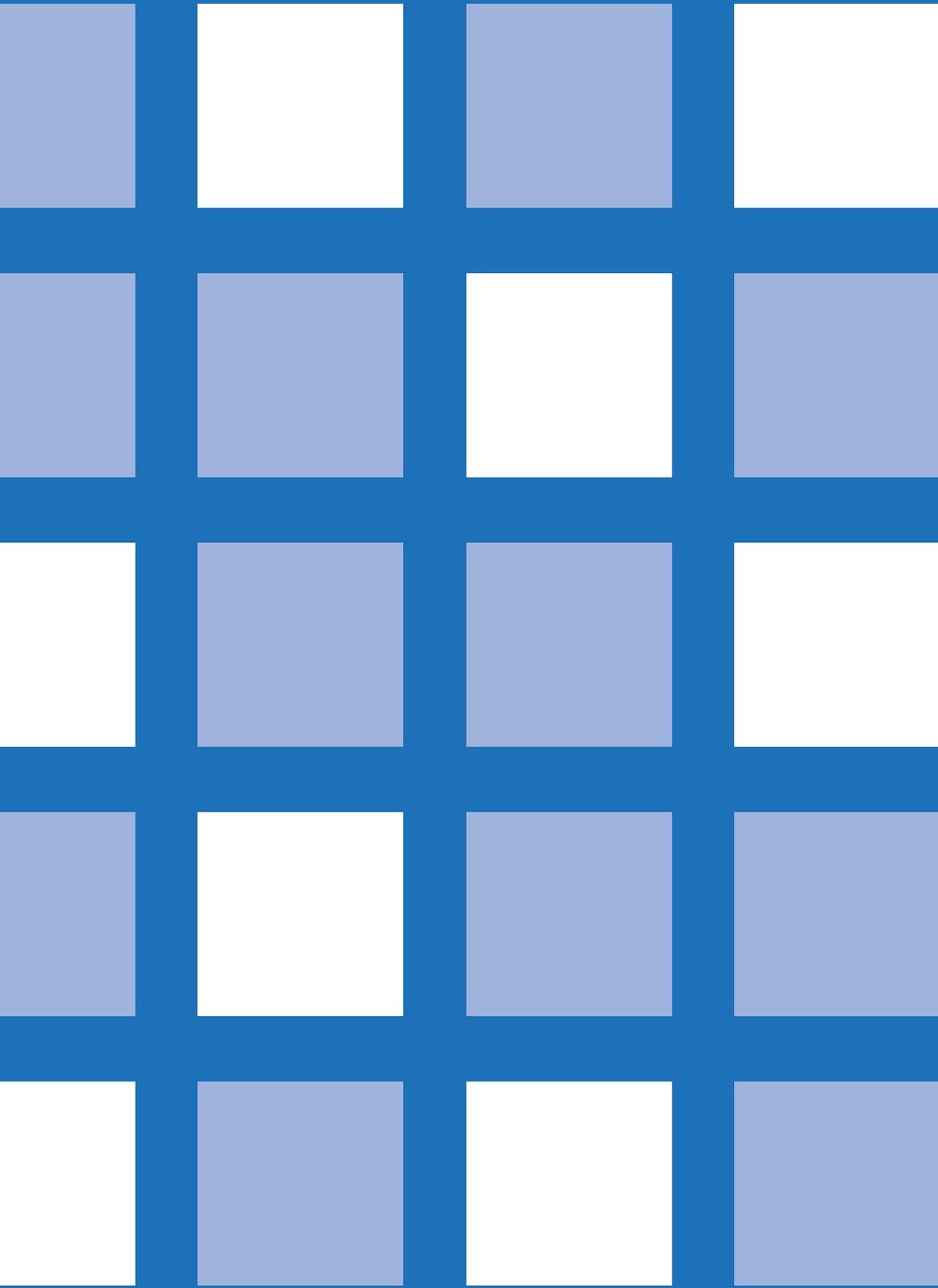




Association pour le Bien
des Aveugles et malvoyants

M-P. Christiaen-Colmez
F. Julien Simonet
D. Nicolet



Cartes sur table:
accompagnement des résidents
malvoyants en EMS

Remerciements

Nous exprimons notre gratitude aux différentes personnes qui ont contribué à la démarche, en particulier:

- Les résidants malvoyants des EMS genevois pour la confiance qu'ils nous ont témoignée.
- Les résidants du Foyer du Vallon et le personnel qui, avec le soutien de la Direction, ont accepté les prises de vue dans leurs activités et leur environnement.
- Les collaborateurs du Foyer du Vallon et du CIR qui ont partagé leurs expériences et leurs réflexions.
- La FEGEMS, partenaire depuis 2003, qui nous a soutenus et accompagnés dans la mise en œuvre du dispositif de formation-action basse-vision en EMS.
- Les professionnels des 28 EMS genevois qui ont suivi le dispositif de formation et en particulier les personnes ressources de ces établissements, avec qui nous avons développé les protocoles qui se trouvent en annexe.
- L'ABA et la fondation Pro Visu, qui depuis 2003 soutiennent le développement d'une intervention en EMS orientée vers
- l'appropriation par les EMS de compétences relatives à la malvoyance.
- La Fondation Leenaards qui finance la réalisation de cette publication.

COPYRIGHT, ÉDITION ET DISTRIBUTION: Association pour le Bien des Aveugles et malvoyants (ABA) / Janvier 2013

AUTEURS: Marie-Paule Christiaen-Colmez, Fabienne Julien Simonet et Daniel Nicolet

CRÉDIT PHOTOGRAPHIQUE: Hector Christiaen, photos «*Protocole*» / Noémie Christiaen, photos «*Cartes didactiques*»

GRAPHISME: Burolabo, Carine Crausaz **PUBLIÉ AVEC LE SOUTIEN FINANCIER DE:** la Fondation Leenaards / la Fondation Pro Visu

ISBN: 978-2-9700087-6-7 - Réimpression en 3'000 exemplaires, juin 2019

Préface

J'ai réalisé, avec ma collègue Claire Ducret, mon mémoire de fin d'étude en ergothérapie sur le sujet de l'aménagement des EMS pour les personnes âgées malvoyantes. Juste après que Daniel Nicolet ait fini le sien. Jamais je n'aurais pensé, à cette époque-là, que les troubles visuels de la personne âgée occuperaient une place si importante dans ma vie par la suite. Ce mémoire a été dirigé à l'époque par Marie-Paule Christiaen-Colmez, avec patience, confiance et bienveillance. Il a été bien reçu et a bénéficié du soutien des Cahiers de l'EESP, qui l'ont publié en 1993. Cet ouvrage avait pour but *«d'apporter des réponses pratiques et directement utilisables par les milieux concernés»*. Ce souci d'apporter des solutions concrètes - efficaces et fondées - aux professionnels confrontés à la malvoyance nous a bien sûr été communiqué par notre directrice de mémoire. Elle a gardé cette ambition tout au long de sa carrière professionnelle et nous propose aujourd'hui - avec ses collègues - un nouvel outil pratique et attractif, issu de son expérience aussi bien comme ergothérapeute, que comme formatrice et cheffe de projet.

Oui, les troubles sensoriels liés à l'âge sont souvent progressifs. Oui, ils sont invisibles aux yeux des autres. Oui, ils peuvent entraver la vie quotidienne de ceux qui en sont affectés de manière massive. Mais le handicap visuel ne résulte pas du trouble visuel seul. Il résulte aussi de la manière dont l'environnement physique est conçu, aménagé, éclairé et de la manière dont les aidants, professionnels ou non, se comportent. Il est de notre responsabilité, de la responsabilité des professionnels et des institutions, de ne pas ajouter des handicaps aux déficits.

«Le pire c'est les yeux»... Ce n'est pas la diminution de ses forces physiques ou son cancer qui affecte le plus ma mère, qui a aujourd'hui plus de 80 ans, non. *«Le pire c'est les yeux»*. Confrontée depuis quelques années maintenant à une DMLA croissante, elle fait l'expérience des aménagements inadaptés, du manque de lumière, des objets du quotidien inadéquats et des équipements publics inutilisables: *«Même à l'hôpital ou à l'EMS c'est inadéquat, c'est pas croyable,... les gens ne se rendent pas compte... pourtant, eux, ils doivent savoir!»*. C'est par ce mélange de révolte et de résignation qui la caractérise, que ma mère décrit l'expérience qu'elle fait aujourd'hui. *«Il faut le dire aux gens»* dit-elle, parce qu'il y a des choses à faire.

Il y a des choses à faire. C'est avec cette conviction constante - et malgré les difficultés de la tâche - que les auteurs du présent ouvrage nous proposent de le *«dire aux gens»*, comme en écho aux mots de ma mère. Et si ce petit fascicule est le résultat de leurs expertises cliniques et pédagogiques, il est aussi une manière de traduire et de diffuser les paroles de personnes âgées qui, comme ma mère, si elles sont affectées d'un trouble sensoriel, sont surtout handicapées par leur environnement social et matériel. Puisse-t-il à ce titre rencontrer l'oreille attentive de toutes les personnes qui côtoient et travaillent avec des personnes âgées présentant des troubles visuels.

Nicolas Kühne
Ergothérapeute, Docteur en Sciences de l'Éducation
Professeur à la Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale

Avant-propos

L'ABA a pour vocation d'améliorer la qualité de vie, l'intégration et l'autonomie des personnes en situation de handicap visuel résidant à Genève.

Fin 2003, le comité de l'ABA s'est demandé si, pour remplir ses buts statutaires, il devait se lancer dans la construction à Genève d'un second EMS pour personnes âgées aveugles ou malvoyantes. Dans l'affirmative, combien de places seraient nécessaires pour répondre à sa mission. Afin de répondre à cette question, une étude a été réalisée par le Centre d'Information et de Réadaptation (CIR) de l'ABA en collaboration avec plusieurs établissements membres de la fédération genevoise des EMS (FEGEMS). Un examen de la vue et un questionnaire «*qualité de vie*» ont été réalisés auprès d'un échantillon aléatoire de près de cent résidants hébergés dans huit EMS différents. Il a été mis en évidence que la moitié des résidants vivaient avec un déficit visuel important (Donati, 2006). La moitié d'entre eux n'avaient pas conscience de leur difficulté visuelle, tout comme leur entourage.

Cette étude a joué un rôle capital dans la réflexion stratégique; l'ABA n'avait pas la possibilité de construire la moitié des EMS de Genève pour pouvoir accueillir toute la population malvoyante. En revanche, il était capital de trouver un moyen de formaliser le savoir-faire et le savoir-être cultivés par les spécialistes en basse-vision de nos services et ainsi d'aider le personnel des EMS à répondre de la façon la plus appropriée possible aux attentes des résidants malvoyants.

La présente monographie matérialise cette démarche et facilite la transmission de ces savoirs sous une forme adaptée aux besoins des collaborateurs des EMS. Elle est basée sur les connaissances théoriques et empiriques du domaine de la réadaptation en basse-vision. Elle capitalise également plus de sept ans d'expérience de transmission de ces connaissances à des équipes pluridisciplinaires, regroupant toutes les fonctions présentes au sein des EMS genevois.

L'ABA est très fière de ce qui a été réalisé par les collaborateurs du CIR et du Foyer du Vallon, et leur exprime ici sa gratitude. Elle l'adresse en particulier aux trois auteurs qui ont codifié ici cette information et à la FEGEMS, partenaire dans le développement du dispositif. L'ABA remercie la Fondation Pro Visu qui a financé la mise en œuvre du projet, l'étude et les premières formations, ainsi que la Fondation Leenaards qui finance l'édition de ce matériel didactique.

Notre vœu le plus cher est que cette publication contribue au bon accueil des personnes malvoyantes ou aveugles dans les EMS.

D^r André Assimacopoulos
*Président honoraire de l'Association pour le Bien
des Aveugles et malvoyants (ABA)*



Sommaire

Introduction	1
La malvoyance de la personne âgée	2
Protocole	4
Comprendre comment voit le résidant	5
Vision floue	5
Scotome central lié à une DMLA	5
Champ visuel tubulaire	6
Atteinte des voies optiques	6
Sensibilité au bas contraste altérée	7
Gêne liée aux conditions de luminosité	7
Adaptation aux changements brusques de luminosité	7
Éblouissement	7
Syndrome Charles Bonnet	7
Comprendre comment fait la personne	8
1. Pouvez-vous reconnaître les visages des personnes de votre entourage?	8
2. Pouvez-vous connaître la date et l'heure?	8
3. Pouvez-vous vous verser à boire?	9
4. Pouvez-vous identifier le contenu de votre assiette?	9
5. Pouvez-vous retrouver vos effets personnels?	10
6. Pouvez-vous effectuer vos soins personnels?	10
7. Pouvez-vous téléphoner et composer les numéros?	11
8. Pouvez-vous lire les caractères des articles de journaux?	11
9. Pouvez-vous vous orienter à l'intérieur de votre chambre?	12
10. Pouvez-vous vous orienter à l'intérieur de l'établissement?	12
11. Pouvez-vous prendre connaissance des informations affichées?	13
12. Pouvez-vous vous orienter à l'extérieur de l'établissement?	13
13. Pouvez-vous participer aux activités proposées par l'animation?	14
Cartes didactiques	16
1. Prendre en compte la malvoyance des résidants	17
2. Adopter des attitudes adaptées	19
3. Concevoir une approche à réaliser avec le résidant	21
4. Intégrer des moyens adaptés aux besoins du résidant	23
5. Agir sur l'environnement	25
6. Solliciter des ressources spécialisées	27
Conclusion	29
Bibliographie	30
Annexes	32

Introduction

L'entrée en EMS d'une personne âgée est généralement justifiée par un ensemble d'atteintes invalidantes nécessitant des soins et un suivi spécifique. Les atteintes sensorielles restreignent sévèrement la communication, l'accès à l'information et la mobilité. Elles passent souvent en second plan, les personnes concernées s'en plaignant peu et le déficit visuel étant généralement invisible. Elles n'ont en effet pas toutes conscience de l'état réel de leur vision (Holzschuch et al., 2012).

Pour pallier la méconnaissance des personnes concernées et de leur entourage, révélée lors de l'étude *Voir en EMS* (Christiaen, 2005), une approche écologique de la problématique a été privilégiée par l'ABA. Elle vise à améliorer la qualité de vie des résidents malvoyants et à réduire les situations de handicap en agissant sur l'environnement humain et architectural de l'EMS.

Depuis 2007, l'ABA, en partenariat avec la FEGEMS, coordonne et anime le dispositif de formation-action «*basse-vision en EMS*». Le Centre d'Information et de Réadaptation (CIR) et le Foyer du Vallon, EMS spécialisé, sont impliqués au sein de l'ABA.

Le dispositif de formation est conçu dans une logique de compétences à mettre en œuvre. Il s'adresse à un public hétérogène, issu des différents corps de métiers travaillant dans l'EMS. Il porte sur des propositions concrètes, applicables dans les institutions, grâce au soutien et à l'appui explicite de leur direction dans le processus. Il prend en compte les expériences des professionnels et des résidents pour élaborer des propositions d'amélioration.

