrais vous l'envoyer.

De plus, n'hésitez pas à me contacter si vous avez des questions supplémentaires à propos de l'entretien ou de ma recherche.

[Réponse]

[Formule de politesse et fin de l'enregistrement]

Annexe VI : Analyse longitudinale

Résultats de l'entretien E1 :

Question 2 : Qu'est-ce qui vous a motivé à inclure l'activité sportive dans vos prises en soins et comment l'utilisez-vous ?		
Thème	Codage	Catégorisation
Activité sportive et ergothérapie	« Ce qui m'a motivé ça a été une idée de groupe avec euh la psychomotricienne et euh l'enseignante spécialisée » « Ce sont des objectifs qu'on a définis ensemble [...] qui reprenait un peu tous nos champs de compétences »	Pluridisciplinarité
	« Être un bon support d'utiliser le sport [...] pourquoi pas le torball » « Je repense à à l'escalade qu'on avait fait »	Type d'activité sportive
	« Le torball [...] pouvait se jouer avec les enfants qui étaient déficients visuels et non-voyants [...] permettait d'inclure différents enfants du service »	Choix de l'activité
	« Je fais seulement le groupe torball avec six jeunes » « Même individuellement je fais pas d'activité physique avec les enfants »	Activité de groupe
	« Une fois tous les quinze jours »	Fréquence
	« On avait pour objectif de faire travailler un peu la socialisation [...] le lien avec les autres [...] le travail en équipe »	Relation sociale
	« On avait pour objectif de faire travailler [...] la tonicité du corps [...] la conscience de son corps, de sa force »	Motricité globale
	« Sur tous les enfants en général ça à des bienfaits [...] en particulier [...] avec les enfants déficients visuels dans le sens où la conscience du corps est pas pareil » « Faire une activité physique ça les aide déjà à prendre conscience de ce corps, qui sont capables de faire des choses avec et qui sont pas enfermés dans ce corps ou des fois ils ont, on a l'impression qu'ils sont tout recroquevillé sur eux » « Permet aussi je trouve de de d'avoir un peu plus confiance en eux et en en leur mouvement »	Bienfaits spécifiques
	« On n'utilise pas l'activité sportive auprès de tous les enfants »	Participation des enfants
	« Le fait d'utiliser l'activité physique au service et ben on se dit que ça leur permet déjà de faire de l'activité physique parce qu'il y en a pas beaucoup finalement qui sont inscrits à l'extérieur dans des clubs ou pour faire des activités extrascolaires »	Inclure un loisir

Question 3 : Que pouvez-vous me dire concernant l'utilisation de l'activité sportive en ergothérapie et le bien-être physique des enfants déficients visuels que vous suivez ?		
Thème	Codage	Catégorisation
Activité sportive et bien-être physique	« Ça va leur permettre d'avoir une meilleure conscience de leur corps, une meilleure tonicité, plus ils sont tonic et plus ils auront une meilleure posture pour se déplacer, pour chercher les choses, ils auront plus confiance en leur mouvement »	Tonicité
	« L'activité physique joue sur la confiance en soi »	Confiance en soi
	« Moi ma vision c'est plus un bien-être vraiment général quoi. Euh que ce soit physique, au niveau social, au niveau mental, enfin que ce soit vraiment un bien être bio-psycho-social » « Si on arrive à jouer sur le bien-être euh social et bien-être psychique et ben certainement le bien-être physique il va, il sera impacté »	Bien-être global
	« Ils échangent de ce qu'on fait, fin de l'activité physique qu'on fait au service avec leurs parents, avec leurs frères et	Communication

	sœurs. Donc déjà ça va ça leur permet peut-être de créer un peu de lien et d'échange »	
	« Déjà sur l'indépendance, je pense que c'est un impact déjà on le remarque parce que par rapport au début de l'année où on installait tout. Là ils arrivent, ils sont capables de tous installer le terrain seuls. Euh ils peuvent se déshabiller, se rhabiller seuls donc c'est pas, c'est des choses qui étaient enfin un peu compliqué en début d'année et là on voit que ça que ça progresse donc certainement que ça a un impact »	Indépendance
	« Le fait d'être en groupe [...] ça les stimule un peu, ça les pousse, ils peuvent s'entraider mais en même temps euh il y a ce petit truc de Ah bah lui il a réussi à faire ça donc moi aussi faut que je le fasse »	Activité de groupe
	« On a quand même remarqué que il y avait des petits, L en l'occurrence qui a quand même un peu moins peur [...] des choses qui peuvent arriver vers elle de façon un peu surprenante. Elle a une meilleure réaction, elle est moins surprise ou paniquer dès qu'il y a quelque chose qui se passe un peu autour d'elle et des choses qu'elle est pas au courant. »	Appréhender son environnement
	« Pour se déplacer, je trouve qu'ils ont des déplacements un, beaucoup plus plus francs. Ils ont l'air plus assuré »	Déplacements
	« De les valoriser un peu aussi sur ce qu'ils sont capables de faire »	Valorisation
	« J'arrive pas trop à voir quel lien il pourrait faire eux sur entre le sport qu'on fait et leurs occupations à domicile. En tout cas pas à notre, pas la fréquence et l'intensité où on fait nous »	Occupation

Question 4 : Qu'apporte l'utilisation de l'activité sportive en ergothérapie concernant les interactions sociales des enfants déficients visuels ?		
Thème	Codage	Catégorisation
Activité sportive et bien-être social	« C'est un sport collectif [...] ils sont obligés d'être en lien pendant l'activité et en dehors de l'activité sur des temps hors match je veux dire » « Quand on fait un sport collectif on est obligé de parler avec ses coéquipiers »	Sport collectif
	« Ils prennent le temps de de laisser la parole aux autres » « Pour les échauffements ils sont, il y en a un qui dirige et puis les autres suivent » « Ils prennent quand même leur place donc euh je trouve que c'est une bonne chose » « Je pense que ça facilite. Mais je je sais pas, j'ai rien pour vérifier »	Relation sociale
	« L'outil sport [...] qui est vraiment utilisé comme un tiers entre les enfants » « L'avantage d'utiliser le sport c'est que ça fait moins moins on veut vraiment travailler les interactions sociales parce qu'elles sont obligées d'être travaillé » « En passant par ça je trouve que le lien se fait plus facilement et l'interaction sociale est de faite plus aisée quand on utilise le sport »	Médiation sportive

Question 5 : Selon vous, en quoi l'activité sportive va-t-elle avoir des bénéfices sur l'équilibre occupationnel des enfants déficients visuels avec lesquels vous l'utilisez ?		
Thème	Codage	Catégorisation
	« Pratiquer une activité physique ça donne déjà un rythme dans dans ta dans ta routine »	Rythme
	« Faire des choses qui te font du bien à toi parce que finalement l'activité physique ça c'est très c'est très autocentré quoi, c'est pour soi c'est pour se faire du bien »	Bien-être

