UNIVERSITE D’AIX-MARSEILLE

Master mention Psychologie

Parcours : Psychologie Sociale de la Santé

Julien LEFÈVRE

Mémoire de Master 2 - HPTDU06

Bien-être psychosocial et handicap visuel : représentations professionnelles et expérience vécue des usagers en SAM-SAH

Directeur de mémoire : Lionel Dany

Année Universitaire : 2025-2026

Table des matières

INTRODUCTION 4

1- OBJET DE RECHERCHE 8

A. LE BIEN-ETRE PSYCHOSOCIAL COMME OBJET DE REPRESENTATIONS SOCIALES CHEZ LES PROFESSIONNELS 8
B. LE BIEN-ETRE PSYCHOSOCIAL COMME EXPERIENCE VECUE PAR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP VISUEL ACCOMPAGNEES 9

2- CADRE THEORIQUE DU BIEN-ETRE PSYCHOSOCIAL EN CONTEXTE DE CECITE 10

A. LA THEORIE DES REPRESENTATIONS SOCIALES : LE BIEN-ETRE PSYCHOSOCIAL ANCRE DANS LES REPRESENTATIONS DE LA CECITE 10
B. LA THEORIE DE L'IDENTITE SOCIALE : LE BIEN-ETRE COMME ENJEU IDENTITAIRE ET INTERGROUPE EN CONTEXTE D'ACCOMPAGNEMENT 15
C. LE BIEN-ETRE PSYCHOSOCIAL : LE MODELE DU BIEN-ETRE SOCIAL DE KEYES COMME GRILLE D'ANALYSE DES RAPPORTS A L'AUTRE ET AU SOCIAL 18
D. LE MODELE SOCIAL DU HANDICAP : LE ROLE DES BARRIERES SOCIALES ET ORGANISATIONNELLES DANS L'EXPERIENCE DU BIEN-ETRE 20

3- PROBLEMATIQUE ET OBJECTIF DE RECHERCHE 21

4- METHODE 22

A. PARTICIPANTS 23
B. DISPOSITIF DE RECHERCHE 25
C. RECUEIL DES DONNEES 26
D. ANALYSE DES DONNEES 29

5- RESULTATS 31

A. LES REPRESENTATIONS SOCIALES DU BIEN-ETRE PSYCHOSOCIAL CHEZ LES PROFESSIONNELS DU SAMSAH 31
B. L'EXPERIENCE VECUE DU BIEN-ETRE PSYCHOSOCIAL CHEZ LES USAGERS 41
C. CONVERGENCES, ECARTS ET TENSIONS ENTRE REPRESENTATIONS PROFESSIONNELLES ET VECU DES USAGERS 48

6- DISCUSSION ET IMPLICATIONS POUR L'ACCOMPAGNEMENT EN SAMSAH 52

A. CONVERGENCES STRUCTURANTES : UN SOCLE PARTAGE DU BIEN-ETRE 52
B. LE BIEN-ETRE COMME OBJET PSYCHOSOCIAL TENSIONNEL 53
C. ENJEUX POUR L'ACCOMPAGNEMENT EN SAMSAH 56
D. LE PSYCHOLOGUE AU CŒUR DES ENJEUX ET DES TENSIONS PSYCHOSOCIALES EN SAMSAH 58

E. LIMITES, APPORTS ET REFLEXIVITE **60**

BIBLIOGRAPHIE **62**

ANNEXES **66**

A. FIGURE **66**
B. GUIDE ENTRETIEN AVEC LES PROFESSIONNELS **67**
C. GUIDE DU FOCUS GROUP AVEC LES USAGERS **68**
D. RETRANSCRIPTION DU FOCUS GROUP USAGERS **69**
E. CODAGE OUVERT DU FOCUS GROUP USAGERS **96**
F. EXEMPLE D'UNE RETRANSCRIPTION D'UN ENTRETIEN AVEC UN PROFESSIONNEL **98**
G. EXEMPLE DE CODAGE D'UN ENTRETIEN AVEC UN PROFESSIONNEL **116**
H. SYNTHESE THEMATIQUE ET ANALYTIQUE DES REPRESENTATIONS DU BIEN-ETRE PSYCHOSOCIAL CHEZ LES PROFESSIONNELS DU SAMSAH **117**
I. CHARTE ANTI-PLAGIAT SIGNEE **118**

RESUME **120**

Introduction

Dans *Folies et représentations sociales* (1989), Denise Jodelet montre que certains objets psychosociaux, comme la « folie », structurent le rapport à l'altérité et orientent la manière dont les personnes perçoivent ceux qui s'écartent des normes sociales.