La formation permet aux participants d'améliorer leurs capacités à repérer les signes d'un déficit visuel chez les résidents. Ils découvrent les différentes formes de malvoyance et leurs conséquences. Avec des lunettes de simulation, ils expérimentent l'impact de la basse-vision. Dans les services spécialisés, ils découvrent l'importance de l'environnement visuel adapté, facilitant la réalisation des activités. Ils prennent connaissance des possibilités d'appuis spécialisés pour les besoins du résident ou de l'équipe. Selon les principes de la formation-action, les participants sont invités à initier des projets applicables dans leur EMS.

Ce livret présente les instruments didactiques, fruits de l'expérience des sensibilisations à la malvoyance, réalisées dans le cadre du dispositif de formation-action mis en place en partenariat avec la FEGEMS. D'une part les protocoles qui documentent l'impact du déficit visuel dans la vie quotidienne des résidents, d'autre part, une série de cartes illustrées traduisant la variété des actions envisageables par le personnel.

Ce matériel didactique est destiné aux professionnels des EMS qui ont suivi la formation. Son rôle est de faciliter la réalisation de projets de soins et l'accompagnement des résidents malvoyants ou aveugles.

Il est composé de 24 cartes classées en 6 catégories et d'exemples de protocoles qui documentent l'impact du déficit visuel dans la vie quotidienne de résidents atteints de différents déficits visuels. 20 cartes illustrent les possibilités d'interventions au sein de l'EMS. Une série de 4 cartes «*jokers*» symbolise les ressources externes à solliciter (ophtalmologue, spécialiste en basse-vision, prestations spécifiques et autre). Chaque carte illustre une action concrète, tirée de la pratique professionnelle, applicable en réponse aux difficultés rencontrées par le résident atteint d'une basse-vision. Les thèmes relevés dans le protocole sont tous issus de la pratique en EMS. Ils contribuent au bien-être et à la bonne intégration du résident et favorisent le maintien de son autonomie.

Le modèle de protocole a été réalisé en collaboration avec des professionnels des EMS qui ont suivi la formation. Il répond au besoin d'une approche pragmatique et est destiné à compléter le dossier du résident. Il a été élaboré sur la base des questions les plus pertinentes issues de l'étude *Voir en EMS* (Christiaen et al., 2005) et du questionnaire qualité de vie (NEIVQ25). Il contribue à l'amélioration de la prise en soins.

La malvoyance de la personne âgée

Les personnes malvoyantes peuvent présenter différentes sortes d'atteintes de la vision. Cette grande diversité de déficits visuels se traduit par des gênes variées, voire contradictoires, ce qui rend leur compréhension complexe. Les déficiences visuelles sont rarement «visibles» pour l'interlocuteur. Dans une démarche compréhensive, il est primordial de donner la parole à la personne concernée et de l'inciter à expliciter «*Comment elle voit*» et «*Quel niveau de détail elle perçoit*». En lui demandant de décrire ce qu'elle voit de son environnement, il est possible de repérer le niveau de détail perçu. Dans l'observation de son interlocuteur par exemple, il s'agit de noter si la personne identifie les vêtements comme une tache de couleur ou avec plus de détails, la caractéristique de la coiffure et la présence d'accessoires de petite taille (monture de lunettes ou petites boucles d'oreilles). Ces informations concernent l'**acuité visuelle**.

La personne peut indiquer que là où elle regarde, l'information disparaît. Certains décrivent qu'ils perçoivent la présence d'une tache qui gêne la vision. D'autres encore ne captent pas ce qui se passe sur le ou les côtés. Leur champ visuel périphérique est réduit. L'estimation du **champ visuel** concerne la portion d'espace perçue lorsque les yeux fixent simultanément une cible.

En cas d'**atteinte des voies optiques**, le cerveau ne perçoit qu'une partie du champ visuel, selon la localisation de la lésion. Une des formes les plus courantes est l'hémianopsie.

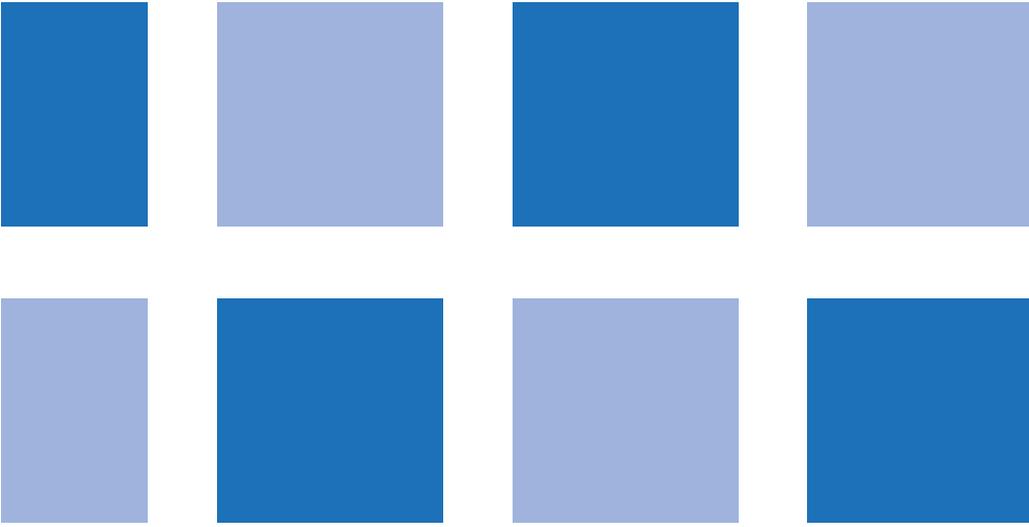
Lorsque la personne décrit des difficultés pour lire les textes imprimés avec une encre grise ou de couleur sur des papiers colorés, alors qu'il lui est plus facile de lire un document écrit avec une encre noire sur un support pastel ou blanc, nous devons penser à une **altération de la sensibilité aux bas contrastes**. Cette altération peut également s'observer dans les situations de déplacement où la personne ralentit son allure, tâtonne, n'arrivant plus à identifier la nature du sol et si les alternances de zones sombres et claires correspondent à des obstacles, des reliefs ou des ruptures dans l'éclairage (ombres et lumières). Ou encore, à table, lorsque la personne renverse son verre, mais pas la tasse ou le bol de porcelaine. La baisse de la sensibilité aux bas contrastes entrave également l'identification des pièces de monnaie ou du modelé des visages.

La **vision des couleurs** peut également être altérée, les personnes malvoyantes peuvent rencontrer des difficultés pour différencier certaines couleurs ou certaines nuances, ce qui représente une gêne moins importante dans la réalisation des activités quotidiennes.

Les personnes malvoyantes rencontrent souvent des difficultés d'**adaptation aux changements de luminosité**. Certaines d'entre elles souffrent d'**éblouissement** lorsque la lumière directe arrive dans leurs yeux, ce qui entrave la réalisation de leurs activités. D'autres ont un besoin accru de lumière et recherchent les situations où le niveau d'éclairage est très élevé. Elles peuvent être très gênées lors du passage dans des zones obscures, tant leur capacité d'adaptation aux changements de luminosité est ralentie. Elles doivent marquer une pause pour que les yeux s'adaptent.

Le phénomène d'hallucinose, appelé **syndrome Charles Bonnet**, se manifeste chez des personnes présentant un déficit visuel important. Il est caractérisé par la perception de motifs simples ou plus complexes comme des personnages ou des objets. Ce phénomène d'illusions visuelles a été décrit au XVIII^e siècle. Hélas, méconnu, il est rarement évoqué par les personnes concernées et leur entourage. Il est pourtant rassurant de savoir que cela ne traduit pas un trouble psychiatrique.

La détection des déficiences visuelles des résidants doit être réalisée, sachant que ce déficit est souvent peu pris en compte. Il est donc important de vérifier si le dossier de soins contient des indications de pathologies ophtalmologiques, telles que: cataracte non opérée ou opérée, glaucome, dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) dans sa forme sèche ou humide, rétinopathie diabétique etc. D'autres informations sont utiles, notamment la prescription médicale des traitements afin d'assurer leur application. Il est indispensable de s'assurer que la personne dispose des lunettes les mieux adaptées à sa situation. Elle peut avoir un défaut de réfraction comme une myopie, une hypermétropie et/ou un astigmatisme. La presbytie apparaissant avec l'avancée en âge, elle a donc besoin de lunettes de lecture pour voir de près.



Protocole

Les exemples qui suivent sont tirés des protocoles remplis, soit par l'ergothérapeute spécialisé en basse-vision, soit par les professionnels sensibilisés des EMS. Les résidants ont exprimé avec leurs mots l'impact de la malvoyance dans leur vie quotidienne et les conséquences sur leur qualité de vie.

Dans le cadre des formations, cette sélection d'extraits de protocole aide le personnel à mieux comprendre la forme de malvoyance qui affecte le résidant. Ce qu'il perçoit de son environnement et comment il s'y prend pour réaliser ses activités habituelles.

Les résidants malvoyants rencontrent des difficultés pour réaliser certains actes du quotidien, sans qu'un lien direct puisse être établi entre la gravité du déficit et leur perte d'autonomie.

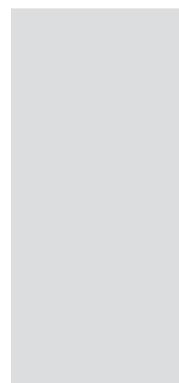
Les extraits mettent en évidence l'aspect subjectif des difficultés rencontrées et des ressources mobilisées par les résidants. Ces astuces ou stratégies qui permettent à certains de poursuivre l'activité autrement, méritent d'être mises en évidence et valorisées au sein de l'EMS.

L'entourage constitue un soutien précieux lorsqu'il est rendu sensible aux conséquences d'une déficience visuelle dans le quotidien. Par son attitude compréhensive, il pourra encourager les résidants à exprimer des attentes ou apporter une aide adaptée.

Comprendre comment voit le résidant

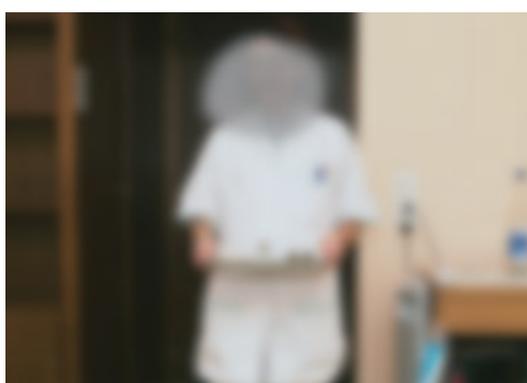
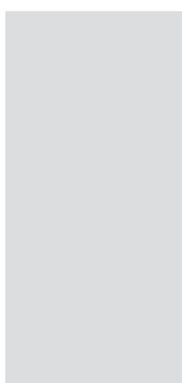
Il existe différentes manières de «mal voir», selon le type d'atteinte du système visuel. Grâce aux descriptions que font les personnes concernées de ce qu'elles peuvent percevoir, il est possible de reconnaître un type d'atteinte particulier.

Vision floue



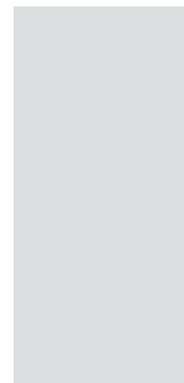
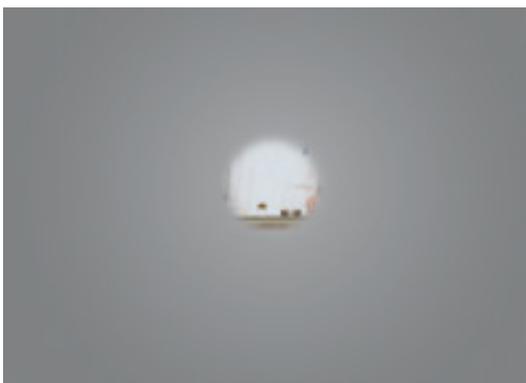
- *Je vois comme dans le brouillard [...] Lorsque je vous regarde, je vois votre silhouette globale, sans le détail de votre visage.* Mme A.
- *Je vois souvent trouble et flou. Comme si mes «lunettes n'étaient pas propres».* Mme C.
- *Je vois difficilement les détails. Ma vision globale est floue.* M. C.

Scotome central lié à une DMLA



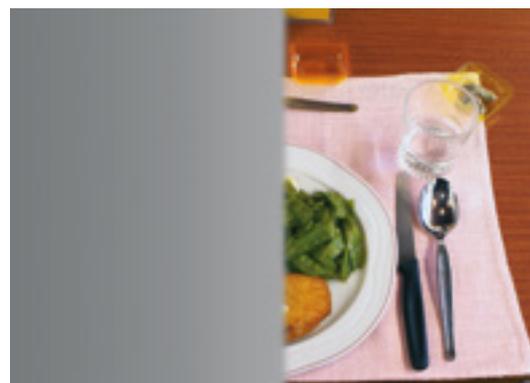
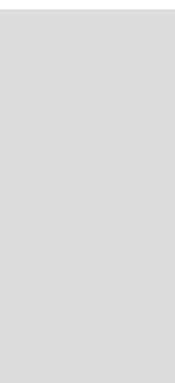
- *Au début, je voyais «biscornu», les informations visuelles se chevauchant, les lignes n'étant pas droites. Maintenant, c'est comme dans de la brume.* M. B.
- *Je suis surtout gênée par des moments où les images m'apparaissent déformées ce qui rend difficile certaines activités (ex.: faire une course, lire.).* Mme P.
- *On m'a diagnostiqué une «macula». En fait, j'ai comme des taches qui font que je vois globalement, mais pas dans les détails et je confonds souvent les chiffres, car ils se percutent sous mes yeux.* Mme S.

Champ visuel tubulaire



- *Ma vue est rétrécie, avec une partie que je ne peux distinguer.* M. H.
- *Je vois une partie des choses que je regarde.* M. P.
- *Je me cogne souvent aux cadres des portes.* Mme V.

Atteinte des voies optiques



- *À table, si mon verre d'eau est à gauche, j'oublie de boire.* M. B.
- *Le matin, je me cogne souvent dans les chariots de nettoyage.* Mme S.
- *Dans ma chambre, la table de nuit a été déplacée à ma droite pour que je voie la sonnette et le téléphone.* M. R.