Activité sportive et bien-être psychique	« Quand on est bien dans sa tête et dans son corps euh je pense qu'on a un meilleur état de bien-être »	
	« En tout cas si on est au sport on est pas devant les écrans »	Ecran
	« De les ouvrir un peu sur ce qui peut, sur ce qui peut exister sur les les activités qui peuvent faire en dehors de l'école, du service »	Découverte
	« Je repense à à l'escalade qu'on avait fait [...] c'est vrai que suite à ça, il y a eu 4 enfants je pense. Ouais. 4 sur les 6 ou 7 qui avaient, qui ont fait de l'escalade après avec leurs parents, leur frère et sœurs, en dehors du service »	Activité sportive de loisir
	« Leur faire pratiquer une activité physique dans le cadre du service ça permet aussi aux familles de se rendre compte que finalement l'activité physique elle est accessible pour les enfants déficients visuels ou aveugles et que ça leur permet peut-être de de voir des choses qu'ils auraient pas pensé possible pour leur enfant » « Qu'on a aussi ce rôle de de d'ouvrir le champ des possibles pour les enfants et de leur montrer ce qui est, de montrer qu'il y a plein d'activités qui sont réalisables et que les parents n'ont pas à se à se freiner parce que leur enfant est déficient visuel ou aveugle »	Accessibilité

Question 6 : Qu'elle(s) différence(s) pouvez-vous remarquer entre les enfants avec qui vous utilisez l'activité sportive et ceux avec qui vous ne l'utilisez pas ?		
Thème	Codage	Catégorisation
Qualité de vie et activité	« C'est difficile de, d'établir des différences dans le sens où quand même les enfants sont tous uniques donc c'est difficile » « Plus avec les enfants eux-mêmes qui font du sport plutôt que comparer avec les enfants qui font pas de sport avec des enfants qui font du sport »	Personnel
	« Au niveau attentionnel c'est un peu compliqué. Mais quand on fait du torball, c'est vrai que il est, il est posé, il est attentif, il fait attention aux autres euh, choses qui fait pas en, de façon naturel en dehors » « L'activité physique à à un peut influé sur sur son attention, sur son attention de lui envers les autres et son attention portée sur les autres aussi » « « Une amélioration de l'attention »	Attention
	« Une amélioration [...] de la confiance en soi aussi. J'ai l'impression qu'ils sont plus sûr d'eux »	Confiance en soi
	« Peut-être aussi une amélioration au niveau de de de l'énergie, enfin du tonus général de de vie. Ils sont un peu plus motivés à tout »	Energie
	« Euh une amélioration aussi du, de l'énergie enfin de la tonicité » « Une amélioration de la tonicité »	Tonicité

Question 7 : En tant qu'ergothérapeute, comment évaluez-vous la qualité de vie d'un enfant ayant un déficience visuelle innée ?		
Thème	Codage	Catégorisation
Qualité de vie et ergothérapie	« J'avais eu la formation pour la MCRO [...] j'ai eu utilisé une ou deux fois »	MCRO
	« On utilise le le le projet personnalisé pour pour évaluer un peu cette cette qualité de vie » « Il y a l'évaluation ce qui permet voilà de réajuster si finalement est-ce que ben, est-ce que l'activité torball convient toujours ou pas, comment l'enfant se sent, est-ce que il a des des des demandes particulières, est-ce qu'il y a des choses qui veut	Projet personnalisé

	changer, des choses qui veut arrêter, des choses qui veut ajouter » « On recueille un peu les attentes de la famille, les attentes du jeune. Nous on met en place notre, on on met nos différents constats et puis les objectifs qu'on va essayer de travailler puis les moyens qu'on va utiliser »	
	« C'est quelque chose qu'on fait en co-construction avec les les parents et les différents professionnels [...] en début d'année scolaire [...] on recueille un peu les attentes de la famille, les attentes du jeune »	Co-construction
	« Dans l'année on fait une évaluation de ce projet-là » « Entre-temps dans l'année il y a l'évaluation ce qui permet voilà de réajuster si finalement est-ce que ben, est-ce que l'activité torball convient toujours ou pas, comment l'enfant se sent, est-ce que il a des des des demandes particulières, est-ce qu'il y a des choses qui veut changer, des choses qui veut arrêter, des choses qui veut ajouter »	Evaluation
	« En fin d'année on fait le bilan pour voir où on en est, comment s'est déroulée l'année, les objectifs qui ont été atteints ou pas, et on essaie de de projeter pour l'année prochaine les futurs objectifs pour qu'à la rentrée on puisse lancer le projet assez rapidement »	Bilan
	« J'ai pas de de grille d'évaluation de la qualité de vie propre ergo »	Evaluation de la qualité de vie

Résultat de l'entretien E2 :

Question 2 : Qu'est-ce qui vous a motivé à inclure l'activité sportive dans vos prises en soins et comment l'utilisez-vous ?		
Thème	Codage	Catégorisation
Activité sportive et ergothérapie	« L'activité sportive euh c'est qui motive [...] à la mettre dans ma, dans mes prises en charge c'est le fait qu'elle soit euh ludique »	Ludique
	« Parce que les déficients visuels dont sont vont avoir beaucoup de problèmes de de motricité [...] Le sport leur permet de, du coup de développer leur motricité, énormément »	Bienfaits spécifiques
	« Je vais pas la mettre en place dans un groupe comme j'interviens à l'école généralement j'interviens euh en individuel » « Donc là sois-je l'intègre en fonction des des de ce que de ce que va faire la le professeur, soit je le intègre directement dans dans le groupe de la classe soit euh je ... comment dire, soit je, soit je la prend à part et on fait quelque chose qui sera dans le même style mais du coup de manière adaptée pour pour la personne déficiente visuelle » « Dans la cour de récréation ou, ou alors dans les salles de motricité »	Activité individuelle
	« Euh c'est plutôt régulièrement »	Fréquence
	« Pour conseiller les, pour conseiller les les donc du coup ceux qui font euh, qui mettent en place l'activité, et et pour voir aussi un petit peu comment se débrouille l'enfant lors de cette activité » « On stimule les enfants à faire du sport »	Rôle ergothérapeutique
	« En relation avec, comment ça s'appelle, avec la psychomotricienne »	Pluridisciplinarité
	« Des jeux de ballon [...] jeux d'équilibre [...] parcours avec euh avec des obstacles [...] des jeux de lancer » « Qui font soit du foot, soit de l'équitation »	Type d'activité sportive