Les représentations sociales liées à ces objets ne se limitent pas à une fonction descriptive de savoir : elles mobilisent aussi une fonction identitaire reposant sur des cadres sociaux normatifs orientant les comportements, parfois discriminants. Ces fonctions sont identifiées par Abric (2001), caractérisant ces représentations sociales de « tensionnelles ». Dans cette perspective psychosociale, le handicap visuel est à considérer comme un objet de représentation sociale tensionnelle, où s'inscrivent des enjeux identitaires et normatifs liés au bien-être.

Entre les orientations politiques et juridiques pour l'inclusion, comme la loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances[1], les injonctions sociales d'autonomie et des pratiques relevées comme médicalisantes ou paternalistes par le Comité des droits des personnes handicapées de l'Organisation des Nations Unies (ONU) [2], l'expérience du bien-être des personnes en situation de handicap visuel s'inscrit dans un environnement psychosocial de tensions contradictoires. Les personnes en situation de handicap visuel vivent dans des environnements spatiaux et symboliques majoritairement conçus pour et par les personnes voyantes, contribuant à faire du bien-être un objet psychosocial traversé par des attentes parfois contradictoires entre les personnes qui accompagnent et les personnes en situation de handicap visuel accompagnées. Cette tension se manifeste concrètement dans les conditions sociales d'existence de ces dernières.

Les résultats de l'enquête qualitative de l'INPES (2012) auprès de personnes en situation de handicap visuel illustrent cette situation : l'autonomie est socialement valorisée comme source de bien-être, mais demeure difficile à atteindre à cause de barrières psychosociales et organisationnelles, en cohérence avec les postulats du modèle social du handicap (Oliver, 1990). C'est ainsi qu'Homère (DIPHE, 2023), seule étude nationale significative à ce sujet, révèle que près de 50 % des personnes en situation de handicap visuel sont sans emploi, contre environ 7,9 % de chômage national pour la population générale au dernier trimestre 2025 (INSEE). Autre lieu de pouvoir central aujourd'hui, l'espace virtuel numérique est également discriminant aux personnes non-voyantes puisque 27 % des

[1] https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000809647
[2] https://www.ohchr.org/fr/press-releases/2021/08/experts-committee-rights-persons-disabilities-raise-questions-about-medical

personnes non-voyantes déclarent ne jamais utiliser Internet évoquant l'inaccessibilité des interfaces (DIPHE,2023).

Cette participation sociale limitée des personnes en situation de handicap visuel n'est que la partie (in)visible d'un sentiment d'isolement social accru vécu chez cette population (Almidani et al., 2024; Huang et al., 2024; Shah et al., 2020; Tetteh et al., 2020). Ce sentiment d'isolement social s'exprime émotionnellement de manière polyforme par un manque relationnel et un sentiment d'exclusion (Brunes et al., 2019), un sentiment d'infériorité (Charrouf, 2011), une perte de lien collectif (INTEFP, 2022) ou par de l'angoisse (Galiano & Portalier, 2009).

Ce constat empirique s'inscrit dans un contexte culturel néolibéral renforçant le caractère tensionnel contradictoire du bien-être pour les personnes non-voyantes par des valeurs hégémoniques : injonction à l'autonomie (Ehrenberg, 1998), responsabilisation individuelle de la santé (Crawford, 1980), exigence d'adaptabilité (Boltanski & Chiapello, 2011) et domination du visible liée à des représentations sociales de performance, de maîtrise et présence sociale (Mirzoeff, 2011).

Ne faisant pas l'objet d'une définition théorique unique, le concept de bien-être se caractérise par son caractère polymorphe, avec des conceptualisations différentes en fonction des cadres théoriques mobilisés de la psychologie. Dans le champ de la psychologie de la santé, le bien-être est intimement lié à la définition de la santé proposée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qui affirme que « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946). Les travaux de la psychologie cognitive mobilisent quant à eux le concept de bien-être subjectif pour identifier la manière dont les individus évaluent eux-mêmes leur vie, notamment à partir de leur équilibre entre affects positifs et négatifs (Diener, 1984). Dans une perspective humaniste, le bien-être psychologique est défini comme l'expression d'un fonctionnement psychologique optimal, en focalisant sur les ressources internes et l'épanouissement personnel (Ryff, 1989).