Sensibilité au bas contraste altérée

- *Je vois votre silhouette, sans détails ni contrastes entre votre visage et vos cheveux clairs.* [Mme O.](#)
- *Dans le journal, je ne peux pas lire le «gris sur gris» ou les caractères de couleurs.* [Mme M.](#)
- *J'oublie de boire, je ne vois pas mon verre sur la table de nuit.* [M. P.](#)

Gêne liée aux conditions de luminosité

- *C'est surtout le manque de lumière qui me gêne.* [Mme R.](#)
- *Je vois comme dans un brouillard, la lumière m'aide un peu, quoique la forte luminosité me blesse.* [Mme V.](#)
- *J'ai tout le temps très mal aux yeux, surtout par fort soleil.* [Mme S.](#)

Adaptation aux changements brusques de luminosité

- *Je suis sensible aux changements de lumière. J'ai besoin de lumière pour mieux voir.* [Mme H.](#)
- *La lumière directe me dérange.* [Mme G.](#)
- *J'ai beaucoup de peine quand j'entre dans un couloir très sombre.* [M. P.](#)

Éblouissement

- *Je souffre d'éblouissement lors de plein soleil.* [Mme C.](#)
- *J'ai tout le temps très mal aux yeux, surtout par fort soleil.* [Mme S.](#)
- *Je suis facilement éblouie lorsqu'il y a trop de lumière.* [Mme G.](#)

Syndrome Charles Bonnet

- *J'ai parfois l'impression de voir comme des carrés sur le mur.* [Mme S.](#)
- *À la tombée de la nuit, un personnage très détaillé apparaît assez souvent. Mais je sais que ce n'est pas la réalité.* [Mme C.](#)
- *J'étais très inquiète de voir ces scènes (cadre de fenêtre avec une jardinière de géranium). Je croyais devenir folle, mais mon ophtalmologue m'a rassurée en m'expliquant le phénomène.* [Mme D.](#)

Comprendre comment fait la personne

Treize activités du quotidien des résidants sont documentées. Cela permet au personnel de l'EMS de mieux comprendre l'impact de la malvoyance sur les activités habituelles. Le résidant explique comment il fait, ses propos sont retranscrits dans le protocole. Ce document permettra d'orienter la prise en soins dans le respect de l'autonomie des résidants. Chaque point documenté dans le protocole va être illustré par les paroles du résidant recueillies lors de l'entretien. Chaque question est précédée de la phrase suivante: «*Avec votre vision actuelle, pouvez-vous...*».

1. Pouvez-vous reconnaître les visages des personnes de votre entourage?

C'est une des grandes difficultés évoquées par les résidants malvoyants. Il est très inconfortable de ne pas pouvoir reconnaître ses interlocuteurs, ce qui peut engendrer des quiproquos. Dans l'établissement, le même uniforme porté par différents corps de métier et la rotation du personnel (horaires irréguliers) rendent l'identification du personnel plus complexe.

Voici comment des résidants malvoyants décrivent les difficultés rencontrées.

- *Je vois gris, comme des silhouettes. Ce qui m'affecte dans la reconnaissance de mon entourage. Je dis «bonjour Madame» alors qu'il s'agit d'un homme. Mme L.*
- *Depuis que ma vue a baissé, je vois flou et les visages «blancs». Mme V.*
- *J'ai de la peine à reconnaître les visages. Ça me donne parfois l'impression de ne pas être polie, par exemple lorsque je ne réponds pas à une salutation que je n'ai pas vue. Mme B.*

Certains mettent en œuvre des stratégies ou des astuces pour poursuivre l'activité de manière autonome.

- *Je repère les gens surtout à leur voix et à leur démarche. Mme S.*
- *Je dois me rapprocher pour pouvoir voir les gens. M. B.*
- *Je demande le nom des gens «pour être sûre». Mme S.*

La personne malvoyante apprécie si l'entourage, quelle que soit sa fonction, adapte sa manière d'entrer en contact avec elle.

- *J'aime que les personnes se présentent pour que je les reconnaisse. Mme T.*

2. Pouvez-vous connaître la date et l'heure?

Pouvoir se situer dans le temps permet à la personne de rester orientée et de structurer sa journée, voire sa semaine.

- *Ma malvoyance est trop importante pour que je puisse lire la date et l'heure. Mme R.*
- *Je confonds souvent les aiguilles de ma montre et me trompe d'heure. M. C.*
- *Je regrette de m'orienter si mal dans le temps, car j'ai de plus en plus de difficultés à déchiffrer la date du jour et à utiliser un agenda. Mme G.*

Certains résidants utilisent des moyens auxiliaires ou mettent en œuvre des stratégies ou des astuces pour poursuivre l'activité de manière autonome.

- *Je compense l'absence de contrôle visuel par ma bonne mémoire. M. T.*
- *Je trouve qu'à mon âge, je n'ai plus besoin de connaître la date. Mme M.*
- *J'ai une grande pendule contrastée suspendue au mur et une montre parlante. Mme M.*
- *J'arrive à lire le calendrier en gros caractères pour les malvoyants. M. A.*

La personne malvoyante apprécie si l'entourage, quelle que soit sa fonction, facilite l'action par une attitude adaptée.

- *Mon entourage note les rendez-vous sur mon calendrier agrandi. M. A.*

3. Pouvez-vous vous verser à boire?

Il est important que la personne soit incitée à boire régulièrement pour éviter une déshydratation. Il est impératif que cette activité soit réalisée en sécurité, en particulier pour les boissons chaudes.

- Depuis quelque temps, je verse à côté. [Mme U.](#)
- Je constate que je suis de plus en plus maladroite et je renverse de temps en temps mon verre. [Mme L.](#)
- J'ai plus de difficultés lorsque l'éclairage est insuffisant. [Mme F.](#)

Certains résidants utilisent des moyens auxiliaires ou mettent en œuvre des stratégies ou des astuces pour poursuivre l'activité de manière autonome.

- Pour m'aider je mets le doigt dans le verre pour évaluer s'il est plein. [Mme N.](#)
- Je fais très attention, parce que ça peut aller de côté. [Mme C.](#)
- Je m'arrange pour placer mon verre sur un fond sombre. [Mme V.](#)
- J'utilise un gobelet «canard». [Mme P.](#)

La personne malvoyante apprécie que l'entourage, quelle que soit sa fonction, soit prêt à l'aider si elle le souhaite.

- Je préfère attendre que l'on verse pour moi. [M. M.](#)

4. Pouvez-vous identifier le contenu de votre assiette?

L'étude «Voir en EMS, 2005» montre que seules les personnes déficientes visuelles se plaignent de ne pas voir dans leur assiette.

Le plaisir de manger commence par la découverte visuelle des aliments préparés. Il est par conséquent important de soigner la présentation de la table.

- J'ai souvent de la peine à voir ce qui m'est servi. [Mme B.](#)
- Il est difficile pour moi d'identifier la nourriture dans mon assiette. [M. D.](#)
- Je ne sais pas ce qui est dans mon assiette et je ne peux pas lire le menu affiché. [Mme L.](#)

Certains résidants utilisent des moyens auxiliaires ou mettent en œuvre des stratégies ou des astuces pour poursuivre l'activité de manière autonome.

- Je repère la couleur des aliments. [Mme T.](#)
- Je compense le manque de contrôle visuel par ma bonne mémoire. [Mme B.](#)
- Je reconnais les aliments grâce à leur goût. [M. D.](#)
- J'ai une assiette à bord rouge. [M. G.](#)

La personne malvoyante apprécie si l'entourage, quelle que soit sa fonction, adapte sa manière de communiquer.

- J'écoute attentivement la lecture des menus. [M. B.](#)
- Je m'habitue, mais ça reste difficile et on doit souvent m'aider pour couper la viande. [Mme V.](#)

5. Pouvez-vous retrouver vos effets personnels?

L'espace personnel est un espace d'intimité à respecter. La personne malvoyante est encouragée à trouver ses propres repères qui contribuent à son autonomie.

- *J'ai de la peine à me retrouver, car dans ma chambre il y a une accumulation d'affaires.* Mme G.
- *J'ai de la difficulté parce que je vois mal et que j'oublie certaines choses.* Mme H.
- *J'ai de plus en plus de peine. Par exemple, pour coordonner mes habits (couleurs).* Mme B.

Certains résidents utilisent des moyens auxiliaires ou mettent en œuvre des stratégies ou des astuces pour poursuivre l'activité de manière autonome.

- *Je compense le manque de contrôle visuel en étant «très organisé».* M. T.
- *J'essaie de faire en sorte que ce soit très «épuré» dans ma chambre, pour que je m'y retrouve mieux.* Mme S.
- *J'arrive mieux là où l'armoire est mieux éclairée.* M. A.
- *Je trouve progressivement mes repères dans ma chambre.* Mme O.
- *Je m'entraîne à faire les choses avec les yeux fermés.* M. B.

La personne malvoyante apprécie si l'entourage, quelle que soit sa fonction, respecte ses repères et facilite l'action par une attitude adaptée.

- *J'ai besoin que chaque chose reste à sa place et avec l'infirmière, nous avons choisi de coller des étiquettes sur les placards et les armoires.* Mme N.
- *Je demande de l'aide.* Mme V.

6. Pouvez-vous effectuer vos soins personnels?

Les soins personnels touchent à l'intimité de la personne. L'image de soi est en jeu. Différentes approches vont contribuer à maintenir l'autonomie du résident malvoyant.

- *Je confonds mes serviettes de toilette.* Mme D.
- *Je déplore que ma salle de bain soit si sombre. Je ne me vois plus dans le miroir.* Mme M.
- *Je ne peux plus me maquiller seule.* Mme G.

Certains résidents utilisent des moyens auxiliaires ou mettent en œuvre des stratégies ou des astuces pour poursuivre l'activité de manière autonome.

- *Depuis qu'est installé un porte-savon sombre sur mon lavabo blanc, je m'y retrouve beaucoup mieux.* M. R.
- *Ici, c'est pratique, il y a deux couleurs de linge de toilette pour mieux les reconnaître.* Mme D.

La personne malvoyante apprécie si l'entourage, quelle que soit sa fonction, facilite l'action par une attitude adaptée.

- *Je souhaite qu'on laisse mes affaires à la place où j'ai l'habitude de les mettre.* Mme N.
- *J'apprécie la délicatesse et la discrétion de l'aide-soignant qui m'aide à la toilette.* Mme C.

7. Pouvez-vous téléphoner et composer les numéros?

Le téléphone, pour le résidant, est un moyen de rester en contact avec son entourage. Si la personne est à même de composer un numéro, elle peut décider librement du moment auquel elle a envie de communiquer.

- *Je préfère attendre qu'on me contacte.* M. B.
- *Je ne peux que répondre au téléphone.* Mme T.
- *Ma liste de téléphone commence à être difficile à lire.* M. G.

Certains résidants utilisent des moyens auxiliaires ou mettent en œuvre des stratégies ou des astuces pour poursuivre l'activité de manière autonome.

- *Je compose les numéros que je connais par cœur.* M. C.
- *Je compose les numéros en me repérant au toucher.* M. T.
- *J'ai un téléphone à grosses touches et des numéros programmés.* Mme B.

La personne malvoyante apprécie si l'entourage, quelle que soit sa fonction, facilite l'accès à l'activité.

- *Je téléphone peu et j'ai de plus en plus de peine à le faire.* Mme G.
- *Je demande qu'on écrive les numéros en gros sur mon carnet.* Mme P.
- *Mon petit-fils a écrit une liste de numéros en grands caractères avec son ordinateur.* Mme G.

8. Pouvez-vous lire les caractères des articles de journaux?

La lecture est une activité très diversifiée. Elle comprend notamment la lecture du courrier et des journaux.

- *Je lis de plus en plus difficilement et mon endurance diminue. Ça me chagrine, car ce serait une bonne occupation en cette période difficile.* M. D.
- *Je ne peux plus lire, ce qui me manque, car j'étais une grande lectrice. De plus, j'écris sans pouvoir me relire.* Mme R.
- *Je crois avoir une bonne vue, mais je ne lis que les gros titres.* Mme K.
- *Je suis gênée par le manque de contrastes.* Mme S.

Certains résidants utilisent des moyens auxiliaires ou mettent en œuvre des stratégies ou des astuces pour poursuivre l'activité de manière autonome.

- *J'utilise la lampe fluorescente et je rapproche mon journal dessous.* Mme T.
- *Je lis encore un peu en prenant le temps même si c'est difficile.* M. B.
- *J'ai abandonné la lecture, j'écoute la radio et les livres parlés.* Mme C.

La personne malvoyante apprécie si l'entourage, quelle que soit sa fonction, facilite son accès à l'information écrite.

- *J'apprécie que l'on me lise le journal à haute voix.* M. N.
- *L'animatrice me prépare des mots croisés en grands caractères que j'arrive à lire.* M. C.

9. Pouvez-vous vous orienter à l'intérieur de votre chambre?

Savoir se diriger dans sa chambre contribue à l'indépendance. Cela permet de situer ses affaires et le cas échéant de vaquer à ses occupations de manière autonome.

- *J'ai de la difficulté à me repérer dans ma chambre.* Mme H.
- *C'est très difficile. Je ne me rends pas vraiment compte des dimensions de ma chambre et de son aménagement.* Mme V.

Certains résidents utilisent des moyens auxiliaires ou mettent en œuvre des stratégies ou des astuces pour poursuivre l'activité de manière autonome.

- *J'ai pris mes repères, j'étais dans l'EMS avant que ma vue baisse.* Mme J.
- *Depuis que j'ai un «rollator», je me sens protégée des obstacles. J'ai l'impression qu'on me voit mieux.* Mme T.

La personne malvoyante apprécie si l'entourage, quelle que soit sa fonction, facilite l'action par une attitude adaptée et apporte son aide si nécessaire.

- *J'apprécie que l'aide-soignant m'ait aidé à me repérer dans ma chambre. Il m'a d'abord guidé, il m'a décrit l'emplacement des meubles puis m'a laissé le temps de m'exercer. Maintenant je sais aller seul à la salle de bains.* M. H.

10. Pouvez-vous vous orienter à l'intérieur de l'établissement?

La vie quotidienne dans un EMS se passe en bonne partie dans l'établissement. La salle à manger, la réception et la cafétéria sont des lieux importants. Savoir se diriger de l'un à l'autre donne une liberté d'action au résident.

- *C'est difficile. C'est tellement «labyrinthique» que je m'y perds. J'ai peu de repères.* Mme W.
- *Je n'ose pas m'aventurer seule.* Mme N.

Certains résidents utilisent des moyens auxiliaires ou mettent en œuvre des stratégies ou des astuces pour poursuivre l'activité de manière autonome.

- *Je connais le trajet par cœur, je m'aide avec l'utilisation d'une canne blanche.* M. B.
- *Je commence à prendre des repères, mais c'est encore difficile (difficulté à trouver les boutons de l'ascenseur, etc.).* Mme O.

La personne malvoyante apprécie si l'entourage, quelle que soit sa fonction, l'aide à s'orienter.

- *J'attends qu'un soignant me propose son aide pour m'accompagner dans la salle à manger.* Mme G.

11. Pouvez-vous prendre connaissance des informations affichées?

Dans les EMS, une multitude d'informations sont affichées, telles que les menus de la semaine et du jour, le programme d'animation, le nom des nouveaux résidants et de ceux qui s'en vont, la charte des valeurs institutionnelles...

L'accès à ces informations contribue à une meilleure intégration. Il permet de se réjouir d'évènements à venir.

- *Je n'avais pas vu que dans les ascenseurs il y avait des affiches.* M. M.
- *Je ne vois pas les images qui illustrent les programmes.* Mme A.
- *Il m'est impossible de lire ces caractères trop petits.* Mme R.

Certains résidants utilisent des moyens auxiliaires ou mettent en œuvre des stratégies ou des astuces pour poursuivre l'activité de manière autonome.

- *Je sais ce qui va se passer à l'animation, car c'est toujours affiché au même endroit.* Mme S.
- *Je peux lire si c'est écrit très gros et que je m'approche des affiches.* Mme V.

La personne malvoyante apprécie si l'entourage, quelle que soit sa fonction, se montre sensible à ses difficultés.

- *Je me fais lire les différentes informations affichées.* M. B.