Question 3 : Que pouvez-vous me dire concernant l'utilisation de l'activité sportive en ergothérapie et le bien-être physique des enfants déficients visuels que vous suivez ?		
Thème	Codage	Catégorisation
Activité sportive et bien-être physique	« Les enfants déficients visuels effectivement vont avoir des difficultés motrices » « Des difficultés pour courir, euh vont avoir des difficultés pour faire certains mouvements et vont, on va dire qu'ils sont plus maladroits » « Il y a eu un manque de stimuli quand ils ont été plus petits, dus à leur pathologie » « Les enfants déficients visuels vont avoir tendance à se renfermer un petit peu sur eux-mêmes. A être, après ça va dépendre aussi de la personnalité, mais c'est vrai que ça va faciliter, on va dire, le renfermement »	Conséquences de la déficience visuelle
	« L'activité sportive va améliorer justement ce développement moteur, va apprendre à l'enfant à utiliser son corps correctement et euh va beaucoup améliorer améliorer son contrôle moteur et développer donc du coup tout ce qui, tout ce qui a trait à le mouvement dans l'espace etcetera » « Donc ça va aussi permettre de lui, de lui s'orienter dans l'espace, réussir à gérer espace qu'il y a autour d'eux » « Ils vont mieux appréhender l'espace »	Développement moteur
	« Ça va être aussi très canalisant au niveau des émotions » « Donc ça va ça va créer des émotions négatives et positives qu'il va devoir gérer et à ce niveau-là c'est vraiment très cadrant » « Il y a une certaine attitude à avoir donc il va falloir contrôler ses émotions [...] ça lui permet vraiment de, de devoir développer ce genre de chose pour pouvoir ensuite les appliquer que ça soit à l'école ou dans la vie de tous les jours »	Gestion des émotions
	« Le sport peut développer une certaine autonomie » « Ça pousse l'enfant à une autonomisation pour se montrer comme les autres enfants qui participent à l'activité » « Déjà le fait de choisir un sport » « Du coup-là ils vont s'émanciper un petit peu en faisant le sport qu'ils ont envie de faire » « Niveau autonomie de l'habillage euh et parfois de la toilette en fonction de s'ils prennent la douche ou pas avec, au sport. Euh donc ça ça va améliorer leur leur activité euh parce que forcément ils doivent, ils reproduisent ça à la maison » « Mais au niveau aussi cognitif avec le développement aussi bah de, d'un système de raisonnement » « Parce que dans chaque sport on doit faire des choix, on doit mettre en place un système de raisonnement pour amener à, à l'objectif. Donc là c'est gagné la partie, donc comment je dois faire pour gagner la partie »	Autonomie
	« Il va falloir que on sache s'habiller tout seul, qu'on mette ses affaires de sport. Il va falloir aussi qu'on sache faire ses lacets et il va falloir aussi qu'on utilise correctement le matériel sportif » « Ça ça peut être aussi un très bon facteur de motivation pour apprendre certaines choses [...] l'enfant qui demande une dizaine de fois pendant le match à ce que son entraîneur fasse ses lacets [...] justes après on va avoir une demande de l'enfant pour apprendre à faire ses lacets et une sur-motivation pour que il puisse arriver à les faire tout seul et que après il montre à son entraîneur et à ses copains que oui je sais faire mes lacets »	Indépendance
	« Ça permet de les intégrer dans un groupe et avoir des échanges avec des, avec des copains et des copines » « Donc ça facilite énormément les relations sociales » « Et du coup au niveau relation sociale ça va aussi leur apprendre à entamer une relation sociale »	Relation sociale

	« Et du coup-là on, le sport va leur apprendre à entamer une discussion qui pourront retranscrire à l'école »	
	« Enfin le sport va passer par le développement moteur donc ça forcément ça va ça va les aider dans leur vie quotidienne parce qu'ils vont être moins maladroits » « Par exemple attraper un verre ça sera plus facile pour eux, éviter certains objets ça va être plus facile pour eux, faire attention à des objets en mouvement aussi ou même des objets immobiles [...] ils vont faire plus attention à ce qui les entourent euh donc oui ça ça c'est c'est sûr que ça les aide dans leur vie de tous les jours » « Ou réaliser correctement l'activité ça aussi ça leur permet de de créer un système de raisonnement qui vont pouvoir remettre en place dans leur vie quotidienne » « Le fait de gérer leur émotion, ça c'est, ça va aussi les aider dans leur vie quotidienne, que ça soit pour les canaliser donc pour du coup être plus, on va dire plus stable émotionnellement, plus concentré quand ils seront dans leur vie quotidienne parce que tout le, toute l'énergie qu'ils ont emmagasinée va se déverser dans le sport ou alors justement ça va apprendre à canaliser leurs émotions et quand ils auront un moment de frustration dans leur vie quotidienne ils vont savoir mieux le gérer » « Mais ça va être aussi euh, je sais pas, justes, fin' ça va être dans toutes les activités du quotidien parce que ils vont avoir un contrôle moteur beaucoup plus précis donc ça va être le repas qui va être beaucoup plus simple parce que on va mieux savoir, on va mieux arriver à contrôler son mouvement lors de la découpe des des aliments. On va mieux attraper le geste, le verre. Euh on va mieux se verser de l'eau. Euh enfin, du coup on retrouve [...] cette capacité à contrôler le à contrôler le geste » « Ça peut nous permettre aussi à développer, nous on travaille beaucoup avec l'appareil numérique donc là dactylographie. Euh ça va nous aussi nous permettre d'améliorer leur capacité à faire de la dactylo parce qu'il y a un contrôle moteur qui est qui est mieux »	Occupation

Question 4 : Qu'apporte l'utilisation de l'activité sportive en ergothérapie concernant les interactions sociales des enfants déficients visuels ?		
Thème	Codage	Catégorisation
Activité sportive et bien-être social	« Les interactions sociales sont très importantes lors du sport » « Le sport va développer toutes les interactions sociales qui sont possibles et qu'on retrouve du coup dans la vie de tous les jours »	Interaction sociale
	« On va retrouver [...] soit des relations on va dire amicales où l'enfant va pouvoir discuter avec ses camarades d'activité ou de sport de manière saine et équilibré ou alors ben on va avoir des relations conflictuelles » « Les liens qui se créent lors de l'équitation ou du foot vont pouvoir se reproduire au niveau au niveau de de l'école » « Une enfant qui était très très refermée sur elle-même, qui la se retrouve à avoir un peu plus d'amis lors des récréations parce que ben elle elle retrouve ses copines de l'équitation et ses copines de l'équitation avait déjà d'autres copines donc forcément ça crée plus de liens »	Relation sociale
	« La personne joue contre un autre enfant et du coup va devoir gérer ses émotions pour pas être trop agressif, s'emporter trop » « Si l'autre enfant est agressif envers lui euh savoir justement se retenir pour pas, pour pas répondre à cette agressivité » « Mais du coup ça demande un beaucoup plus grand contrôle de ses émotions lors du sport que lors de la vie de tous les jours » « Comment il aurait dû réagir au lieu de, au lieu de, d'être agressif. Donc en plus on leur apporte aussi une réflexion »	Gestion des émotions

	<p>« On le ressent par du coup une diminution de l'agressivité envers les autres dans [...] ses relations sociales [...] ce phénomène se ressent beaucoup moins depuis qu'il a qu'il a une pratique sportive »</p> <p>« Ça va développer leur communication sur déjà dans la manière de communiquer »</p> <p>« Ça va développer forcément leur communication parce qu'ils vont avoir des échanges avec d'autres enfants »</p> <p>« La qualité de leur conversation, c'est-à-dire que, on peut avoir certains enfants qui vont juste savoir communiquer mais avec une communication pauvre. C'est-à-dire avec peu d'échange d'information, avec des réponses, ça va être généralement des réponses fermées, alors que là, la communication va se développer autour du coup de, avec une augmentation de l'information et euh et les enfants qui vont développer une qualité de communication lors de ces échanges »</p> <p>« Il va y avoir un échange qui va devoir être construit »</p> <p>« Ils vont être obligés de, d'augmenter la qualité de leur conversation [...] pour que nous on puisse comprendre qu'est ce qui s'est passé »</p> <p>« Et du coup ça c'est transposé, donc c'est transposé dans la vie de tous les jours parce que ben ils vont devoir, ils vont avoir envie, pas devoir mais plutôt avoir envie de parler de ce qu'ils ont fait lors de ses activités »</p>	Communication
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------