Au regard des enjeux de participation sociale et de sentiment d'isolement social associés aux personnes en situation de handicap visuel et en considérant la perspective théorique psychosociale de ce mémoire, le bien-être n'est pas à appréhender ici selon un niveau strictement intra-individuel, mais comme un objet psychosocial situé et construit au carrefour des niveaux intra-individuel, interindividuel, positionnel et idéologique (Doise, 1982). Ce multi-niveaux d'analyse du bien-être résonne directement avec les définitions contemporaines du handicap centrées sur la participation sociale. En effet, la définition française contemporaine du handicap axée sur la restriction de participation sociale : « constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en

société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » (Légifrance, 2005), renforce ce choix conceptuel. Aussi, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) identifie les déterminants sociaux et la stigmatisation comme des déterminants majeurs de santé pour les personnes en situation de handicap (OMS, 2023).

Dans ce contexte, le modèle du bien-être social (*Social Well-Being)* proposé par Keyes (1998) est mobilisé dans cette recherche. Il n'est pas employé comme une théorie du bien-être psychosocial, mais comme une grille d'analyse des dimensions sociales empiriquement validées comme composantes d'un fonctionnement social positif (intégration, acceptation, contribution, actualisation et cohérence sociales). Il sera mis en perspective avec les représentations sociales, les identités sociales, les pratiques institutionnelles et avec l'expérience vécue des personnes en situation de handicap visuel.

Le bien-être des personnes en situation de handicap visuel est donc un objet psychosocial. L'étudier dans cette recherche nécessite alors d'explorer les représentations sociales que les professionnels lui attribuent, mais aussi d'explorer la manière dont les personnes en situation de handicap visuel vivent et donnent sens à leur propre vécu, dans un environnement relationnel et organisationnel marqué par des rapports de pouvoir, des normes et des contraintes environnementales.

Dans cette perspective de recherche, le Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés de Marseille (SAMSAH) constitue un terrain de stage et de recherche pertinent pour interroger le bien-être des personnes en situation de handicap visuel. Le SAMSAH DV THEIA 13 se définit comme une institution associative dont la raison sociale vise à « assurer une prise en charge globale des personnes déficientes visuelles pour préserver au mieux leur autonomie et leur éviter une désinsertion sociale et professionnelle (SAMSAH DV THEIA, 2025). Toutefois, le SAMSAH pourrait aussi, sans en avoir conscience collectivement, être envisagé comme un espace contribuant à la (re) production de normes relatives au bien-être. Ses pratiques professionnelles pourraient participer à définir et à prescrire un bien-être « légitime » pour les personnes en situation de handicap visuel. Quel que soit l'issue, le SAMSAH est un espace où se rencontrent les représentations professionnelles du bien-être, des rapports intergroupes et l'expérience vécue des usagers. Ce point de rencontre fait de cette structure médico-sociale un terrain de recherche privilégié pour analyser les enjeux psychosociaux liés au handicap visuel, notamment celui du bien-être.

Il est donc légitime de se demander en quoi les représentations professionnelles du bien-être psychosocial rejoignent ou diffèrent de l'expérience vécue des personnes en situation de handicap visuel, et quels enjeux psychosociaux ces convergences et ces écarts révèlent pour l'accompagnement en SAMSAH**.** Ce mémoire de recherche ambitionne donc d'interroger le bien-être psychosocial des personnes en situation de handicap visuel en tant qu'objet psychosocial tensionnel, au croisement des représentations sociales, des rapports intergroupes et de l'expérience vécue des personnes concernées. Plus précisément, il vise à comprendre les écarts, les convergences ou les tensions entre les représentations du bien-être psychosocial portées par les professionnels du SAMSAH et la manière dont les personnes en situation de handicap visuel elles-mêmes vivent et donnent sens à leur bien-être.