12. Pouvez-vous vous orienter à l'extérieur de l'établissement?

Les alentours des EMS constituent un espace de promenade pour les résidants. La personne malvoyante a de la difficulté à identifier les obstacles et les changements au sol. La conséquence peut être une réduction des déplacements à l'extérieur.

- *J'ai des difficultés lorsque le sol est irrégulier (marches inégales, gravier...) et j'ai peur de tomber.* Mme M.
- *Je ne prends plus le tram, ni le bus, ce que je regrette, mais je ne me sentais plus sûre.* Mme P.

Certains résidants utilisent des moyens auxiliaires ou mettent en œuvre des stratégies ou des astuces pour poursuivre l'activité de manière autonome.

- *J'effectue de petits trajets, seule, avec ma canne d'appui blanche.* Mme B.
- *J'apprécie de pouvoir encore sortir avec mon «rollator». Je compense avec des repères que j'ai mémorisés, vu que c'est un quartier qui m'est familier.* Mme D.

La personne malvoyante apprécie si l'entourage, quelle que soit sa fonction, est attentif à l'encourager à se déplacer en sécurité.

- *Je sors uniquement accompagnée avec un résidant qui a «bon pied bon œil».* Mme L.
- *J'ai fait des chutes lorsque je sortais dans les environs de mon domicile, aussi on préfère que je sorte accompagnée, maintenant que je suis en EMS.* Mme S.

13. Pouvez-vous participer aux activités proposées par l'animation?

De nombreux établissements proposent un programme d'animation. Il est souvent très diversifié pour répondre aux goûts de chacun. Les personnes malvoyantes peuvent être réticentes à prendre part aux activités, de peur que leur vue soit un obstacle.

- *Je ne dessine plus, cela me désole.* Mme C.
- *Cela m'attriste de me voir si limité.* M. T.

Certains résidants utilisent des moyens auxiliaires ou mettent en œuvre des stratégies ou des astuces pour poursuivre l'activité de manière autonome.

- *J'investis des activités où il faut écouter (radio, lecture, jeux de questions/réponses organisés par l'EMS ...).* Mme M.
- *Je participe à certaines activités (sorties, balades, etc.).* Mme S.
- *Je concilie des activités en chambre (radio, lecture de textes adaptés) avec des sorties (seul ou avec d'autres résidants).* M. T.
- *Je ne vais pas aux activités manuelles, mais aux concerts.* Mme G.

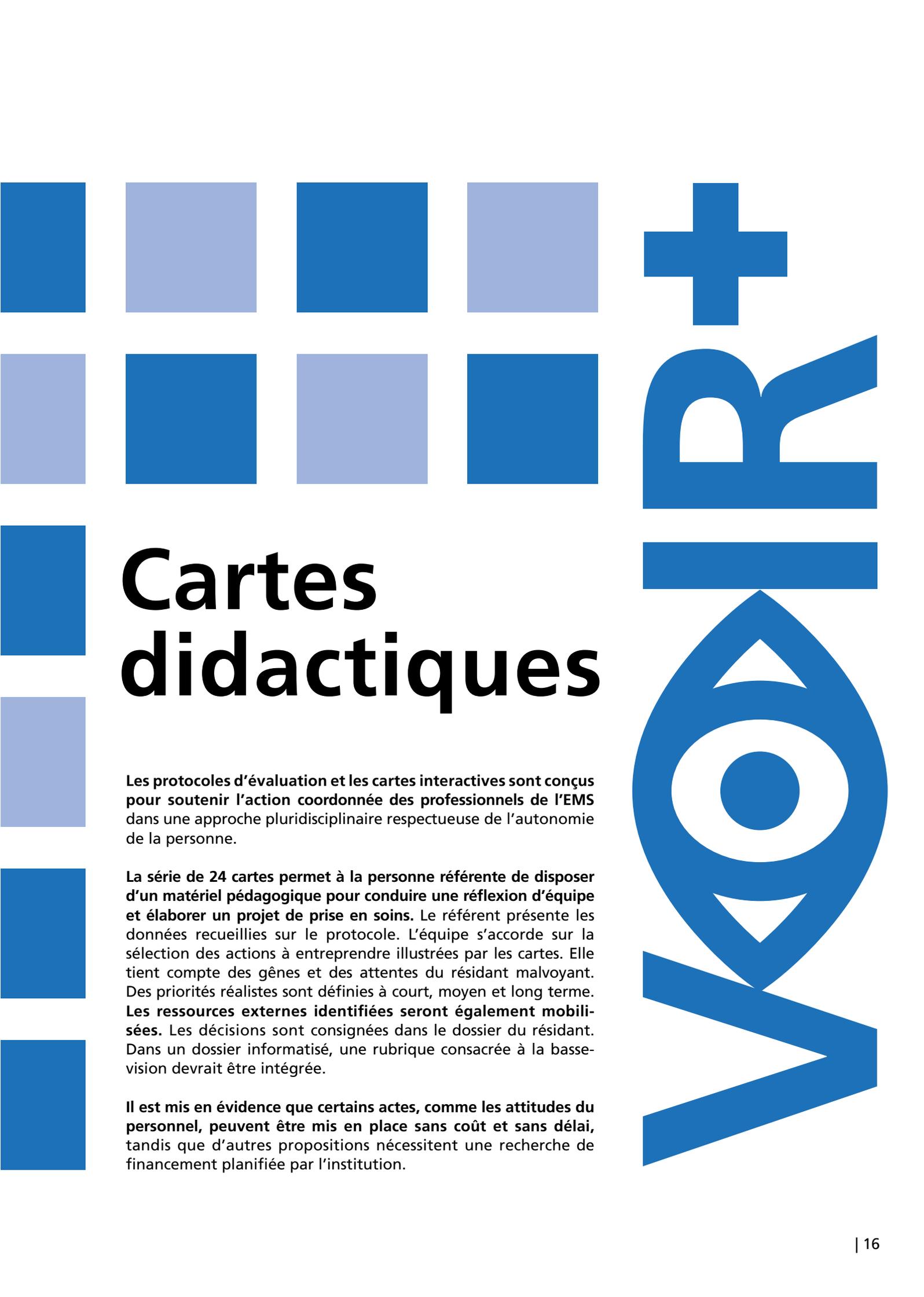
La personne malvoyante apprécie si l'entourage, quelle que soit sa fonction, facilite l'action par une attitude adaptée.

- *J'ai un entourage social important. Ma famille est très présente et deux fois par semaine, je fais des promenades avec une bénévoles.* Mme P.
- *Une amie vient me faire la lecture. Mais vous savez, j'ai moins de concentration qu'avant.* Mme B.

Remarques

L'utilisation des protocoles est importante dans la phase d'accueil du résidant, où toute la vigilance de l'équipe est sollicitée pour faciliter l'arrivée de ce dernier dans son nouveau lieu de vie. Elle est également indiquée lors d'éventuelles diminutions des capacités visuelles nécessitant une nouvelle orientation de l'accompagnement.

L'entretien et le recours à un protocole écrit demandent du temps. Dans certains cas, la simplification de la démarche se justifie. L'évaluation peut alors être fragmentée, en mettant à profit les moments de contacts privilégiés avec le résidant, pour poser une des questions du formulaire. Au près d'une population fragilisée par le grand âge, seuls certains items d'évaluation seront retenus. Ils peuvent conduire à des interventions dont la modestie n'enlève en rien la pertinence.



Cartes didactiques

Les protocoles d'évaluation et les cartes interactives sont conçus pour soutenir l'action coordonnée des professionnels de l'EMS dans une approche pluridisciplinaire respectueuse de l'autonomie de la personne.

La série de 24 cartes permet à la personne référente de disposer d'un matériel pédagogique pour conduire une réflexion d'équipe et élaborer un projet de prise en soins. Le référent présente les données recueillies sur le protocole. L'équipe s'accorde sur la sélection des actions à entreprendre illustrées par les cartes. Elle tient compte des gênes et des attentes du résident malvoyant. Des priorités réalistes sont définies à court, moyen et long terme. **Les ressources externes identifiées seront également mobilisées.** Les décisions sont consignées dans le dossier du résident. Dans un dossier informatisé, une rubrique consacrée à la basse-vision devrait être intégrée.

Il est mis en évidence que certains actes, comme les attitudes du personnel, peuvent être mis en place sans coût et sans délai, tandis que d'autres propositions nécessitent une recherche de financement planifiée par l'institution.

1. Prendre en compte la malvoyance des résidents

Les EMS accueillent des personnes dont l'âge moyen dépasse 85 ans et comptent dans leur effectif une proportion importante de personnes malvoyantes, selon les critères de l'OMS. Il est de ce fait important que les responsables des EMS intègrent les déficiences visuelles dans leur projet institutionnel, car les problèmes de basse-vision peuvent augmenter le risque d'isolement, de chute et de désafférentation. Dans ce sens, les cartes interactives permettent de soutenir les projets de soins, en synthétisant les réponses pragmatiques pouvant être intégrées dans un processus de soins. Chaque carte correspond à une catégorie d'interventions détaillée ci-dessous.

1.1 Sensibiliser et informer l'entourage sur la malvoyance

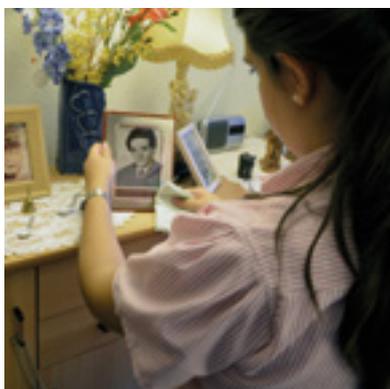
Comprendre comment voient les personnes malvoyantes et percevoir les difficultés portant atteinte à leur autonomie n'est pas chose aisée. De plus, le déficit visuel et ses conséquences au quotidien sont souvent minimisés.



- Sensibiliser l'entourage et les membres de l'équipe est important pour aider à mieux comprendre et à accompagner de manière pertinente le résident dans son nouveau cadre de vie qu'est l'EMS. Des brochures et du matériel d'information et de sensibilisation existent à cet effet, ainsi que des formations complémentaires (voir bibliographie).
- Soutenir la prise en soin en intégrant les données de basse-vision du résident dans les transmissions écrites comme les dossiers informatisés ou les cartes de soins peut aider à l'accompagner dans ce sens.

1.2 Respecter les repères du résident

Aider le résident à prendre des repères le sécurise et favorise son autonomie. Plusieurs moyens peuvent l'aider dans ce sens.



- La participation du résident au rangement de ses affaires ou de ses vêtements facilitera son indépendance par la suite.
- Certains objets personnels rangés dans des bacs ou regroupés sur un plateau seront plus faciles à retrouver.
- Une approche pluridisciplinaire visant à remettre systématiquement les objets à leur place dans la chambre permettra au résident de se référer à des repères stables. Par exemple, des étiquettes adaptées pour être lues par le résident indiqueront où ranger le linge, pour que le résident puisse le retrouver et s'habiller seul.

1.3 Adapter les soins à la malvoyance

L'ophtalmologue ou le médecin répondant de l'EMS indique l'atteinte visuelle du résident. Dans le suivi des soins, l'application du traitement pourra être facilitée par quelques stratégies.



- Lorsque le résident ne peut contrôler visuellement sa médication, l'utilisation d'un semainier ou de godets contrastés facilitera la prise des médicaments.
- Si le résident gère seul sa médication, il serait important d'adapter les transmissions pour qu'elles soient comprises verbalement ou par écrit (voir 5.1).

1.4 Proposer des activités adaptées

Proposer au résident des moyens et des activités mobilisant les cinq sens l'aidera à rester en lien avec son environnement.



- Des jeux ou des activités stimulant le toucher l'encourageront à palper des textures, identifier des températures ou la qualité des surfaces.
- Lorsque la lecture devient difficile ou impossible, l'accès à l'information pourra se faire par l'audition: écoute de livres parlés, d'une radio avec programmation ou recours à un bénévole pour la lecture.
- Les événements festifs seront l'occasion de solliciter le goût et l'odorat (Noël, Pâques...). Autour du repas, la mise en appétit peut être éveillée par la présentation des aliments, odeurs et saveurs mis en valeur.
- Dans de petits groupes «*manger-mains*», les participants seront invités à saisir la nourriture avec les doigts. D'autres ateliers sensoriels faciliteront l'échange et l'évocation de souvenirs.
- Le service d'animation peut proposer des activités accessibles (lectures collectives, concerts, aménagement d'une activité manuelle...). Comme elles sollicitent peu la vision, la participation du résident malvoyant sera encouragée.

2. Adopter des attitudes adaptées

Certaines attitudes adoptées par le personnel facilitent la communication avec le résidant malvoyant âgé, qui se sent alors compris et en sécurité.

2.1 Adapter la communication

Dans un EMS, des stratégies de communication peuvent être rapidement mises en place pour que l'équipe pluridisciplinaire et l'entourage s'adaptent aux difficultés des résidants. Parmi celles-ci :



- Chaque personne qui entre en contact avec un résidant malvoyant se présente systématiquement. Il se nomme et précise la raison de sa présence.
- Lorsque l'on donne des informations, il s'agit d'être précis. Les mots choisis doivent être porteurs de sens. Le vocabulaire utilisé est adapté à la personne, afin de rendre l'information accessible en précisant le contexte de l'activité et son environnement. Il est utile de vérifier ce que le résidant comprend en posant des questions ou en reformulant.
- Pour que l'échange soit agréable, chacun s'installe confortablement. L'intervenant adopte une attitude calme et empathique. La position en face à face contribue à améliorer le contact. Il est également souhaitable de se mettre devant une source de lumière (lampe ou fenêtre) pour que le visage de l'intervenant soit mieux éclairé et ainsi mieux perçu.
- La diminution des capacités auditives sera prise en considération en modulant le ton de la voix. Le contact tactile aidera à renforcer le message transmis, comme en mettant la main sur celle du résidant et en exerçant une pression pour dire qu'on a compris ce qu'il voulait dire.

2.2 Accompagner par la relation d'aide

La perte visuelle fragilise le résidant. Il doit effectuer un travail d'intégration du handicap ajouté à celui lié aux autres pertes dues au grand âge. Ces difficultés peuvent se manifester par un déni du handicap visuel, par un repli ou par une opposition à toute forme d'accompagnement ou de propositions d'activités adaptées.



- Dans cette période sensible, le soignant sera vigilant et accompagnera le résidant fragilisé par la relation d'aide et l'écoute.
- La sensibilisation de l'entourage aux répercussions affectives de la perte visuelle l'aidera à adopter une attitude plus empathique.
- Les résidants atteints d'une déficience visuelle se sentiront soutenus au sein d'un groupe de parole qui les invite à partager leurs ressentis et leurs ressources, (voir 1.4).

2.3 Aider le résidant à comprendre et à décrire « comment il voit »

Pour aider le résidant à décrire ce qu'il voit, des questions simples peuvent lui être posées :

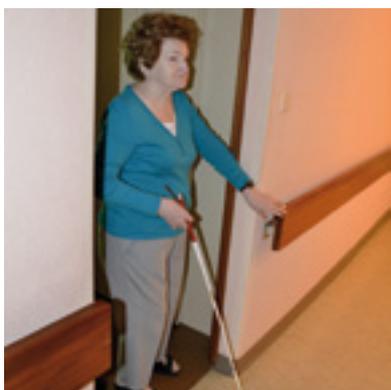


- Comment percevez-vous ce qui est sur la table ?
- Pouvez-vous décrire des détails ?
- Me percevez-vous, moi qui suis en face de vous ?
- Voyez-vous ma silhouette, la couleur de mes habits, de mes cheveux ?