Question 5 : Selon vous, en quoi l'activité sportive va-t-elle avoir des bénéfices sur l'équilibre occupationnel des enfants déficients visuels avec lesquels vous l'utilisez ?		
Thème	Codage	Catégorisation
Activité sportive et bien-être psychique	<p>« Le sport [...] crée une source de bonheur généralement pour la personne »</p> <p>« Euh l'enfant va plutôt être à la recherche d'une approbation, d'une d'une valorisation de la part de l'adulte pour montrer que pour pour atteindre son enfin justement ce sentiment de de bonheur »</p> <p>« Ils vont ressentir du bonheur lors de de l'approbation de l'adulte lui montrant que il a bien fait l'activité et euh c'est c'est là où il ressent enfin c'est vraiment là où il ressent le bonheur »</p> <p>« Les enfants lors de leur activité ils vont avoir tendance à rester concentrés sur leur activité jusqu'à qu'elle soit terminée sans forcément prendre de temps pour ce, on va dire se divertir »</p> <p>« Euh et du coup c'est pour ça que au sein de l'activité, ils vont pas forcément recherche de le le on va dire le bonheur de l'activité »</p>	Bonheur
	<p>« Ben comme ça améliore la qualité de ce qu'ils font de des des activités qui vont faire à côté du sport donc bah à la maison [...] donc du coup ils sont valorisés dans toutes ces activités autre que le sport »</p> <p>« Ils seront plus fiers de nous de nous en de nous le dire »</p> <p>« Ils vont être à la recherche d'une d'une approbation de bah de celui qui a demandé l'activité ou de la personne »</p>	Valorisation
	<p>« Comme ça va augmenter la qualité de l'activité, eux ils vont, où ils vont retirer du plaisir, ça va être de montrer qu'ils ont bien réussi cette activité [...] ça va être le fait de montrer que je suis capable de faire, j'ai bien fait ce que tu demandes »</p>	Plaisir
	<p>« Des enfants qui sont du coup comme j'ai dit assez renfermé et qui vont se concentrer sur des activités plutôt numériques [...] ils vont être assez renfermé sur soi et pas forcément avoir d'activités sportives »</p>	Ecran
	<p>« Ça va beaucoup dépendre des personnes »</p> <p>« Après on la mise en place et du coup ça là aussi stimulé le faire dans un club »</p> <p>« Je passe par Ben les les enseignants qui vont me dire Ah bah tiens il a plutôt aimé telle ou telle activité et du coup j'essaye de les</p>	Activité sportive de loisir

	remettre en place moi pendant mes séances et pour les stimuler à ce qu'il cherche à faire le sport » « Un enfant qui aimait plutôt ben faire du ping-pong. Donc ça a été mis en place en ergothérapie mais il n'a pas souhaité en faire en club »	
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Question 6 : Qu'elle(s) différence(s) pouvez-vous remarquer entre les enfants avec qui vous utilisez l'activité sportive et ceux avec qui vous ne l'utilisez pas ?		
Thème	Codage	Catégorisation
Qualité de vie et activité sportive	« Très légère » « Je pense que ces enfants là auraient une qualité de vie moindre s'il ne faisait pas du sport » « Je suis pas sûr que ceux qui en ce moment ne font pas de sport auraient une qualité supérieure s'ils en font » « Je pense que pour les personnes qui font du sport oui c'est sûr que euh ça ça a amélioré leur qualité de vie » « Mais ceux qui ont pas eu de sport et pourtant qui ont eu la possibilité de faire du sport, euh je pense pas que le sport aurait amélioré leur qualité sinon il aurait été faire du sport » « Il a eu la possibilité de faire du sport, je pense que le sport aurait développé certaine chose mais je suis pas sûr que ça aurait considérablement amélioré sa qualité de vie »	Qualité de vie
	« Le sport va répondre à une envie, à un besoin » « Ça a vraiment été très efficace chez les personnes qui ont fait du sport parce que justement il y avait ce besoin et ça ça a développé certaines capacités qui manquaient » « Je pense que c'est très important de le proposer à tous les enfants » « Sur certains enfants le sport va avoir un effet extrêmement bénéfique tandis que sur d'autres l'effet va être moindre » « Qu'il y a toujours des effets bénéfiques du sport » « Certains enfants on va ressentir tout de suite une amélioration [...] ceux que je parle de l'équitation ou de la ou du foot c'est vrai qu'on a ressenti un réel bienfait » « On a pas réellement trouvé de de réel changement parce qu'il a fait du judo »	Effets bénéfiques variables
	« Enfin sur l'apport de l'activité sportive pour l'enfant je pense que c'est vraiment au cas par cas » « Qu'il y a toujours des effets bénéfiques du sport mais sa répercussion sera complètement différente en fonction de chaque enfant » « Ça va être vraiment au cas par cas »	Personnel

Question 7 : En tant qu'ergothérapeute, comment évaluez-vous la qualité de vie d'un enfant ayant une déficience visuelle innée ?		
Thème	Codage	Catégorisation
Qualité de vie et ergothérapie	« Je vais plutôt faire ça en relation avec mes collègues et et la psychologue »	Pluridisciplinarité
	« Non je n'ai pas d'outil ergothérapeutique pour évaluer la qualité de vie d'un enfant déficient visuel »	Evaluation de la qualité de vie
	« Pour évaluer on s'en tient aussi au discours de l'enfant et et de ses de ses interactions avec les autres » « Des indices, au niveau que ça soit comportementales où corporels, qui vont nous montrer si l'enfant est heureux ou pas »	Observation de l'enfant
	« Nous on est on est là pour essayer de d'augmenter leur qualité de vie au maximum » « On va leur montrer que bah c'est pas grave hein même s'ils peuvent pas conduire on peut mettre en place pas mal d'autres choses. Et du coup-là on va retrouver une meilleure qualité de vie »	Amélioration de la qualité de vie en ergothérapie

	« On est là nous pour pour améliorer » « S'il est bien encadré, si on y apporte des outils, si on lui parle, sa qualité restera quand même bonne hein comparé à, comparé à une personne on va dire lambda [...] qu'aujourd'hui on a des outils numériques, des choses pour pouvoir mettre en place pour compenser le handicap visuel »	
	« Il y a certaine chose qu'on va pas pouvoir modifier comme le fait de ne pas pouvoir, de pas pouvoir par exemple conduire va impacter énormément sur sur le moral et du coup la qualité de vie de certains certains enfants » « La qualité de vie des enfants déficients visuels elle est fluctuante » « Ça mais bon personnellement je pense que la qualité de vie des des enfants déficients visuels elle est plutôt bonne hein » « Ce n'est pas forcément du à leur handicap qui vont avoir une mauvaise qualité de vie »	Niveau de qualité de vie
	« L'environnement familial joue énormément là-dessus »	Environnement familial

Résultat de l'entretien E3 :