Les résultats de ce travail contribueront à mieux comprendre les pratiques d'accompagnement du SAMSAH à destination des personnes en situation de handicap visuel. Ceci en mettant en lumière les normes, les attentes implicites et le fonctionnement institutionnel qui influencent la manière dont le bien-être est défini, afin de proposer des ajustements adaptés des interventions au sein du SAMSAH, dans une perspective de transformation sociale située au SAMSAH.

Cette recherche est menée dans le cadre de mon stage de Master 2 au sein du SAMSAH, et s'appuie donc sur une posture de stagiaire chercheur en psychologie soucieux d'une exigence de réflexivité sur ma position institutionnelle et sociale.

1- Objet de recherche

L'objet de cette recherche porte sur le bien-être psychosocial des personnes en situation de handicap visuel accompagnées au SAMSAH DV THEIA 13 de Marseille.

Afin de rendre compte de son caractère tensionnel, cet objet de recherche est à considérer comme un seul objet de recherche, mais appréhendé au travers de deux perspectives complémentaires : les cadres de définition du bien-être portés par les professionnels de la structure et l'expérience vécue du bien-être par les personnes accompagnées en situation de handicap visuel. Cette articulation ambitionne d'identifier les points de convergences, les écarts et les tensions éventuelles autour de la définition et des priorités accordées au bien-être en contexte du SAMSAH.

L'analyse s'ancre dans un cadre représentationnel et identitaire structurant, où la cécité est à considérer comme objet psychosocial tensionnel, couplé à un double rapports intergroupes cumulatifs entre professionnels et usagers et entre voyants et non-voyants.

a. Le bien-être psychosocial comme objet de représentations sociales chez les professionnels

Le groupe interrogé est celui des professionnels voyants du SAMSAH. Il se compose de personnes occupant des fonctions professionnelles distinctes prescrites au sein de la structure. Mais ces acteurs de santé se rassemblent autour d'une identité sociale professionnelle commune, porteuse de normes institutionnelles et de savoirs experts, légitimant les modalités de leur accompagnement. Ils forment donc un groupe pertinent d'un point de vue psychosocial. Ils partagent également l'appartenance au groupe des personnes voyantes dans ce contexte d'accompagnement, puisque tous sont voyants.

Il s'agit ici d'étudier la manière dont le bien-être psychosocial des personnes en situation de handicap visuel est représenté dans les discours et les pratiques professionnelles des membres de ce groupe. Le bien-être est envisagé comme un bien-être normatif, « souhaitable » ou « légitime », tel qu'il est mobilisé dans le cadre institutionnel de l'accompagnement proposé par le SAMSAH. Plus spécifiquement, l'étude de ce versant de l'objet de recherche vise à étudier la manière dont les représentations construites par les professionnels s'inscrivent dans des représentations plus générales de la cécité et de l'identité sociale des personnes en situation de handicap visuel. Ces représentations sociales peuvent orienter les attentes formulées à leur égard, orienter les priorités d'intervention et façonner les rôles qui leur sont attribués.

L'étude de ces représentations professionnelles permettra d'étudier le bien-être comme un objet psychosocial marqué par des normes et des cadres institutionnels, en lien avec l'identité sociale professionnelle des acteurs. Cette étude permettra également d'étudier comment cette identité contribue à structurer les modalités d'intervention dans le cadre du SAMSAH.

b. Le bien-être psychosocial comme expérience vécue par les personnes en situation de handicap visuel accompagnées

Le groupe interrogé est celui des personnes en situation de handicap visuel accompagnées par les professionnels du SAMSAH. L'étude de l'expérience subjective du bien être psychosocial, vécue et exprimée par ces personnes, constitue le second versant de l'objet de recherche. Cette approche vise à saisir le bien-être du point de vue des usagers, et le sens qu'ils accordent à leur parcours d'accompagnement au sein du SAMSAH, dans un contexte marqué par le handicap visuel et des interactions institutionnelles. Plus spécifiquement, ce versant ambitionne de comprendre la manière dont les personnes en situation de handicap visuel interprètent leur intégration, acceptation, contribution, actualisation et cohérence sociales. Ces dimensions renvoyant au bien-être social telles que défini dans le modèle de Keyes (1998).

L'étude de l'expérience vécue des personnes en situation de handicap visuel accompagnées permettra d'appréhender le bien-être comme un objet psychosocial situé, construit à partir du sens que ces usagers donnent à leur parcours et à leurs interactions sociales et institutionnelles.