Les réponses obtenues permettront d'évaluer le niveau de détail perçu. Si la personne identifie seulement les formes globales ou les taches de couleurs, sa vision est très basse. Si elle est capable de décrire des détails, ses ressources visuelles vont être suffisantes pour lui permettre de percevoir ce qui l'entoure et de réaliser certaines activités plus précises. Pour affiner cette observation, on pourra dans ce dernier cas lui faire lire une feuille comportant un texte de grosseur dégressive, pour avoir plus d'indices sur comment adapter un texte de transmission. Cette approche favorisera la recherche des conditions dans lesquelles la personne se sent confortable et ses capacités optimisées.

2.4 Prendre en compte le rythme et l'endurance du résidant

D'une manière générale, il faut plus de temps à une personne malvoyante pour effectuer des activités quotidiennes, de déplacement ou de loisir. Il est donc important d'adapter le rythme aux possibilités du résidant, en prenant en compte sa fatigabilité et l'énergie nécessaire pour réaliser une activité.



- Simplifier certaines tâches, par exemple en regroupant sur un plateau les objets utiles pour une activité, pourra l'aider.
- L'encourager à apprendre un trajet en répétant le même itinéraire avec lui sera certes coûteux pour l'équipe pendant l'apprentissage, mais lui permettra d'accéder à une plus grande autonomie par la suite.
- Laisser le temps au résidant d'entraîner l'utilisation d'un nouveau moyen auxiliaire l'encouragera à employer seul cet équipement.

3. Concevoir une approche à réaliser avec le résident

En EMS, chaque résident malvoyant a des besoins spécifiques. Concevoir un accompagnement individualisé permet de mobiliser les ressources de la personne et de la stimuler tout en la rassurant.

3.1 Aider le résident à se repérer en explorant les lieux

Lors de l'accueil d'un nouveau résident, il convient de mettre en place une découverte progressive de son environnement, afin qu'il puisse comprendre la structure des lieux et se sentir en sécurité. Plusieurs démarches peuvent l'aider.



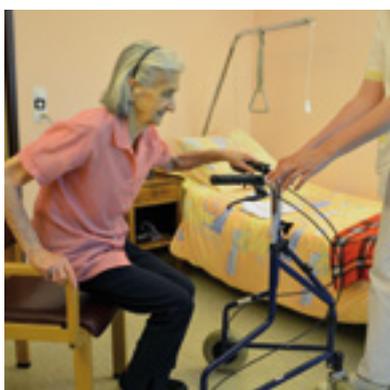
- Encourager le résident à explorer sa chambre facilitera sa prise de repères.
- Accompagner le résident en lui décrivant de manière structurée les différents lieux de l'EMS.
- Identifier avec lui les repères architecturaux qu'il pourrait utiliser sur un trajet simple le stimulera à se déplacer seul.

Par étapes, on peut prendre en considération:

- Son espace personnel (chambre, placards, salle de bain, toilettes...).
- Les espaces partagés de l'unité de soin (salle à manger, salon...).
- Les espaces partagés de l'institution (cafétéria, animation...).
- Les espaces extérieurs protégés (terrasse, jardin...).

3.2 Impliquer le résident lors des transferts

Aider un résident à se mobiliser lors de changements de position, vise à la fois à stimuler ses ressources physiques, à le sécuriser, ainsi qu'à compenser le déficit visuel par le toucher.



- Le résident sera encouragé à utiliser les appuis à la fois comme moyens pour se tenir et comme repères tactiles. Main courante, accoudoirs du fauteuil roulant, cadre de marche ou «rollator» dont les freins sont bloqués pourront l'aider.
- La suppression des obstacles et un mobilier ergonomique assureront une sécurité maximale.
- La participation active du résident sera sollicitée. L'aide verbale ou physique du soignant l'encouragera.

3.3 Simplifier les activités pour les rendre accessibles

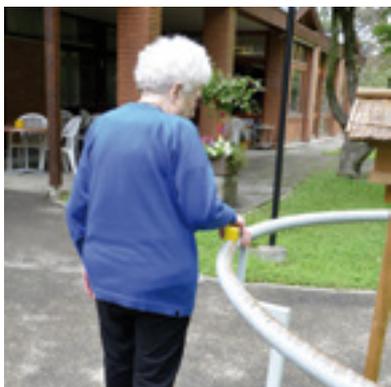
L'aide apportée au résidant malvoyant doit parfois prendre en compte d'autres difficultés liées à l'âge. Ainsi, s'ajoutent souvent des troubles cognitifs, sensoriels et/ou de mobilité. Les simplifications faciliteront la compréhension.



- Personnaliser un carnet d'adresses ou effectuer une transmission écrite avec un texte lisible pour le résidant l'aidera à le déchiffrer.
- Adapter avec des adhésifs ou des caches dissimulant les commandes inutiles un téléphone à grosses touches, une radio avec programmation, une télécommande ou un lecteur pour livres parlés facilitera leur utilisation.
- Personnaliser l'apprentissage par étapes, dans une approche pluridisciplinaire, encouragera ainsi le résidant à investir l'activité en se sentant soutenu.

3.4 Encourager le résidant à se déplacer en sécurité

Dans un EMS, un résidant malvoyant peut se sentir déséquilibré dans ses déplacements par le contexte de son nouveau lieu de vie. Pour l'aider, plusieurs pistes sont à explorer :



- Recourir à des «*techniques de guide*» pour accompagner une personne malvoyante ou aveugle, ou l'encourager à utiliser une canne blanche (canne de signalisation ou canne d'appui).
- Sécuriser l'environnement par la mise en place d'aménagements comme la pose de mains courantes, le choix d'une signalétique accessible, la variation des textures des chemins ou l'élimination des obstacles.
- Installer des bancs visibles à l'extérieur permettra au résidant de marquer une pause dans ses déplacements.
- Encourager à se mobiliser tout en veillant à une sécurité maximale stimulera les résidants les plus fragilisés à se déplacer. Plusieurs moyens de prévention des chutes sont mis à disposition dans les EMS, dont des démarches réflexives (analyse et anticipation des risques) et du matériel (système anti-errance, montres alarmes).
- Collaborer avec un «*spécialiste en locomotion*» pour des sorties sur des longs trajets permet de compléter ou de renforcer les stratégies mobilisées par des résidants plus autonomes. Des prestations, offrant un accompagnement individualisé, existent dans certains cantons (voir 6.2).

4. Intégrer des moyens adaptés aux besoins du résident

Il existe différents moyens auxiliaires et optiques permettant d'optimiser les capacités visuelles du résident. Il s'agit de prendre en considération plusieurs paramètres pour déterminer la pertinence du moyen envisagé.

4.1 Encourager à utiliser les lunettes adéquates

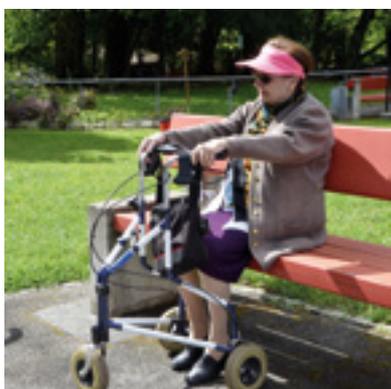
Il importe d'encourager les résidents malvoyants à utiliser leurs moyens optiques qui contribuent à améliorer leur vue disponible. Les moyens seront identifiés selon leur fonction: lunettes pour la lecture, pour la vision de loin, filtres contre l'éblouissement. Les résidents très malvoyants renoncent parfois à les utiliser, car le port de lunettes n'apporte rien.



- Différencier les lunettes grâce à des cordons de couleur, des étuis de formes différentes ou en faisant graver par l'opticien des repères sur la monture, simplifiera leur utilisation.
- Nettoyer régulièrement les lunettes permettra d'assurer une meilleure visibilité.
- Faire contrôler régulièrement les lunettes par l'opticien permettra de détecter la présence de rayures gênantes, d'éclats de verre ou d'endommagement de la monture pouvant blesser la personne (ailettes cassées...).
- Informer l'entourage de la spécificité de chaque paire de lunettes pour encourager le résident à les utiliser à bon escient.

4.2 Protéger le résident de l'éblouissement

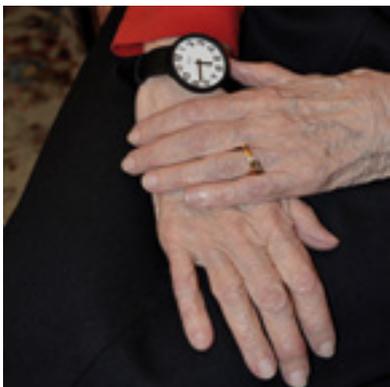
Si les résidents malvoyants ont souvent besoin d'un fort apport de lumière, certains d'entre eux sont très sensibles à l'éblouissement.



- Le port d'un chapeau à large bord, d'une visière ou d'une casquette permettra de réduire l'arrivée de la lumière et des reflets dans les yeux.
- Différents filtres teintés peuvent être proposés: clips ou intégrés dans une lunette d'appoint, complétés par des montures aux branches couvrantes. Ce type d'équipement est envisagé en collaboration avec les spécialistes en basse-vision (voir 6.2).
- Des stratégies simples seront rappelées au sein de l'équipe pluridisciplinaire, comme de proposer au résident de s'asseoir dos à la fenêtre, de baisser le store ou de protéger par un voilage.

4.3 Proposer des moyens auxiliaires spécifiques

Différents moyens auxiliaires sont conçus pour les personnes malvoyantes ou aveugles.

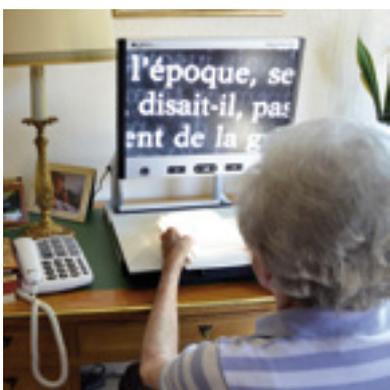


- Concernant l'orientation dans le temps, il existe des montres ou des réveils adaptés, dont les contrastes, la synthèse vocale ou les repères tactiles permettent de lire l'heure. On trouve aussi des calendriers en grands caractères à suspendre ou à utiliser comme un agenda avec un feutre contrasté.
- Des aides à la communication comme des téléphones à grosses touches programmables sont d'un précieux soutien.
- L'utilisation d'un lecteur audio en remplacement de la lecture pour écouter des livres parlés pourra être également appréciée.
- Pour faciliter la mobilisation, il existe des cannes blanches d'appui ou de signalisation.

Certains de ces moyens peuvent se trouver dans le commerce. D'autres plus spécifiques sont distribués en Suisse par l'Union Centrale Suisse pour le Bien des Aveugles (UCBA). Ils sont visibles sur le site Internet www.ucba.ch et peuvent également être commandés par téléphone. Dans chaque canton, une exposition permet de découvrir ces différents moyens.

4.4 Proposer des moyens grossissants

Certains moyens optiques permettront au résidant malvoyant de réinvestir la lecture.



- Lors d'un besoin de grossissement modéré, il pourra s'agir de lunettes-loupes ou de loupes dont certaines sont équipées d'un éclairage intégré.
- Lors de besoins de grossissement élevés, un système d'agrandissement électronique se révélera utile pour lire différents types de documents, observer des petits objets ou identifier les photos (visages, paysages ...).
- Certains EMS consacrent un «*coin lecture*» en mettant à disposition des moyens adaptés pour des personnes malvoyantes comme un système d'agrandissement électronique, des loupes, des revues en gros caractères et un éclairage adapté.

Dans certains cas, le résidant arrive dans l'EMS avec des moyens grossissants qu'il utilisait à domicile. Si ce n'est pas le cas, une démarche pourra être mise en place avec un spécialiste en basse-vision (voir 6.2) pour déterminer un équipement adapté à ses demandes et ses capacités.

5. Agir sur l'environnement

L'environnement doit être adapté pour favoriser l'autonomie et la sécurité des résidents malvoyants. Selon les possibilités de l'EMS, différents projets seront envisagés pour faciliter les repères dans ce lieu collectif.

5.1 Adapter les informations écrites

Dans un EMS, plusieurs supports informatifs sont mis à disposition. Pour les rendre accessibles, il s'agira à la fois d'adapter les documents qui sont adressés à la collectivité et ceux qui sont dédiés à un résident malvoyant en particulier, en tenant compte des recommandations en matière de lisibilité.



- L'adaptation des documents pourra être conduite dans une démarche institutionnelle garantissant leur pertinence sur le long terme. Cela concerne le programme de l'animation, les menus, le journal de l'EMS et les documents institutionnels (contrats, chartes, plaquettes...).
- Les textes seront réalisés dans une police de caractères simples (Arial, Verdana), en minuscules et avec un agrandissement adapté au besoin du résident. Pour les textes plus longs, une mise en page simple, alignée à gauche, avec un choix réduit d'articles sera privilégiée.
- Les documents qui concernent un résident, comme la liste de ses numéros de téléphone, les transmissions, des mots croisés, des extraits de documents ou de journaux, ainsi qu'un mode d'emploi (TV...) seront agrandis et présentés selon ses besoins.
- Des informations auditives viendront en complément. Elles s'adressent à la collectivité: lecture des animations du jour ou des menus au micro lors du repas. Elles seront personnalisées: rappel d'un rendez-vous ou d'une animation.

5.2 Utiliser de la vaisselle contrastée

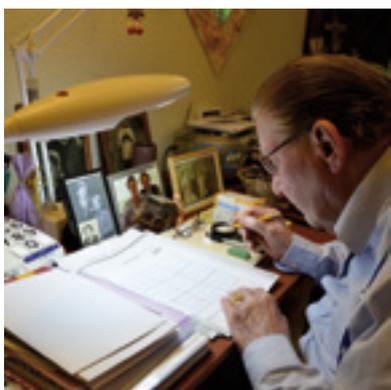
Le repas est un moment important dans une journée en EMS. Il peut être facilité et rendu plus agréable de la manière suivante:



- Améliorer la visibilité des assiettes et des couverts par l'utilisation des contrastes. Si les assiettes de service sont blanches, une nappe de couleur ou des sets (papier ou tissu) les rendront plus visibles.
- Localiser les aliments au centre d'une assiette à large bord contrasté. L'intendant de l'EMS aura à cœur d'intégrer ce principe lors d'un projet de remplacement de la vaisselle et de solliciter des entreprises pouvant réaliser sur demande une large bordure de couleur vive sur la vaisselle de collectivité, plus robuste.
- Généraliser ce principe lié à l'amélioration des contrastes à l'ensemble des activités (porte-savon et linge de couleur soutenue à la salle de bain, sous-main foncé en animation...).