Question 2 : Qu'est-ce qui vous a motivé à inclure l'activité sportive dans vos prises en soins et comment l'utilisez-vous ?		
Thème	Codage	Catégorisation
Activité sportive et ergothérapie	« Ce qui m'a motivé, c'est l'aspect ludique de de de l'activité sportive en elle-même » « Avant que ça soit un sport, c'est d'abord un jeu en général » « Mais en tout cas c'est quelque chose d'assez ludique, d'assez jovial » « Mais qui vont être aussi ludiques pour l'enfant parce que ben voilà ça va être motivant » « En même temps il y a cet aspect jeu »	Ludique
	« D'assez de de découverte, etcetera » « Je trouve ça génial de pouvoir utiliser un truc qui motivait les enfants enfaite, qui qui attisait leur curiosité et enfaite d'aller un peu les pousser dans leur retranchement » « Cet aspect aussi appréhender le monde aquatique [...] enfin connaître enfaite ce que c'est une piscine » « On avait tendance à lui proposer au moins sur une année scolaire pour qu'il puisse découvrir une activité que jamais il aurait l'occasion de faire enfaite dans sa vie à lui quoi » « Séjour donc au ski [...] c'était vraiment la la découverte d'une activité qui paraît complètement inaccessible » « C'était vraiment découverte de cette sensation de glisse » « Beaucoup plus de et de compréhension du monde, qui va être aussi transposable dans plein de choses de la vie quotidienne »	Découverte
	« Ou une rencontre avec un animal notamment pour le poney »	Médiation animale
	« On travaille beaucoup enfaite avec les parents. Enfaient-ils pensent qu'il y a beaucoup de choses impossibles, qu'il y a beaucoup de choses qui sont interdites, qui sont trop dangereuses » « C'était aussi montrer aux enfants qu'ils sont capables de faire des choses et montrer à leurs parents aussi [...] que leurs enfants sont capables de faire des choses »	Parents

	« Parce que y'a des parents qui n'emmènent jamais leurs enfants à la piscine [...] pouvoir un peu leur faire découvrir ça avant qu'ils découvrent par exemple en y allant avec l'école enfaite parce que du coup l'école serait hyper réticente à les emmener à la piscine »	
	« En ergo l'objectif c'était que les enfants puissent développer leurs capacités de compensation enfaite par les autres sens, etcetera, leurs capacités gestuelles voilà »	Capacités de compensation
	« Permet aussi de pouvoir favoriser cette inclusion-là » « Et ben nous en fait on a donné aussi cette cette expérience, ce vécu là qui faisait que bah du coup ils étaient un peu plus comme tout le monde et qu'ils avaient aussi cette, du coup, se sentir un peu « faire partie de », du groupe d'enfants de leur âge enfaite »	Inclusion
	« Qu'ils vont les faire différemment de des autres enfants et de de quelqu'un, enfin voilà d'un enfant lambda, mais qu'ils vont pouvoir faire des choses » « Il y a plein de d'adaptations possibles pour que l'enfant il ait accès à un maximum de choses comme les autres enfants enfaite » « Qu'ils sont capables et en en respectant certaines règles de sécurité et certaines certaines adaptations, que il y a plein plein de choses qui sont possibles » « Euh enfin de choses en tout cas que tout le monde peut pratiquer et que eux parfois ils étaient un peu plus en retrait parce que ben avec cette déficience visuelle voilà il reste un peu en retrait » « On faisait plus accrobranche, enfin des choses aussi qui paraissent un peu inaccessibles, un peu un peu folle pour des gens qui voient pas où qui voit mal »	Accessibilité
	« Poney » « Activité piscine que j'ai fait pendant des années » « Ski » « Une journée on faisait accrobranche, le lendemain on faisait, je sais pas, randonner sur l'île, enfin voilà. On pouvait faire plein de choses différentes »	Type d'activité sportive
	« On essayait avec mes collègues, de trouver une activité » « Ça c'est vraiment en lien aussi avec euh donc la psychomotricienne » « J'avais une équipe très plus pluridisciplinaire hein et donc ces groupes là en général je les faisais avec la psychomot ou avec l'éducatrice spécialisée qui était instructrice en orientation et mobilité aussi, ou avec le psychologue aussi » « C'était ça qui était d'ailleurs très riche parce que on a on apportait chacun notre spécificité et et on avait tous le même objectif »	Pluridisciplinarité
	« La piscine et le poney, c'était une fois tous les 15 jours » « C'était très très régulier »	Fréquence
	« En fonction des enfants, si leurs besoins étaient encore là, si leur motivation était encore là » « Il y avait aussi parfois même le milieu social enfaite qui venait nous faire choisir plutôt telle activité ou telle activité » « Si c'est un enfant, on savait que il aurait jamais accès à cette activité-là »	Choix de l'activité
	« Séjour donc au ski » « On avait fait ces séjours là aussi pour les avoir 24h sur 24 » « L'accompagnement 24h sur 24 permet vraiment pour le coup-là, de d'avoir toutes les activités de la vie quotidienne : le repas, la toilette, enfin, l'habillage, la gestion du linge, tout tout est réuni enfaite lors d'un séjour » « Donc il y avait cette activité physique qui était vraiment centrale, enfin plusieurs activités physiques de d'hivers on va dire, de montagne. Et enfaite il y avait aussi tout le reste à côté qui était réunie »	Séjour sportif

	« On essayait de proposer des groupes ou des séjours à l'ensemble des enfants du service » « On essayait de le proposer à tout le monde » « Il se demandait un petit peu s'ils étaient motivés ou pas, on leur proposait une ou 2 séances d'essai pour voir si ils avaient envie d'adhérer au projet sur l'année ou pas. Et après ils faisaient leur choix de venir toute l'année ou de ne pas venir du tout »	Participation des enfants
	« Au niveau de la confiance en soi, enfin de l'estime de soi » « C'était aussi leurs prouver à eux et leur et prouver à à leur entourage qu'ils sont capables enfaite »	Confiance en soi
	« Donc il va falloir que tu apprennes à faire les gestes, que tu apprennes à prendre des repères, que tu tu puisses t'organiser toi, que tu saches où te déplacer dans le centre équestre pour aller chercher tel ou tel, voilà. Les étapes dans quel ordre tu vas les faire, etcetera » « Ça va développer les capacités gestuelles, corporelles, enfin, au niveau global mais aussi au niveau de la motricité fine euh pour plein de de de de choses enfaite, qui vont être transposables dans la vie quotidienne plus classique » « Beaucoup plus d'aisance corporelle »	Capacité motrice
	« Va être aussi socialement très utile, enfin tout cet aspect social, d'inclusion, de de centre d'intérêt commun avec des gens lambda, des discussions qui vont pouvoir avoir, enfin voilà, ils vont être au courant de plus de choses enfaite »	Interaction sociale
	« C'était toujours le même groupe d'enfants sur une année scolaire » « On proposait des groupes d'activités »	Activité de groupe