Les deux versants décrits ci-dessous ne constituent pas des objets de recherche distincts, mais s'inscrivent dans un même dispositif d'analyse du bien-être psychosocial en contexte de SAMSAH. Leur mise en tension permet d'appréhender les dynamiques institutionnelles qui participent à la définition et à la hiérarchisation du bien-être légitime, tout en éclairant les rapports intergroupes entre professionnels et usagers, voyants et non-voyants et leurs effets sur les modalités concrètes de l'accompagnement.

Dans cette perspective, les convergences, les écarts et les tensions observés entre sens professionnel et sens vécu des usagers ne sont pas à envisager comme des divergences de points de vue, mais comme des systèmes de normes organisationnelles et relationnelles pouvant structurer l'expérience du bien-être des personnes en situation de handicap visuel accompagnées.

2- Cadre théorique du bien-être psychosocial en contexte de cécité

a. La théorie des représentations sociales : le bien-être psychosocial ancré dans les représentations de la cécité

1. Construction sociogénétique, niveau idéologique et structuration des représentations de la cécité

Dans une perspective psychosociale de la santé, le bien-être des personnes en situation de handicap visuel ne peut être considéré comme la photo d'une réalité individuelle et figée. Le bien-être des personnes en situation de handicap visuel doit être appréhendé comme une représentation sociale, à considérer comme un objet psychosocial tensionnel, inscrite dans « des systèmes organisés de connaissances, de croyances et de symboles qui structurent et façonnent la façon dont les individus perçoivent et interprètent la réalité qui les entoure » (Moscovici, 1961), caractérisant l'approche sociogénétique des représentations sociales. La représentation sociale du bien-être s'inscrit donc dans des représentations plus larges de la cécité, dans lesquelles se cristalliseraient les normes et valeurs associées à la représentation sociale du handicap visuel.

Étudier les représentations sociales de la cécité permet donc de situer les conditions psychosociales d'émergence de la représentation sociale du bien-être psychosocial des personnes en situation de cécité.

Appliqué au champ de la cécité, la perspective sociogénétique des représentations sociales met en évidence leur caractère dynamique et instable liées à la nature évolutive des croyances, des symboles et des connaissances, susceptibles de s'ancrer dans un société, de disparaitre puis de renaître sous une autre forme. Terreau fertile à ces évolutions des représentations sociales, le contexte idéologique devient un objet d'exploration essentiel pour comprendre comment les représentations sociales de la personne en situation de cécité ont évolué pour s'enraciner aujourd'hui dans la société occidentale comme un objet psychosocial tensionnel de santé, caractérisé par une inclusion sociale proclamée mais à des pratiques sociales encore discriminantes.

Le niveau idéologique décrit par Doise (1982) permet d'explorer ici, en retraçant de manière générale et significative, l'évolution des représentations sociales de la cécité depuis le Moyen Age jusqu'à nos jours. Ces périodes qui sont caractérisées par des systèmes de valeurs et de normes dominantes distinctes, mettent chacune en lumière une manière singulière de penser la cécité. Mais elles

ont toutes maintenu les personnes non-voyantes dans un groupe ostracisé. Les représentations de la cécité ont donc évolué d'une perspective religieuse à une perspective médico-sociale, puis citoyenne.

Au Moyen Age, la cécité est vue comme un don divin ou une épreuve divine rédemptrice (Stiker, 2013). La personne non voyante est socialement inscrite dans la pauvreté tout en occupant une fonction morale dans la pratique de la charité. Un point de bascule intervient au XIXe siècle, avec l'essor de la science et de ses valeurs (rationalisme, progrès l'utilitarisme sociale), qui viennent ébranler les cadres religieux hérités. Cette transformation donne naissance à la clinique moderne. Comme l'écrit Foucault (1983, p. 199), « les médecins, libres enfin de théories et de chimères, ont consenti à aborder pour lui-même l'objet de leur expérience ». Sur le base de ce nouveau terreau idéologique, les représentations sociales du handicap évoluent selon les processus d'objectivation et d'ancrage (Moscovici, 1961). Les savoirs médicaux deviennent plus accessibles (objectivation) et s'inscrivent dans des système préexistant de pensées partagées (ancrage), faisant émerger une représentation de la personne en situation de handicap comme un objet médical et éducable et pouvant participer socialement. Cette évolution s'illustre dans le champ de la cécité avec Valentin Haüy (1745 - 1822) et Louis Braille (1809 - 1852). Le premier montre que la personne non-voyante peut apprendre par la création d'une école dédiée (Institut des Jeunes Non voyantes, 1785). Le second consolide cette représentation sociale en faisant de la cécité un objet d'intervention d'ordre technique et éducative par le développement d'un système d'écriture tactile universel.