5.3 Aménager l'éclairage pour faciliter les activités

Les besoins en lumière varient pour chaque résidant, certains ayant besoin de beaucoup d'éclairage, d'autres étant très sensibles à l'éblouissement.



- Individualiser la demande de lumière peut aboutir à équiper un résidant dans sa chambre avec une lampe conseillée par un spécialiste en basse-vision (voir 6.2).
- Collaborer avec un spécialiste en éclairage, pour des projets d'aménagement de chambres ou de lieux collectifs. Il contribuera à évaluer les améliorations à apporter. La spécificité du lieu et des activités qui s'y déroulent seront prises en compte que ce soit par exemple pour le coin-repas, les activités de l'animation, la place de lecture...
- Équiper les installations lumineuses de variateurs ou de détecteurs de présence contribuera à améliorer la sécurité et le confort (voir 4.2).

5.4 Améliorer la signalétique

Une réflexion sur l'amélioration de la signalétique se traduira par des mesures qui contribuent à faciliter l'orientation de résidents malvoyants vivant en EMS.



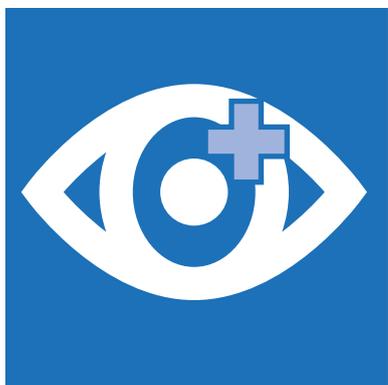
- Les informations devront être accessibles, à la fois dans leur localisation, leur contenu et leur apparence. La porte du résidant pourra être personnalisée avec un motif visible facilitant sa localisation.
- Les panneaux devraient être fixés au-dessous de 160 cm, en tenant compte de l'axe du regard des pensionnaires dont la mobilité est souvent réduite (fauteuil roulant, «rollator»).
- L'amélioration de la lisibilité des panneaux se fera en simplifiant et en limitant le texte aux informations pertinentes. Il s'agira aussi d'accentuer les contrastes, ainsi que d'adapter la grosseur des caractères à la distance de lecture. Opter pour une police de caractère simplifiée (Arial ou Verdana) et choisir un support mat pour éviter les reflets faciliteront également leur déchiffrement.
- Ce principe de marquage pourra être généralisé à différents aménagements architecturaux dans l'EMS, pouvant faire partie de projets menés sur le long terme, notamment le marquage des marches d'escalier avec une bande contrastée ou l'ajout d'une bande de couleur derrière la barre d'appui.

6. Solliciter des ressources spécialisées

Pour accompagner un résidant malvoyant en EMS, la démarche pluridisciplinaire implique à la fois l'entourage, les soignants et les intervenants externes, dans le domaine médical, optique et paramédical. Il existe également des prestations spécifiques qui peuvent aider le résidant à s'investir dans des activités.

6.1 Solliciter l'intervention de l'ophtalmologue

Une consultation chez l'ophtalmologue permettra de connaître l'état de la vision et de préciser un diagnostic en cas d'atteinte de la vue. C'est l'ophtalmologue qui prescrit les mesures à mettre en œuvre, dont le traitement à suivre et les interventions chirurgicales éventuelles. Il peut aussi prescrire de nouvelles lunettes réalisées ultérieurement par un opticien.



- L'accompagnement du résidant à ces consultations peut faciliter les transmissions concernant le traitement à suivre et l'utilisation de l'équipement optique. Il est précieux de lister, avant le rendez-vous, les sujets à clarifier et les informations à restituer à l'équipe soignante pour garantir la qualité de prise en soins.
- Le certificat médical attestant le déficit visuel, délivré par l'ophtalmologue, est obligatoire pour obtenir certaines prestations spécifiques (voir 6.3).

6.2 Solliciter l'intervention spécialisée en basse-vision

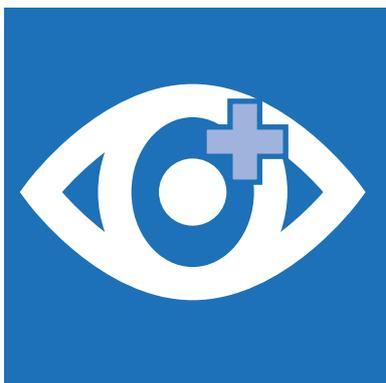
Les spécialistes en basse-vision sont souvent des opticiens et des ergothérapeutes. Ces derniers peuvent apporter leurs conseils et leur expertise à l'équipe de différentes manières.



- La consultation en basse-vision dans l'EMS permet de mieux cibler les besoins et les demandes du résidant dans le domaine de la lecture ou des déplacements. Le spécialiste peut proposer de concrétiser certains projets à un entourage mieux sensibilisé à la problématique visuelle du résidant.
- Des conseils en aménagement de l'environnement architectural représentent l'autre type de collaboration, destiné à l'Institution.
- Lorsque la malvoyance du résidant est modérée ou lors d'un besoin particulier, une consultation chez un opticien spécialisé en basse-vision peut être conseillée comme complément, pour conduire à des solutions optiques spécifiques (lunettes-loupes, filtres pour diminuer l'éblouissement...).

6.3 Proposer des prestations spécifiques

Des prestations spécifiques au domaine du déficit visuel peuvent être sollicitées pour les résidants, pour certaines sur la base d'un certificat médical attestant leur déficit visuel.



- À Genève, par exemple, plusieurs organismes proposent des prestations. La BBR (bibliothèque de l'ABA) offre un prêt gratuit de livres parlés. Le service de «*Lecture à domicile*» du Mouvement des Aînés propose des bénévoles pour la lecture. À noter également qu'un service des transports publics genevois (Mobilité Pour Tous) met à disposition un accompagnement dans les trajets.
- Sur le site Internet de l'UCBA www.ucba.ch, les coordonnées des services spécialisés de Suisse romande sont disponibles.

6.4 Super joker

Selon l'utilisation du matériel et les besoins spécifiques, des équipes de nouvelles cartes seront créées et ajoutées à la série.



Remarques

Dans certains cas, plusieurs cartes peuvent être retenues. Lors de l'adaptation d'un moyen auxiliaire par exemple, il pourra s'agir à la fois de tenir compte des troubles associés pour simplifier l'activité, d'adapter la communication, d'adopter une attitude empathique et de respecter le rythme de la personne. Lorsque l'équipe dispose de peu de temps de colloque, les cartes interactives peuvent être utilisées brièvement pour présenter aux autres membres de l'entourage les démarches du projet de soins. La manière d'introduire ces moyens dans une démarche de soins en exploitant leur aspect ludique peut amener les participants à constater qu'il y a «*toujours une carte à jouer*» donc quelque chose à entreprendre. L'analyse des cartes mises de côté peut faire prendre conscience que d'autres interventions sont possibles.

Conclusion

Cette approche, élaborée par des ergothérapeutes spécialisés de l'ABA, permet de développer des projets d'accompagnement menés en équipe pluridisciplinaire.

Des outils pédagogiques ont été imaginés et mis en œuvre pour améliorer la prise en compte de la malvoyance dans l'accompagnement des résidents malvoyants. Ils ont été expérimentés par des collaborateurs des EMS genevois dans le cadre des différentes sessions de formation-action «*basse-vision en EMS*», mises sur pied en partenariat avec la FEGEMS.

Les cartes didactiques illustrées se sont imposées progressivement et naturellement dans les ateliers de formation pour faire la synthèse de la détection et de la compréhension de l'impact du déficit visuel dans la vie quotidienne du résident. La version publiée est le résultat d'un processus. Les premiers jeux de cartes introduits dans les sensibilisations ont été «*bricolés*» avec des illustrations provenant du Foyer du Vallon. Leur facilité d'utilisation et leur côté ludique nourrissent les échanges entre des professionnels aux formations et aux origines socioculturelles variées.

Ce matériel est désormais remis aux personnes ressources formées dans le cadre du dispositif de formation-action basse-vision en EMS. Il peut également être utilisé dans le contexte d'une sensibilisation aux situations de handicap visuel. Il nécessite alors une formation spécifique de l'animateur, formation que les spécialistes de l'ABA peuvent dispenser.

Ce nouvel outil apportera un soutien aux établissements confrontés à des situations de plus en plus complexes. Dans ce sens, en complément à ce projet, il serait fondamental que les programmes de santé publique renforcent la prise en compte du déficit visuel des personnes très âgées de plus en plus nombreuses en EMS, comme à domicile.

Bibliographie

Livres

- Ducret C. et Kühne N. (1993), *L'aménagement de foyers pour personnes âgées malvoyantes*, Cahiers de l'EESP, Lausanne.
- Holzschuch C., Mourey F., Manière D. et al., (2002), *Gériatrie et basse-vision, Pratiques interdisciplinaires, Pratiques interdisciplinaires Abrégés de Masson*, Paris.
- Holzschuch C., Mourey F., Manière D., Christiaen MP., Gerson-Thomas M., Lepoivre JP., Paulin M., Creuzot-Garcher C., Pfitzenmeyer P. (2012), *Gériatrie et basse-vision, Pratiques interdisciplinaires*, Solal, collection ergothérapie, 2^e édition complétée, Marseille.
- Holzschuch C., Christiaen MP. (2007), *Maintien des habitudes, in la malvoyance chez l'adulte: la comprendre, la vivre mieux*, Vuibert, Paris.
- Holzschuch C. et Fays A. (2009), *L'intervention auprès des personnes âgées présentant une déficience visuelle*, in *Ergothérapie en gériatrie: approches cliniques*, Solal, Collection Ergothérapies, Marseille, p. 323-334.

Brochures

- Bohn F. (2012), *De la vision au projet, nouvelles construction, agrandissement ou rénovation d'un EMS*, Curaviva, Berne.
- Bohn F. (2010), *Planungsrichtlinien für altersgerechte Wohnbauten, Herausgeberin und kostenloser Bezug*, Schweizerische Fachstelle für behindertengerechtes Bauen, Zurich.
- Bohn F. (2012), *Bewohnerorientierte Lichtgestaltung in Alters- und Pflegezentren und im betreuten Wohnen*, Schweizerische Fachstelle für behindertengerechtes Bauen, Zurich.
- Christiaen-Colmez MP. (2006), *Le déficit visuel de la personne âgée: contribution à un projet de formation pour l'entourage professionnel*, mémoire, FAPSE, Genève.
- Christiaen MP. (2005), *Vivre mieux dans un environnement visuel adapté*, ABA, Genève.
http://www.abage.ch/aba/ch/fr-ch/index.cfm?page=/aba/home/association/environnement_accessible, consulté le 20.12.2012.
- Holzschuch C., Allaire C., Bertholet L., Aguis C., Méheust C. (dir.), (2008), *Quand la malvoyance s'installe, guide pratique à l'usage des adultes et de leur entourage*, INPES, coll. Varia, Saint-Denis.
www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1161.pdf.
- Schmidt E., Manser J. A., (2003), *Rues - Chemins - Places, Directives «Voies piétonnes adaptées aux handicapés»*, édité par le Centre Suisse pour la construction adaptée aux handicapés, 1^{er} tirage en français.
http://www.fussverkehr.ch/fileadmin/redaktion/publikationen/Strassen_Wege_Plätze_Richtlinien_fuer_behindertengerechte_Fusswegnetze_f.pdf.
- SIA, normes SIA 500 (2011), *Construction sans obstacles*, 2^e édition, Zurich.

Articles

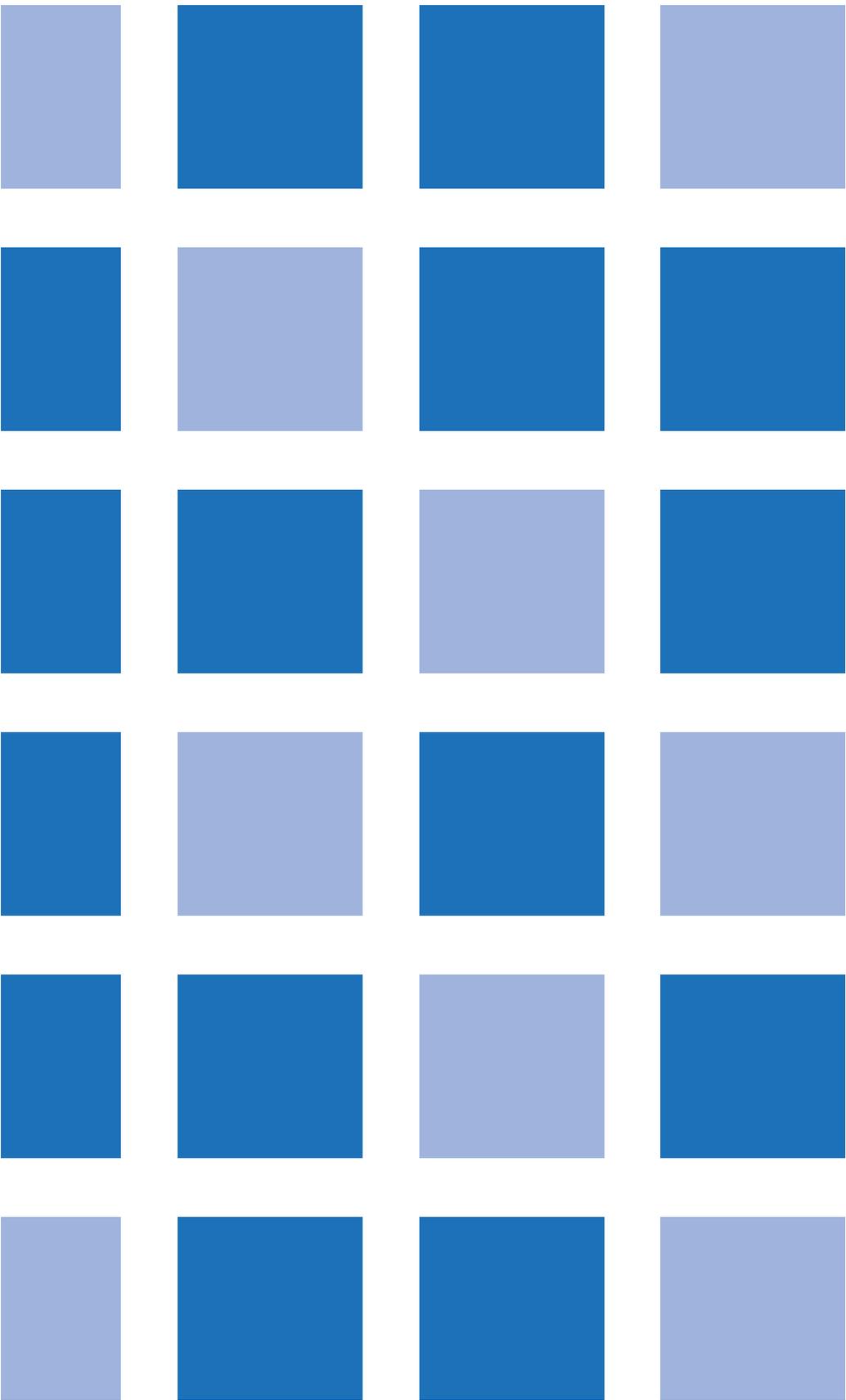
- *Dossier Basse-Vision* (2008), in revue *L'Aide Soignante*, Elsevier Masson, Paris, n°94, p.11-18.
- Bohn F. (2009), *Le rôle de l'ergothérapie dans le conseil pour le logement*, in *Ergothérapie, journal de l'ASE*, août, p. 13-18.
- Christiaen MP. (2012), *L'ergothérapie dans le domaine des déficiences visuelles*, in *Ergothérapie, journal de l'ASE*, février, p. 6-9.
- Christiaen MP. (2009), *Se sensibiliser à la basse-vision, un enjeu important pour l'ergothérapeute en gériatrie*, in *Recueil Annuel d'Ergothérapie*, Bruxelles n°2, p. 17-27.
- Donati G., Christiaen MP. (2006), *Prevalence of visual handicap in the elderly institutionalised population in the Geneva area*, in *Klin. Monbl Augenheilkd.* May;223(5):346-8.
- Heussler F. (2012), *Le handicap de la vue lié à l'âge - un défi pour l'ergothérapie*, in *Ergothérapie, journal de l'ASE*, février, p. 31-34.