Question 3 : Que pouvez-vous me dire concernant l'utilisation de l'activité sportive en ergothérapie et le bien-être physique des enfants déficients visuels que vous suivez ?		
Thème	Codage	Catégorisation
Activité sportive et bien-être physique	« Quelqu'un qui est aveugle de naissance va plutôt avoir tendance à être très inhibée, très statique » « Mais en général ils sont très statiques, très très figées » « Il y a des jeunes qui sont aveugles de naissance et qui vont être très à l'aise corporellement, qui vont oser aller découvrir, etcetera, et des enfants malvoyants de naissance qui vont être plutôt statiques ou plutôt calme ou plutôt très à l'aise aussi, donc ça dépend »	Conséquence de la déficience visuelle
	« Enfin nous quand on va utiliser une activité physique, on va pousser au mouvement, pousser au déplacement, pousser à la découverte, à la curiosité, etcetera » « Ça amène plein plein de choses différentes au niveau des sensations, au niveau de la la gestion de son corps etcetera, d'avoir des des outils au bout des pieds qui sont hyper grands, enfin voilà, de au niveau de de du déplacement etcetera » « Ça amène ce bien-être-là, cette découverte-là de son corps qui peut faire des choses, qui peut bouger, qui peut, qui peut se renverser » « On va utiliser l'activité physique pour recentrer les choses et et du coup amener une meilleure maîtrise corporelle, une meilleure maîtrise de son schéma corporel, des mouvements dans l'espace, etcetera, et amener plus de cohérence en tout cas dans les mouvements »	Gestion du corps
	« L'activité piscine [...] c'était aussi également une façon d'aborder bah les activités de la vie quotidienne : l'habillage, le déshabillage, la douche, l'appréhension de l'eau, euh la tête sous l'eau, etcetera » « Trouver une activité qui va permettre de mettre des situations en place, qui sont proches de la vie quotidienne enfaite »	Occupation

	<p>« Quand on selle le un un poney et que on doit sangler la selle enfaite c'est comme un système de ceinture ou de montre enfaite avec euh une sangle qu'on passe dans un anneau, avec un ardillon qu'on met dans un petit trou, etcetera. 'Fin voilà, les gestes sont les mêmes, la technique est la même et enfaite il y a une transposition à faire »</p> <p>« C'est décentré enfaite, c'est décentrer pour pouvoir après remettre sur soi et et vers soi et transposer vers soi, vers ses activités de de soins personnels ou de, enfin voilà, par la suite quoi »</p> <p>« Donc c'était important qu'ils sachent faire et enfaite on passait beaucoup de temps sur ça, mais tout ça c'est des choses qui sont transposables dans dans des occupations quotidiennes enfaite »</p> <p>« C'est vrai que bah forcément c'est, ça va mettre des habitudes en place, un fonctionnement en place euh qui va être transposable sur les activités de la vie quotidienne »</p>	
	<p>« C'était eux qui faisaient leur planning enfaite. Donc il choisissait bowling, accrobranches, il se mettait tous d'accord enfaite pour que tout le monde soit soit ok pour faire cette activité là »</p> <p>« On leur donnait toujours la maîtrise de pouvoir s'extraire enfaite de l'activité s'ils avaient une appréhension ou s'ils étaient pas à l'aise, etcetera. Aussi s'ils étaient fatigués, enfin peu importe la raison mais en tout cas la la capacité en autonomie de s'extraire de de l'activité s'ils en avaient le besoin »</p> <p>« Ça ça les pousse à être curieux, à être plus débrouillards, à trouver des solutions par eux-mêmes aussi parfois »</p> <p>« On les pousse à la réflexion comme ça et à cette débrouillardise enfaite, à cette cette façon de faire pour pour essayer de se débrouiller seul et de trouver une solution par soi-même »</p> <p>« C'est ça et de pas rester bloqué face à une situation complexe qui pourrait ne pas réussir à à débloquer s'ils ont pas l'idée d'essayer autrement ou de voilà. Ou de contourner le problème pour pour faire autrement quoi »</p>	Autonomie
	<p>« Ne serait-ce que l'organisation, sur un terme, enfin voilà. Faire étape par étape, etcetera, de respecter les étapes et de faire seul aussi »</p> <p>« Finalement bah leurs parents le font à leur place. Là en l'occurrence dans l'activité physiques, déjà les parents sont pas là, nous on va pas faire à leur place, et enfaite ils mettent un point d'honneur aussi à le faire d'eux-mêmes, à découvrir »</p>	Indépendance
	<p>« Et ensuite, alors après il y a tout le travail avec les parents enfaite. Parce que parfois il y a le désir des enfants qui n'est pas forcément accompagné auprès des parents, et là ça peut poser problème parce que les parents vont continuer à vouloir faire à la place de leurs enfants parce qu'ils estiment qu'ils sont pas capables où ils estiment qu'ils, c'est trop lent ou enfin voilà »</p> <p>« C'est là aussi notre intérêt à nous, en tant qu'ergo, de de travailler aussi auprès des parents. Enfaite, il y a un gros travail avec les enfants, de l'apprentissage, etcetera, mais un gros travail de de d'accompagnement des parents, de guidance parentale pour accompagner les parents dans la prise d'autonomie »</p>	Parents

Question 4 : Qu'apporte l'utilisation de l'activité sportive en ergothérapie concernant les interactions sociales des enfants déficients visuels ?		
Thème	Codage	Catégorisation
	<p>« Ce qui était hyper intéressant aussi sur ces groupes-là, c'était les interactions entre enfants déficients visuels »</p> <p>« C'était l'occasion aussi de retrouver des personnes dans la même situation qu'eux et de pouvoir échanger des des des bonnes idées ou alors leur vécu qui était parfois difficile ou parfois parfois plus</p>	Situation de vie commune

Activité sportive et bien-être social	facile, etcetera, et et se donner des astuces, etcetera, échanger sur leur situation en tout cas » « Se rendre compte qu'ils sont pas tout seuls dans leur galère hein, que voilà y'en a d'autres, qu'ils sont tous un peu en train de ramer quand même parce que être en inclusion c'est quand même pas facile »	
	« De pouvoir aussi effectivement dans les interactions sociales avoir des vécus sensiblement identiques à à aux enfants de leur âge et donc avoir des centres d'intérêts communs, etcetera »	Centre d'intérêt commun
	« Et donc favoriser, du coup faciliter cette inclusion et cette ces interactions qui soient plus fluides en tout cas » « D'avoir bah des centres d'intérêt communs avec leur classe d'âge, donc avec les enfants de leur école qui sont voyants, etcetera »	Inclusion
	« On lui a proposé des activités physiques et sportives. Il a rencontré des gens, euh il a dû échanger avec des gens extérieurs à au groupe, etcetera »	Communication
	« On lui a tout proposé enfaite, parce que il avait besoin de ces interactions-là, d'apprendre enfaite ces interactions de groupe, d'apprendre qu'il y avait d'autres gens »	Conscience des autres
	« Ils avaient envie de continuer même avec leurs copains enfaite, enfin avec leur les enfants du groupe, de se retrouver »	Relation sociale