Les représentations sociales de la personne situation de cécité ont évolué du Moyen Âge au XIX^{e} siècle pour aboutir à celles des XX^{e} et XXI^{e} siècles à analyser ici. Pour cela, il apparaît pertinent de mobiliser les types d'effets au niveau des contenus représentationnels identifiés par Jodelet (2003) pour comprendre ce dernier processus d'évolution.

Les grands événements et textes juridiques internationaux du XX^{e} et XXI^{e} siècle traduisent la montée en puissance d'une idéologie humaniste et citoyenne, promouvant les droits humains, sociaux et sanitaires par des organisations internationales de santé et humanitaires comme l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Organisation des Nations Unis (ONU). Citons des textes comme la Déclaration universelle des droits de l'Homme (ONU, 1948), la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (OMS, 2001) ou la Convention relative aux droits des personnes handicapés (ONU, 2006), identifiant la personne handicapée comme un citoyen porteur de droits. La représentation sociale issue du XIX^{e} siècle, focalisée sur une personne médicalisable, éducable évolue vers une représentation contemporaine centrée sur la citoyenneté avec des droits.

Ce socle idéologique humaniste ne supprime pas les attributs symboliques hérités, mais leur en ajoute de nouveaux. Les attributs de citoyenneté et de droits viennent s'ajouter à ceux d'éducabilité, de médicalisation et de sociabilisation. Plutôt que de parler de transformation totale pour qualifier ce changement, parlons plutôt de supplémentation (Jodelet,2003), défini comme l'attribution d'attributs nouveaux à l'objet représenté. Ces attributs, comme la citoyenneté, relèvent d'un imaginaire collectif légitimé par une société du droit, en lien avec les mobilisations des personnes concernées comme l'Union Mondiale des Non-voyants (1984).

Mais cet effet de supplémentation s'accompagne d'un effet de défalcation (Jodelet, 2003), qui tend à minimiser les dimensions concrètes d'isolement social et de marginalisation. Comme le souligne Shakespeare (2006), la rhétorique de l'inclusion masque parfois la persistance des inégalités. Cette ambivalence, entre inclusion légitimée et isolement vécu, révèle le caractère tensionnel des représentations sociales contemporaines. De plus, pour Oliver (1990), l'environnement socio économico-culturel libéral contribue à maintenir cette ambivalence.

Les représentations de la cécité se sont donc construites sur des socles idéologiques successifs, (religieux, médicaux, éducatifs puis juridiques et citoyens) dans un processus de supplémentation dans laquelle les bases idéologiques anciennes persistent. Cette co-existence idéologique fait émerger une représentation sociale ambivalente de la personne situation de cécité, c'est-à-dire reconnue comme sujet de droits mais cantonnée dans des schémas de vulnérabilité et de dépendance.

Dans notre perspective, nous souhaitons considérer la représentation sociale de la cécité comme un cadre de référence orientant les normes et catégories mobilisées par les professionnels de santé pour définir le « bien-être psychosocial » chez les personnes non-voyantes. Dans notre contexte institutionnel du SAMSAH, les représentations sociales de la personne en situation de cécité constituent donc un arrière-plan représentationnel à partir duquel le bien-être des personnes situation de cécité est défini et mobilisé dans les pratiques professionnelles. Le bien-être psychosocial peut être ainsi considéré comme un objet « secondaire » car inscrit dans les représentations sociales de la cécité.

2. Fonctions des représentations sociales en contexte d'accompagnement en santé

Les représentations sociales sont également des constructions psychosociales qui remplissent différentes fonctions. Abric (2001) identifie des fonctions de savoir, d'orientation, de justification et d'identité qui permettent d'étudier la manière dont les représentations sociales de la cécité s'expriment concrètement dans la réalité quotidienne, ici dans la relation d'accompagnement.