Documents en ligne

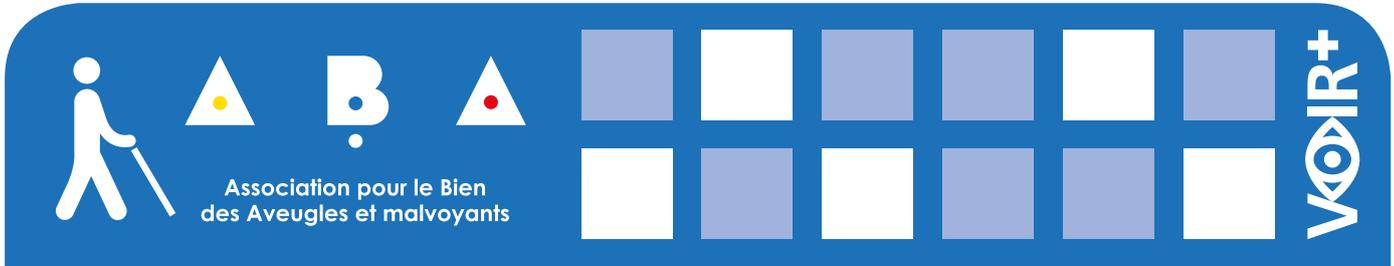
- Christiaen MP, Braun M., Donati G. (2005), *Etude voir en EMS*, Genève, ABA: http://www.abage.ch/aba/ch/fr-ch/index.cfm?page=/aba/home/association/environnement_accessible consulté le 04.01.2013.
- *Œil et vision*: <http://ophtasurf.free.fr/lœil.htm>, consulté le 20.12.2012.
- Site d'ophtalmologie: <http://www.snof.org/encyclopedie/rubrique/les-maladies-oculaires>, consulté le 20.12.2012.
- Catalogue de documents Internet fiables consacrés à la prévention de la cécité: www.provisu.ch, consulté le 20.12.2012.
- Recommandations pour s'adresser à son ophtalmologue: <http://www.cnib.ca/fr/vos-yeux/maladies-oculaires/specialiste-1107/Pages/default.aspx>, consulté le 20.12.2012.
- Lisibilité des documents imprimés: <http://www.cnib.ca/fr/services/accessibilite/ressources/meilleure-lisibilite/Pages/default.aspx>, consulté le 20.12.2012.
- Directives et recommandations architecturales des établissements médico-sociaux vaudois (DAEMS), santé publique, état de Vaud, Lausanne version 7.1, 1^{er} novembre 2003: http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/ssp/fichiers_pdf/DAEMS.pdf, consulté le 20.12.2012.
- Guide pratique d'accessibilité universelle, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec: http://www.irdpq.qc.ca/communication/publications/documents_disponibles.html, consulté le 20.12.2012.
- Critères d'accessibilité répondant aux besoins des personnes ayant une déficience visuelle, INLB: http://www.inlb.qc.ca/modules/pages/index.php?id=63&langue=fr&navid=1&item_id=135, consulté le 20.12.2012.
- Test NEIVQ25: http://www.nei.nih.gov/resources/visionfunction/vfq_ia.pdf, consulté le 11.02.2013.

Sites internet

- Association pour le Bien des Aveugles et malvoyants - ABA, <http://www.abage.ch/>, consulté le 20.12.2012.
- Union Centrale suisse pour le Bien des Aveugles et malvoyants – UCBA, <http://www.szb.ch/fr/>, consulté le 20.12.2012.
- Fédération suisse pour aveugles et malvoyants - FSA, <http://www.sbv-fsa.ch/fr/homefr>, consulté le 20.12.2012.
- Retina suisse, <http://www.retina.ch/>, consulté le 20.12.2012.
- Institut Nazareth et Louis Braille, Montréal, <http://www.inlb.qc.ca/>, consulté le 20.12.2012.
- Centre suisse pour la construction adaptée aux handicapés, <http://www.hindernisfrei-bauen.ch/index.htm>, consulté le 20.12.2012.
- Handicapés - Architecture - Urbanisme, Normes et règlements pour la construction adaptée aux handicapés, <http://www.hau-ge.ch/>, consulté le 20.12.2012.
- Construction efficace et adaptée aux personnes âgées, <http://www.wohnenimalter.ch/>, consulté le 20.12.2012.



Annexes



Ce protocole a été réalisé en collaboration avec les personnes ressources des EMS dans le cadre de la formation-action «basse-vision en EMS» organisée en partenariat avec la FEGEMS.

Nom - Prénom: né-e le: M / F

En EMS depuis:

Rempli le: par:

Comprendre comment voit la personne

Selon l'atteinte, les gênes peuvent être très différentes. Les déficiences visuelles sont rarement «visibles» pour l'interlocuteur. Dans une démarche compréhensive, il est primordial de donner la parole à la personne concernée et de l'inciter à expliciter: Comment elle voit et Quel niveau de détail elle perçoit. En lui demandant de décrire ce qu'elle perçoit de son environnement, que ce soit son interlocuteur assis en face d'elle, l'image sur l'écran de la télévision ou les objets qui se trouvent sur la table, il est possible de repérer le niveau de détail perçu (tache de couleur, forme, petit détail).

Description par le / la résidant-e «Comment je vois...»: à rédiger à la 1^{ère} personne du singulier

Vignette
catégorie de
vision

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Estimation subjective de la qualité de la vision:

- très bonne bonne mauvaise très mauvaise

Inquiétude concernant la vue?

- jamais de temps en temps souvent tout le temps

Comprendre comment fait la personne

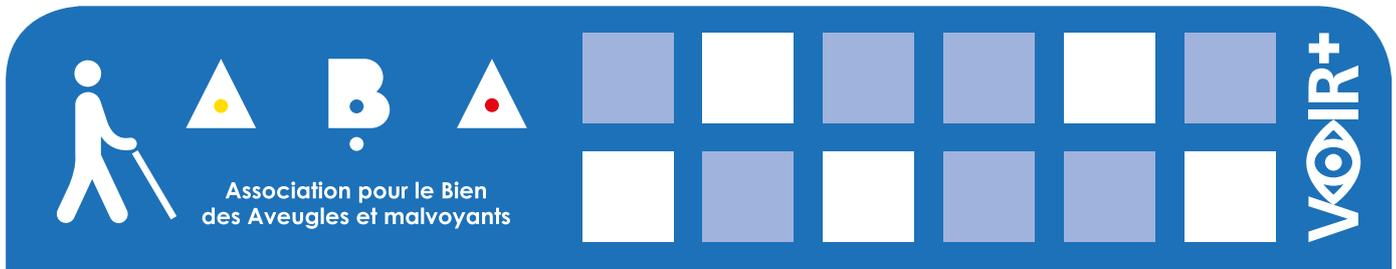
Les 13 questions de la 2^e page de ce protocole s'intéressent aux activités habituelles des résidents des EMS. Elles permettent de rendre compte des gênes causées par la basse-vision et des manières de faire que la personne a mises en place avec succès ou pas. L'intervention visera en priorité les activités dont la réalisation est rendue difficile ou très difficile, en fonction bien sûr des souhaits de la personne concernée. Pour toutes les activités qui ne posent pas de problème une attention particulière sera portée au respect par l'équipe des manières de faire du résident.



Conséquences de la présence d'une basse-vision sur la réalisation des activités habituelles:

Indiquer comment la personne dit qu'elle fait et ce qui est à mettre en place pour faciliter l'activité. Si la personne ne peut s'exprimer de manière fiable noter qu'il s'agit de l'interprétation de l'intervenant Avec votre vision actuelle, pouvez-vous:

		sans problème	avec difficulté	très difficilement	pas du tout à cause de la vue	pas du tout autre raison
01	Reconnaître les visages des personnes de votre entourage					
02	Connaître date et heure					
03	Vous verser à boire					
04	Identifier le contenu de votre assiette					
05	Retrouver vos effets personnels					
06	Effectuer vos soins personnels					
07	Téléphoner (composer les numéros)					
08	Lire les caractères des articles de journaux					
09	Vous orienter à l'intérieur de votre chambre					
10	Vous orienter à l'intérieur de l'établissement					
11	Prendre connaissance des informations affichées					
12	Vous orienter à l'extérieur de l'établissement					
13	Participer aux activités proposées par l'animation					



Ce protocole a été réalisé en collaboration avec les personnes ressources des EMS dans le cadre de la formation-action «basse-vision en EMS» organisée en partenariat avec la FEGEMS.

Nom - Prénom: **Mme C. M.** né-e le: **1923**..... M / F
 En EMS depuis: **14 mois**.....
 Rempli le: 20.12.2012 par: F. J. S. ergothérapeute spécialisée

Comprendre comment voit la personne

Selon l'atteinte, les gênes peuvent être très différentes. Les déficiences visuelles sont rarement «visibles» pour l'interlocuteur. Dans une démarche compréhensive, il est primordial de donner la parole à la personne concernée et de l'inciter à expliciter: Comment elle voit et Quel niveau de détail elle perçoit. En lui demandant de décrire ce qu'elle perçoit de son environnement, que ce soit son interlocuteur assis en face d'elle, l'image sur l'écran de la télévision ou les objets qui se trouvent sur la table, il est possible de repérer le niveau de détail perçu (tache de couleur, forme, petit détail).

Description par le / la résidant-e «Comment je vois...»: à rédiger à la 1^{ère} personne du singulier



Je vois flou, comme si mes «lunettes n'étaient pas propres», c'est surtout ça qui me dérange. Lorsque je vous regarde, je vois votre silhouette, vous êtes habillée en sombre et vous avez les cheveux blonds. La lumière y fait beaucoup.

Ce flou ne me dérange pas vraiment pour me situer.

Estimation subjective de la qualité de la vision:

très bonne bonne mauvaise très mauvaise

Inquiétude concernant la vue?

jamais de temps en temps souvent tout le temps

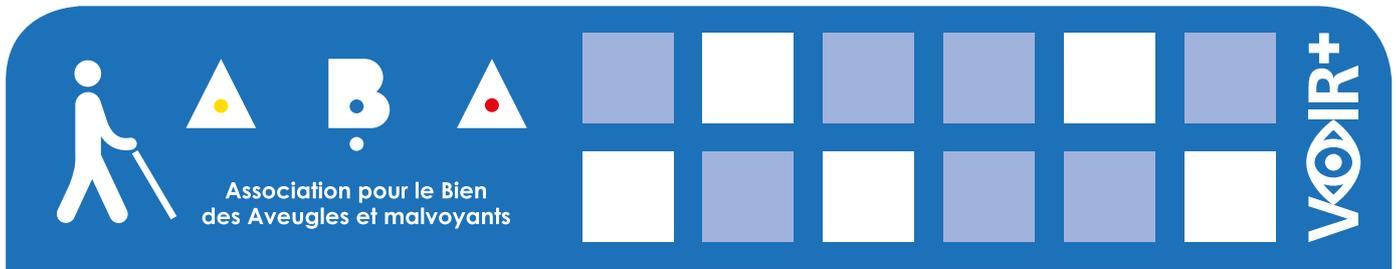
Comprendre comment fait la personne

Les 13 questions de la 2^e page de ce protocole s'intéressent aux activités habituelles des résidents des EMS. Elles permettent de rendre compte des gênes causées par la basse-vision et des manières de faire que la personne a mises en place avec succès ou pas. L'intervention visera en priorité les activités dont la réalisation est rendue difficile ou très difficile, en fonction bien sûr des souhaits de la personne concernée. Pour toutes les activités qui ne posent pas de problème une attention particulière sera portée au respect par l'équipe des manières de faire du résident.

Conséquences de la présence d'une basse-vision sur la réalisation des activités habituelles:

Indiquer comment la personne dit qu'elle fait et ce qui est à mettre en place pour faciliter l'activité. Si la personne ne peut s'exprimer de manière fiable noter qu'il s'agit de l'interprétation de l'intervenant Avec votre vision actuelle, pouvez-vous:

		sans problème	avec difficulté	très difficilement	pas du tout à cause de la vue	pas du tout autre raison
01	Reconnaître les visages des personnes de votre entourage		X			
	Je distingue la silhouette et parfois des éléments des visages, peut-être à cause de la lumière? Ça me gêne un peu mais sans plus.					
02	Connaître date et heure		X			
	J'ai beaucoup de peine à lire l'heure (remarque: a une montre type «bijou» sans contrastes). Toutefois, je ne veux rien acheter d'autre...					
03	Vous verser à boire		X			
	Souvent je verse à côté ou je choisis des récipients plus faciles à utiliser (remarque: elle utilise des petites bouteilles). Mais souvent, c'est difficile...					
04	Identifier le contenu de votre assiette		X			
	On me donne une assiette foncée, ce qui est pratique. Ce qui est le plus difficile je dirais que c'est les aliments hachés que je reconnais parfois au goût.					
05	Retrouver vos effets personnels		X			
	Je me fais souvent aider (remarque: mobilité réduite).					
06	Effectuer vos soins personnels		X			
	Je me fais souvent aider (remarque: mobilité réduite).					
07	Téléphoner (composer les numéros)		X			
	Je n'aime pas téléphoner. Je préfère attendre que ma fille me contacte. Mon réseau relationnel a diminué.					
08	Lire les caractères des articles de journaux		X			
	Je ne lis plus et n'ai plus envie de le faire (remarque: lors de l'évaluation en basse-vision avec ses lunettes et un éclairage d'appoint, elle a pu lire une page d'un livre en gros caractères (corps 16). Elle constate avec surprise ses capacités à lire avec des textes écrits plus gros et bien contrastés).					
09	Vous orienter à l'intérieur de votre chambre					X
	Je me débrouille dans ma petite chambre (remarque: mobilité réduite).					
10	Vous orienter à l'intérieur de l'établissement					X
	Je suis toujours accompagnée dès que je sors de ma chambre.					
11	Prendre connaissance des informations affichées		X			
	Lorsque c'est écrit assez gros, ça va...					
12	Vous orienter à l'extérieur de l'établissement					X
	Je suis toujours accompagnée.					
13	Participer aux activités proposées par l'animation		X			
	J'ai peu d'intérêt pour les activités manuelles, mais j'apprécie les jeux de lettres. J'aime le contact avec les autres en tout petits groupes.					