Question 5 : Selon vous, en quoi l'activité sportive va-t-elle avoir des bénéfices sur l'équilibre occupationnel des enfants déficients visuels avec lesquels vous l'utilisez ?		
Thème	Codage	Catégorisation
Activité sportive et bien-être psychique	« L'équilibre occupationnel, il est parfois très, oui, déséquilibré justement » « Il est pas là parce que les enfants enfaite ne vont pas avoir la possibilité [...] soit l'appétence à découvrir [...] Les enfants déficients visuels vont pas forcément avoir cette appétence là parce qu'ils vont pas avoir accès à ce qu'il y a autour d'eux visuellement » « Ou alors ils vont en être empêchés par leur entourage, sous prétexte que ça va être dangereux, il va se faire mal » « Attends je vais faire à sa place, ça va aller plus vite, etcetera » « Il y a plein, mille raisons enfaite à au à au fait que les les gens de l'entourage face à la place » « Parfois c'est même de la pitié » « Il va pas être capable de le faire socialement parce que ben les gens vont pas le laisser faire par exemple » « Il ne va pas osé le faire tout seul devant dans son entourage »	Déséquilibre occupationnel
	« Je les considère comme des enfants, des enfants capables de découvrir. Il faut juste que moi je leur propose une certaine manière pour qu'il puisse le faire correctement et dans et en sécurité et en autonomie »	Découvrir
	« On va pouvoir justement du coup rétablir un peu cet équilibre occupationnel parce que on va proposer des occupations enfaite » « On va proposer euh une maîtrise de ses occupations, dans un certain cadre certes [...] dans le cadre de nos séances, etcetera » « Une activité physique, sportive ou de loisir est hyper importante pour l'équilibre occupationnel et la qualité de vie, pour amener cet aspect ludique dans nos vies quoi »	Equilibre occupationnel
	« Alors souvent du coup ça débloque un peu justement cette appréhension-là » « Si l'enfant, par exemple, a a montré qu'il était motivé pour l'activité qu'on lui avait proposée. Ben effectivement il y a des parents qui vont prendre la suite »	Parents
	« Parfois il y a des enfants qui vont s'inscrire dans un club » « Il y a des enfants qui qui sont partis sur la danse, des des choses un peu plus simples »	Activité sportive de loisir

	<p>« Mais c'est vrai que oui il y avait des enfants euh pour qui ça ça a débloqué des choses. Ils avaient envie de continuer par la suite »</p> <p>« D'ailleurs bah certains nous demandaient de continuer l'année d'après le même groupe quoi »</p> <p>« Ça venait d'eux enfaite. Ils avaient envie de continuer le groupe, ils avaient envie, enfin l'activité »</p>	
	<p>« Enfaite l'important c'est qu'on se fasse toujours plaisir parce que c'est quand même l'objectif à la base de faire un sport »</p> <p>« Se faire plaisir et de développer des capacités qui qui qui sont qui sont là mais qui ont besoin d'être développées » »</p> <p>« Qu'il prenne plaisir et qu'il puisse progresser dans l'activité pendant la semaine »</p>	Plaisir

Question 6 : Qu'elle(s) différence(s) pouvez-vous remarquer entre les enfants avec qui vous utilisez l'activité sportive et ceux avec qui vous ne l'utilisez pas ?

Thème	Codage	Catégorisation
Qualité de vie et activité sportive	<p>« Je dirais cette, déjà, la confiance en soi. Cette euh cette capacité à oser, aller un peu au-delà de ses limites enfaite »</p> <p>« C'est des enfants qui ont plus confiance en eux, même pour aller vers les autres, pour oser découvrir quelque chose de nouveau »</p> <p>« Ils osent plus, que ça soit aller vers une nouvelle activité, aller vers une nouvelle personne, faire faire des nouvelles choses même par eux-mêmes enfaite »</p>	Confiance en soi
	<p>« Parce que à chaque fois enfaite finalement l'activité physique qu'on proposait, elle demandait aux jeunes d'aller un petit peu au-delà de leurs de leurs limites qui s'étaient imposé eux hein. Je parle de voilà de limites qu'on s'impose nous psychologiquement, etcetera »</p>	Se dépasser
	<p>« Nous enfaite on va amener, ce, cette découverte de quelque chose de nouveau »</p> <p>« Ça paraît tellement basique comme ça mais en fait on se rendait compte qu'il y avait des enfants qui n'avaient jamais manipuler ce genre d'objet parce qu'on avait toujours fait à leur place »</p> <p>« C'est vrai que les enfants déficients visuels peuvent être un peu plus en retrait par rapport à ce genre d'activité. Et c'est pour ça que, il faut si on a l'occasion de les accompagner, au contraire leur montrer que c'est possible enfaite »</p>	Découverte
	<p>« Et dans les déplacements, aussi, plus d'aisance à se déplacer, plus d'aisance dans l'espace »</p>	Déplacement
	<p>« L'activité sportive, ça ça a une influence sur tous les domaines de la vie enfaite, que ce soient les relations sociales, les enfin les activités de la vie quotidienne, vraiment, euh quotidienne »</p>	Aspect global de la qualité de vie
	<p>« Ça a beaucoup d'incidences ben déjà pour les gestes de l'autonomie de la vie quotidienne, moi je trouve, vraiment, de débrouillardise, etcetera, de voilà »</p> <p>« Enfin même, on faisait un goûter, ça paraît bête mais on faisait un goûter et du coup bah on voyait tout ce qui était ben gestion de de du repas, de la petite briquette, mettre la paille dedans enfin des choses basiques enfaite »</p>	Occupation
	<p>« Qu'il soit confronté au monde réel et puis et puis conscients de leur capacité enfaite »</p>	Conscience de ses capacités

Question 7 : En tant qu'ergothérapeute, comment évaluez-vous la qualité de vie d'un enfant ayant une déficience visuelle innée ?		
Thème	Codage	Catégorisation
Qualité de vie et ergothérapie	« J'ai jamais utilisé d'outils d'évaluation de la qualité de vie » « Ils sont assez récents »	Evaluation de la qualité de vie
	« Par un entretien » « Enfaite savoir ce qu'il pense de de de leurs activités en ce moment, est ce que ça leur convient comme ça, est ce que, qu'est-ce qu'ils font déjà, enfin voilà, qu'est-ce qu'il réalise. Et ensuite est-ce que ça leur convient ou est-ce que le faire leur convient pas » « C'est le OT HOP [...] les enfants qui vont être acteurs et eux on leur demande » « Il y a besoin d'être un petit peu adapté pour les enfants » « C'est très important de pouvoir évaluer euh sur entretien » « Pour connaître un peu ses attentes enfaite. Lui ce qu'il aurait envie de faire, etcetera. Pour se sentir, enfin pour, bien, pour voilà qu'est-ce qu'il a envie de faire. D'apprendre euh, de développer »	Entretien avec l'enfant
	« Avec avec les parents mais aussi que avec l'enfant » « On réévaluait le projet des enfants, on faisait un entretien avec les parents. Mais aussi avec l'enfant seul »	Entretien avec les parents