- La fonction de savoir

Dans un contexte professionnel de santé en SAMSAH, la fonction de savoir renvoie notamment à la compréhension de la maladie, du handicap et des besoins des usagers de la part des professionnels. Ce savoir dit « expert » repose sur des connaissances professionnelles. Il se concrétise par des projets personnalisés d'accompagnement (PPA), des évaluations fonctionnelles (motricité par exemple) définissant normativement les besoins des usagers, donc leur bien-être. Lorsque ce savoir « expert » s'éloigne de l'expérience vécue des personnes accompagnées, il peut mener à des pratiques professionnelles en décalage avec le vécu de l'usager. Bury (1982) met ainsi en évidence cette discontinuité de nature de savoir entre le vécu des patients et la représentation sociale de la maladie des professionnels.

La constatation d'une ignorance ou d'une méconnaissance du vécu des personnes en situation de cécité est peu documentée dans les études françaises, mais elle est confirmée par une enquête britannique montrant que les personnes voyantes ont une faible connaissance et une faible compréhension de la perte de la vue (RNIB, 2023). Les personnes en situation de cécité sont aussi perçues comme des « personnes différentes des personnes normales », conduisant à la production de préjugés dérivés (Whiteman & Lukoff, 1964). Elles sont ainsi souvent considérées comme moins compétentes que les personnes voyantes (Castle, 2024; Unadev, 2024), dépendantes et en difficulté socialement (Unadev, 2024). Aussi, la personne aveugle « fait peur » et fait « angoisser » (RNIB, 2023), tout en suscitant de la compassion (Fédération des Aveugles de France, 2015).

Mais avec l'aboutissement récent d'une nouvelle catégorie de patient dit « patient expert », le patient devient maintenant un « acteur de santé ». Il partage alors légitimement son savoir expérientiel de la maladie aux acteurs de santé et son expérience aux autres patients. Un changement épistémologique de la représentation sociale du patient. Pour Jouet & Flora (2010) : « La reconnaissance de l'expertise des patients au sein des institutions de soins est l'une des caractéristiques les plus significatives de la période actuelle en matière d'évolution de la représentation de la santé ».

- La fonction d'orientation

Cette fonction initie et oriente l'action vers un objectif dicté par les normes et les valeurs associées à l'objet de représentation sociale de destination. Dans le contexte professionnel de santé du SAMSAH, la fonction d'orientation intervient dans la construction de la définition de ce qui est considéré comme un bien être « légitime » pour les personnes en situation de handicap visuel. Cette définition du bien-être va ensuite initier des pratiques d'accompagnement en lien avec celle-ci.

La représentation sociale du « bon patient » chez le professionnel de santé oriente par exemple les comportements de santé prescrits. Ainsi, Renedo & Marston (2015) montrent que les représentations professionnelles du « bon patient », celui qui s'engage et facilite une collaboration transformative avec le professionnel de santé, orientent la manière dont les patients sont perçus et accompagnés.

Les représentations sociales orientent aussi les comportements profanes d'accompagnement à un niveau interpersonnel (Doise, 1982), au travers de l'infantilisation ou la déresponsabilisation. Corinne, 38 ans, malvoyante : « Ça arrive régulièrement qu'une personne, sans nous parler, nous prenne le bras, nous emmène, sans rien nous demander. Ce n'est pas parce qu'on a un problème de vue qu'on a un problème de cerveau » (INPES, 2012). Ce propos montre la transformation d'une intention d'aide en un acte d'infantilisation, renforçant une inégalité relationnelle. Les personnes voyantes confirment eux même cette attitude : 77 % des répondants affirment avoir envie d'aider une personne déficiente visuellement et la moitié d'entre eux expriment un malaise dans l'interaction (Unadev, 2024). Ce malaise oriente les comportements d'exclusion des personnes non-voyantes.