Ce protocole a été réalisé en collaboration avec les personnes ressources des EMS dans le cadre de la formation-action «basse-vision en EMS» organisée en partenariat avec la FEGEMS.

Nom - Prénom: **Mme P. M.** né-e le: **1921**..... M / F

En EMS depuis: **23 mois**.....

Rempli le: 20.12.2012 par: B. N. aide soignante

Comprendre comment voit la personne

Selon l'atteinte, les gênes peuvent être très différentes. Les déficiences visuelles sont rarement «visibles» pour l'interlocuteur. Dans une démarche compréhensive, il est primordial de donner la parole à la personne concernée et de l'inciter à expliciter: Comment elle voit et Quel niveau de détail elle perçoit. En lui demandant de décrire ce qu'elle perçoit de son environnement, que ce soit son interlocuteur assis en face d'elle, l'image sur l'écran de la télévision ou les objets qui se trouvent sur la table, il est possible de repérer le niveau de détail perçu (tache de couleur, forme, petit détail).

Description par le / la résidant-e «Comment je vois...»: à rédiger à la 1^{ère} personne du singulier



Au début, je voyais «biscornu», les informations visuelles se chevauchant, les lignes n'étant pas droites. Maintenant, c'est comme dans de la brume.

Je n'ai pas de problème pour me déplacer, car je vois la forme globale de mon environnement. Je vois mal, surtout avec l'œil droit. J'ai tendance à cacher l'œil droit lorsque je veux regarder quelque chose.

(Certificat médical: DMLA (tâche centrale altérant la vision des détails, avec recours surtout à la vision périphérique pour faire des activités globales comme se déplacer, lire les titres des journaux, etc.)).

Estimation subjective de la qualité de la vision:

très bonne bonne mauvaise très mauvaise

Inquiétude concernant la vue?

jamais de temps en temps souvent tout le temps

Comprendre comment fait la personne

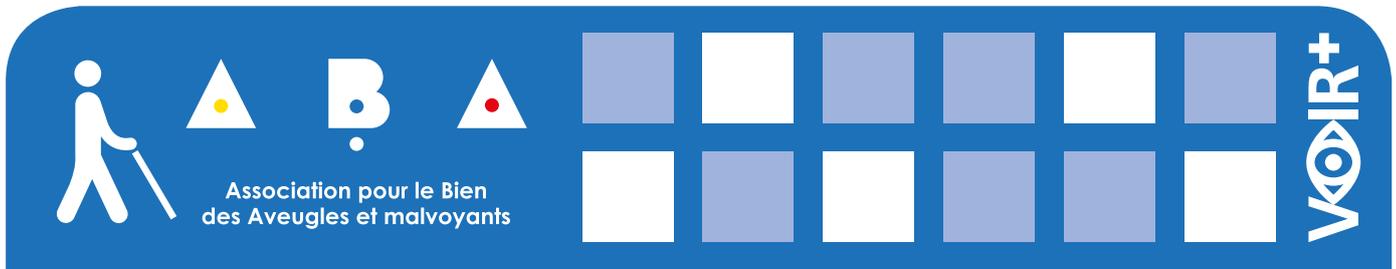
Les 13 questions de la 2^e page de ce protocole s'intéressent aux activités habituelles des résidents des EMS. Elles permettent de rendre compte des gênes causées par la basse-vision et des manières de faire que la personne a mises en place avec succès ou pas. L'intervention visera en priorité les activités dont la réalisation est rendue difficile ou très difficile, en fonction bien sûr des souhaits de la personne concernée. Pour toutes les activités qui ne posent pas de problème une attention particulière sera portée au respect par l'équipe des manières de faire du résident.



Conséquences de la présence d'une basse-vision sur la réalisation des activités habituelles:

Indiquer comment la personne dit qu'elle fait et ce qui est à mettre en place pour faciliter l'activité. Si la personne ne peut s'exprimer de manière fiable noter qu'il s'agit de l'interprétation de l'intervenant Avec votre vision actuelle, pouvez-vous:

		sans problème	avec difficulté	très difficilement	pas du tout à cause de la vue	pas du tout autre raison
01	Reconnaître les visages des personnes de votre entourage		X			
	Je vois les silhouettes des gens qui m'entourent, sans les détails. Mais je les reconnais assez facilement car je suis dans l'EMS depuis assez longtemps.					
02	Connaître date et heure	X				
	J'ai une montre parlante.					
03	Vous verser à boire	X				
04	Identifier le contenu de votre assiette	X				
	Avant de quitter ma chambre, je lis le menu avec mon appareil de lecture.					
05	Retrouver vos effets personnels					X
06	Effectuer vos soins personnels					X
07	Téléphoner (composer les numéros)			X		
	Le numéro de ma fille est mémorisé, autrement j'attends qu'on m'appelle.					
08	Lire les caractères des articles de journaux			X		
	Je vois seulement les gros titres.					
09	Vous orienter à l'intérieur de votre chambre	X				
	Je connais bien ma chambre.					
10	Vous orienter à l'intérieur de l'établissement					X
	Je compte sur les membres du personnel pour mes déplacements.					
11	Prendre connaissance des informations affichées		X			
	Même si les affiches ont été agrandies, il y a souvent trop de détails que je n'arrive pas à déchiffrer.					
12	Vous orienter à l'extérieur de l'établissement					X
	Je ne sors plus seule.					
13	Participer aux activités proposées par l'animation		X			
	Je préfère les animations individuelles et les activités de groupe dans lesquelles on n'utilise pas la vue.					



Ce protocole a été réalisé en collaboration avec les personnes ressources des EMS dans le cadre de la formation-action «basse-vision en EMS» organisée en partenariat avec la FEGEMS.

Nom - Prénom: **M. R. M.** né-e le: **1919**..... M / F

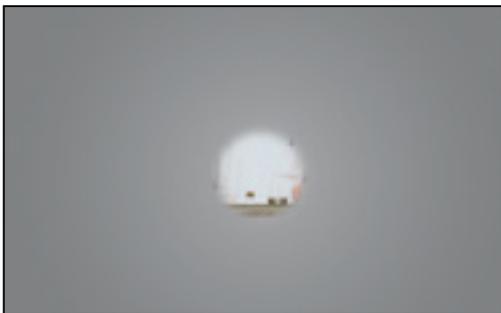
En EMS depuis: **10 mois**

Rempli le: 09.10.2012 par: A. B. aide soignante

Comprendre comment voit la personne

Selon l'atteinte, les gênes peuvent être très différentes. Les déficiences visuelles sont rarement «visibles» pour l'interlocuteur. Dans une démarche compréhensive, il est primordial de donner la parole à la personne concernée et de l'inciter à expliciter: Comment elle voit et Quel niveau de détail elle perçoit. En lui demandant de décrire ce qu'elle perçoit de son environnement, que ce soit son interlocuteur assis en face d'elle, l'image sur l'écran de la télévision ou les objets qui se trouvent sur la table, il est possible de repérer le niveau de détail perçu (tache de couleur, forme, petit détail).

Description par le / la résidant-e «Comment je vois...»: à rédiger à la 1^{ère} personne du singulier



Je vois mal, mais quand même certains détails, ce qui me permet de lire un peu. Je vois une partie des choses que je regarde. Souvent, je dois déduire où sont placés les objets qui m'entourent pour les retrouver.

C'est un problème souvent difficile à comprendre pour mon entourage, par exemple mon besoin de plus d'éclairage le soir voire la nuit si je dois me lever.

(Remarque: type de vision Glaucome avec rétrécissement du champ visuel, baisse de perception des contrastes et sensibilité à l'éblouissement).

Estimation subjective de la qualité de la vision:

très bonne bonne mauvaise très mauvaise

Inquiétude concernant la vue?

jamais de temps en temps souvent tout le temps

Comprendre comment fait la personne

Les 13 questions de la 2^e page de ce protocole s'intéressent aux activités habituelles des résidents des EMS. Elles permettent de rendre compte des gênes causées par la basse-vision et des manières de faire que la personne a mises en place avec succès ou pas. L'intervention visera en priorité les activités dont la réalisation est rendue difficile ou très difficile, en fonction bien sûr des souhaits de la personne concernée. Pour toutes les activités qui ne posent pas de problème une attention particulière sera portée au respect par l'équipe des manières de faire du résident.



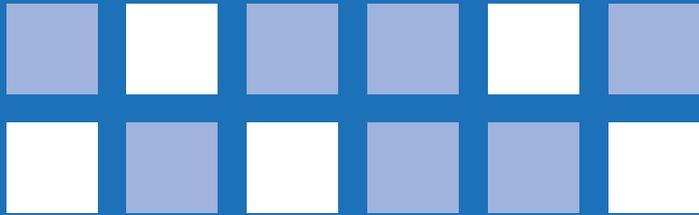
Conséquences de la présence d'une basse-vision sur la réalisation des activités habituelles:

Indiquer comment la personne dit qu'elle fait et ce qui est à mettre en place pour faciliter l'activité. Si la personne ne peut s'exprimer de manière fiable noter qu'il s'agit de l'interprétation de l'intervenant Avec votre vision actuelle, pouvez-vous:

		sans problème	avec difficulté	très difficilement	pas du tout à cause de la vue	pas du tout autre raison
01	Reconnaître les visages des personnes de votre entourage		X			
	Je vois la forme générale des personnes et je dois souvent faire des déductions pour les reconnaître (silhouette, manière de s'habiller, etc.)					
02	Connaître date et heure		X			
	Lire l'heure devient difficile (<i>remarque: montre standard mais assez adaptée, avec gros cadran et chiffres contrastés</i>). J'arrive à repérer la date d'après mon calendrier (<i>remarque: calendrier à feuillets, standard, écrit gros</i>).					
03	Vous verser à boire	X				
04	Identifier le contenu de votre assiette	X				
05	Retrouver vos effets personnels	X				
06	Effectuer vos soins personnels	X				
07	Téléphoner (composer les numéros)		X			
	C'est un peu difficile car je n'ai pas de carnet adapté (<i>remarque: possède un téléphone avec grosses touches et programmation avec touches illustrées</i>).					
08	Lire les caractères des articles de journaux		X			
	Je lis encore un peu même si c'est difficile, mais avec un manque d'endurance. J'utilise une loupe pour lire. C'est une activité importante pour moi, j'étais journaliste.					
09	Vous orienter à l'intérieur de votre chambre	X				
10	Vous orienter à l'intérieur de l'établissement	X				
11	Prendre connaissance des informations affichées	X				
12	Vous orienter à l'extérieur de l'établissement					X
	Je ne sors plus seul.					
13	Participer aux activités proposées par l'animation					
	J'apprécie de regarder la TV. J'aimerais bien essayer les services de la bibliothèque sonore.					



Association pour le Bien
des Aveugles et malvoyants



VOIR+

Ce protocole a été réalisé en collaboration avec les personnes ressources des EMS dans le cadre de la formation-action «basse-vision en EMS» organisée en partenariat avec la FEGEMS.

Nom - Prénom: **M. R. E.** né-e le: **1941**..... M / F

En EMS depuis: **6 mois**.....

Rempli le: 25.09.2012..... par: C. Z. infirmière

Comprendre comment voit la personne

Selon l'atteinte, les gênes peuvent être très différentes. Les déficiences visuelles sont rarement «visibles» pour l'interlocuteur. Dans une démarche compréhensive, il est primordial de donner la parole à la personne concernée et de l'inciter à expliciter: Comment elle voit et Quel niveau de détail elle perçoit. En lui demandant de décrire ce qu'elle perçoit de son environnement, que ce soit son interlocuteur assis en face d'elle, l'image sur l'écran de la télévision ou les objets qui se trouvent sur la table, il est possible de repérer le niveau de détail perçu (tache de couleur, forme, petit détail).

Description par le / la résident-e «Comment je vois...»: à rédiger à la 1^{ère} personne du singulier



Je ne vois presque plus. J'ai l'impression que ça diminue. Je ne lis plus. Ma vue est rétrécie avec une partie sur la gauche que je ne peux distinguer. Cela me déprime.

Toutefois ce n'est qu'un problème parmi d'autres.
Je suis découragé par tout ce qui m'arrive.

(Remarque: hémiplégie).

Estimation subjective de la qualité de la vision:

très bonne bonne mauvaise très mauvaise

Inquiétude concernant la vue?

jamais de temps en temps souvent tout le temps

Comprendre comment fait la personne

Les 13 questions de la 2^e page de ce protocole s'intéressent aux activités habituelles des résidents des EMS. Elles permettent de rendre compte des gênes causées par la basse-vision et des manières de faire que la personne a mises en place avec succès ou pas. L'intervention visera en priorité les activités dont la réalisation est rendue difficile ou très difficile, en fonction bien sûr des souhaits de la personne concernée. Pour toutes les activités qui ne posent pas de problème une attention particulière sera portée au respect par l'équipe des manières de faire du résident.



Conséquences de la présence d'une basse-vision sur la réalisation des activités habituelles:

Indiquer comment la personne dit qu'elle fait et ce qui est à mettre en place pour faciliter l'activité. Si la personne ne peut s'exprimer de manière fiable noter qu'il s'agit de l'interprétation de l'intervenant Avec votre vision actuelle, pouvez-vous:

		sans problème	avec difficulté	très difficilement	pas du tout à cause de la vue	pas du tout autre raison
01	Reconnaître les visages des personnes de votre entourage		X			
	Je reconnais mes proches, mais j'ai de la peine à reconnaître les membres du personnel.					
02	Connaître date et heure		X			
	J'apprécie ma montre parlante.					
03	Vous verser à boire		X			
	Je verse souvent à côté du verre. Parfois je ne vois même pas qu'il y a un verre sur la table.					
04	Identifier le contenu de votre assiette		X			
	Je ne vois pas le côté gauche de l'assiette.					
05	Retrouver vos effets personnels					X
	Je me fais souvent aider (<i>remarque: hémiplégie</i>).					
06	Effectuer vos soins personnels					X
	Je me fais souvent aider (<i>remarque: hémiplégie</i>).					
07	Téléphoner (composer les numéros)					X
	Je ne l'utilise pas, même si c'est un téléphone à grandes touches, à cause de mon hémiplégie.					
08	Lire les caractères des articles de journaux			X		
	Même si c'est écrit en grand, je n'arrive pas à trouver le début de la ligne.					
09	Vous orienter à l'intérieur de votre chambre	X				
10	Vous orienter à l'intérieur de l'établissement		X			
	Je me déplace seul avec mon fauteuil roulant, mais je me cogne souvent aux cadres des portes et aux chariots dans les couloirs.					
11	Prendre connaissance des informations affichées			X		
	Je n'arrive pas à lire, les affiches sont placées trop haut, alors je dois demander qu'on me lise ce qui est inscrit.					
12	Vous orienter à l'extérieur de l'établissement					X
	Je ne sors plus seul.					
13	Participer aux activités proposées par l'animation					X
	Je n'ai pas tellement l'habitude d'avoir des loisirs. J'aime la compagnie des autres résidents. J'aimerais bien essayer la bibliothèque sonore.					

Publié avec le soutien financier
de la Fondation Pro Visu et de
la Fondation Leenaards

fondation
pro visu


FONDATION
LEENAARDS

+ PR IL VO V