Annexe VII : Analyse transversale

Question 2	E1	E2	E3
Qu'est-ce qui vous a motivé à inclure l'activité sportive dans vos prises en soins et comment l'utilisez-vous ?	<ul style="list-style-type: none"> - Pluridisciplinarité - Type d'activité sportive - Choix de l'activité - Activité de groupe - Fréquence - Relation sociale - Motricité globale - Bienfaits spécifiques - Participation des enfants - Inclure un loisir 	<ul style="list-style-type: none"> - Ludique - Bienfaits spécifiques - Activité individuelle - Fréquence - Rôle ergothérapeutique - Pluridisciplinarité - Type d'activité sportive 	<ul style="list-style-type: none"> - Ludique - Découverte - Médiation animale - Parents - Capacités de compensation - Inclusion - Accessibilité - Type d'activité sportive - Pluridisciplinarité - Fréquence - Choix de l'activité - Séjour sportif - Participation des enfants - Confiance en soi - Capacités motrices - Interaction sociale - Activité de groupe

Question 3	E1	E2	E3
Que pouvez-vous me dire concernant l'utilisation de l'activité sportive en ergothérapie et le bien-être physique des enfants déficients visuels que vous suivez ?	<ul style="list-style-type: none"> - Tonicité - Confiance en soi - Bien-être global - Communication - Indépendance - Activité de groupe - Appréhender son environnement - Déplacements - Valorisation - Occupation 	<ul style="list-style-type: none"> - Conséquence de la déficience visuelle - Développement moteur - Gestion des émotions - Autonomie - Indépendance - Relation sociale - Occupation 	<ul style="list-style-type: none"> - Conséquence de la déficience visuelle - Gestion du corps - Occupation - Autonomie - Indépendance - Parents

Question 4	E1	E2	E3
Qu'apporte l'utilisation de l'activité sportive en ergothérapie concernant les interactions sociales des	<ul style="list-style-type: none"> - Sport collectif - Relation sociale - Médiation sportive 	<ul style="list-style-type: none"> - Interaction sociale - Relation sociale - Gestion des émotions - Communication 	<ul style="list-style-type: none"> - Situation de vie commune - Centre d'intérêt commun - Inclusion - Communication - Consciences des autres

enfants déficients visuels ?			- Relation sociale
------------------------------	--	--	--------------------

Question 5	E1	E2	E3
Selon vous, en quoi l'activité sportive va-t-elle avoir des bénéfices sur l'équilibre occupationnel des enfants déficients visuels avec lesquels vous l'utilisez ?	<ul style="list-style-type: none"> - Rythme - Bien-être - Ecran - Découverte - Activité sportive de loisir - Accessibilité 	<ul style="list-style-type: none"> - Bonheur - Valorisation - Plaisir - Ecran - Activité sportive de loisir 	<ul style="list-style-type: none"> - Déséquilibre occupationnel - Découvrir - Equilibre occupationnel - Parents - Activité sportive de loisir - Plaisir

Question 6	E1	E2	E3
Par rapport aux éléments dont nous avons parlé en lien avec la qualité de vie, qu'elle(s) différence(s) pouvez-vous remarquer entre les enfants avec qui vous utilisez l'activité sportive et ceux avec qui vous ne l'utilisez pas ?	<ul style="list-style-type: none"> - Personnel - Attention - Confiance en soi - Energie - Tonicité 	<ul style="list-style-type: none"> - Qualité de vie - Effets bénéfiques variables - Personnel 	<ul style="list-style-type: none"> - Confiance en soi - Se dépasser - Découverte - Déplacement - Aspect global de la qualité de vie - Occupation - Conscience de ses capacités

Question 7	E1	E2	E3
En tant qu'ergothérapeute, comment évaluez-vous la qualité de vie d'un enfant ayant une déficience visuelle innée ?	<ul style="list-style-type: none"> - MCRO - Projet personnalisé - Co-construction - Evaluation - Bilan - Evaluation de la qualité de vie 	<ul style="list-style-type: none"> - Pluridisciplinarité - Evaluation de la qualité de vie - Observation de l'enfant - Amélioration de la qualité de vie en ergothérapie - Niveau de qualité de vie - Environnement familial 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation de la qualité de vie - Entretien avec l'enfant - Entretien avec les parents

RÉSUMÉ

Contexte : La déficience visuelle concerne un nombre important d'enfant et elle peut avoir des répercussions sur tous les aspects de la vie. Aujourd'hui, les activités sportives sont reconnues pour leurs bénéfices sur la santé et un grand nombre d'entre elles sont accessibles et adaptées à cette population.

Objectif : Cette recherche vise à comprendre la manière dont l'activité sportive, intégrée à la prise en soin de l'ergothérapeute, peut améliorer la qualité de vie des enfants déficients visuels.

Méthode : La méthode qualitative a été choisie. Trois entretiens semi-directifs ont été menés auprès d'ergothérapeutes utilisant l'activité sportive dans leur prise en soin et exerçant auprès d'enfants ayant une déficience visuelle innée.

Résultats : Selon les trois ergothérapeutes, l'activité sportive utilisée comme moyen thérapeutique auraient des bénéfices. Elle pourrait favoriser la réalisation autonome et indépendante des occupations de l'enfant par l'amélioration des capacités physiques et motrices. Elle pourrait également soutenir les interactions sociales en favorisant les relations, la communication et l'inclusion sociale des enfants. Cependant, son utilisation ne permettrait pas forcément aux enfants de l'inclure dans leur quotidien en tant que loisir. Il ne serait pas nécessaire d'en pratiquer une pour avoir une qualité de vie satisfaisante.

Conclusion : L'utilisation de l'activité sportive dans la prise en soin ergothérapique peut améliorer la qualité de vie des enfants déficients visuels en favorisant ses capacités dans les domaines physique, psychique et social. À la suite de cette étude, deux perspectives de recherche émergent. Tout d'abord, l'activité sportive aurait également des bénéfices sur l'environnement social des enfants en favorisant la prise de conscience de leurs capacités par leur parent. Puis, nous pouvons nous interroger sur la nécessité d'utiliser des outils d'évaluation de la qualité de vie et l'intérêt d'en concevoir un spécialement pour les enfants déficients visuels.

Mots clés : Ergothérapie – Déficience visuelle – Enfant – Qualité de vie – Activité sportive

ABSTRACT

Context : Visual impairment affects a significant number of children and can have an impact on all aspects of life. Today, sports activities are recognized for their health benefits and many of them are accessible and adapted to this population.

Objective : This study aims at understanding how sports activity, integrated with occupational therapy care, can improve visually impaired children's quality of life.

Method : A qualitative method was chosen. Three semi-structured interviews were conducted with occupational therapists who use sports activities in their care programme and who work with children with an innate visual impairment.

Results : According to the three occupational therapists, sports activities used as a therapeutic mean would have benefits. It could enhance the autonomous and independent realization of the child's occupations by improving physical and motor capacities. It could also support social interactions by promoting relationships, communication and social inclusion of children. However, its use would not necessarily enable children to include it in their daily life as a leisure activity. It could not be essential to practice one to feel a satisfactory quality of life.

Conclusion : The use of sports activities in occupational therapy can improve the visually impaired children's quality of life by promoting their physical, psychological and social abilities. Following this study, two research perspectives emerge. Firstly of all, sports activity would also have benefits on the social environment of children by promoting the awareness of their abilities by their parents. Then, we can question the need to use quality of life assessment tools and the interest in designing one specifically for visually impaired children.

Key words : Occupationnal therapy – Visual impairment – Child – Quality of life – Sports activity