- La fonction de justification

Une autre fonction de la représentation sociale, mise en évidence par Abric (2001), est celle de la justification, en ce qu'elle contribue à légitimer et à rendre socialement recevables certaines pratiques, notamment professionnelles en contexte d'accompagnement en santé. Des travaux empiriques en sociologie de la médecine montrent que les injonctions à la protection, à la compétence et à la responsabilité professionnelle constituent des arguments publics pour soutenir ces pratiques paternalistes dans la relation de soin (Charles et al., 1997; Pilnick & Dingwall, 2011) Cette fonction de justification institutionnelle se prolonge aussi dans les interactions du quotidien, notamment au travers d'attitudes infantilisation ou de déresponsabilisation. Suzanne (71 ans, non-voyante) souligne : « Sur-handicaper les gens, c'est jamais une bonne intention ! Enlever aux gens une part de leur autonomie, c'est pas une bonne intention » (INPES, 2012). Cette forme de justification morale émise par les personnes voyantes, celle de vouloir bien faire, masque une mécanique de domination symbolique sur les personnes non voyantes.

Une synthèse visuelle de la construction et de la transformation des représentations sociales du bien-être psychosocial en situation de cécité est proposée en annexe (voir Figure 1).

b. La théorie de l'identité sociale : le bien-être comme enjeu identitaire et inter-groupe en contexte d'accompagnement

Ce travail de recherche s'ancre donc dans un arrière-plan représentationnel, mais aussi dans ce qui peut être interprété comme un rapport de pouvoir identitaire au travers d'une double opposition d'intergroupes cumulative entre deux couples d'identités sociales asymétriques : professionnels / usagers et voyants / non-voyants. La théorie de l'identité sociale, et ses concepts filiatifs, permet d'analyser cet enjeu central. L'identité sociale peut être définie comme « la connaissance d'un individu de son appartenance à certains groupes, associée à la signification émotionnelle de cette appartenance de groupe et à la valeur qu'il y associe » (Tajfel & Turner, 1979). Ce cadre théorique permet d'analyser distinctement les deux rapports de pouvoir en jeu, et d'en supposer leur interaction cumulative.

1. Identité sociale et rapport de pouvoir entre personnes non-voyantes et voyantes

Dans une société que l'on peut considérer aujourd'hui comme « société de l'image », la vue constitue un capital culturel et symbolique dominant, comme l'entend Bourdieu (1979), c'est-à-dire qu'elle offre à ceux qui en disposent une légitimité et une reconnaissance sociale accrues.

Dans cet environnement spatio-temporel normé hégémoniquement sur les plans matériels et psychosocial, les représentations sociales de la cécité contribuent à assoir la domination réelle et symbolique des personnes qui voient, jusqu'à pouvant provoquer une auto catégorisation (Turner et al., 1987) des personnes non-voyantes elles-mêmes. Ces dernières se perçoivent alors en fonction de leur appartenance à leur groupe social, stigmatisé comme incompétent et dépendant, en intériorisant ces préjugés à leur égard (Chaib, 1996).

Ce rapport de pouvoir asymétrique contribue à placer les personnes non-voyantes dans des situations de difficulté en termes de participation sociale, car la vue est le sens normatif et valorisé socialement. Ce cadre normatif se concrétise par des infrastructures et des technologies conçues par et pour les personnes voyantes, des symboles et métaphores élaborés par et pour le langage des personnes voyantes, ce qui invisibilisent les personnes en situation de handicap visuel sur la scène publique. Le théoricien de la culturelle visuelle Mirzoeff (2011) théorise le concept de « visualité » pour identifier la manière dont le pouvoir dominant rend le monde visible afin de maintenir son autorité. La maitrise des autres sens, même efficace mais moins valorisée socialement, ne parvient pas à faire disparaître les préjugés d'incompétence et de dépendance dont font l'objet les personnes en situation de cécité.

Dans cette perspective, l'identité sociale des personnes voyantes peut se construire, en partie, par différenciation à l'égard d'un groupe perçu comme minoritaire, conformément à un niveau d'analyse positionnel des relations intergroupes (Doise, 1982). Les personnes voyantes chercheraient à maintenir les valeurs de leur appartenance au groupe majoritaire face à un groupe sans capacité de domination matérielle et symbolique. Il s'agit alors de se demander d'où provient cette motivation identitaire à se définir, à orienter ses attitudes et ses comportements vis-à-vis d'un groupe minoritaire.

Cette mise en tension entre un groupe hégémonique et un groupe minoritaire stigmatisé rappellent le travail de Jodelet (1989) sur les représentations sociales de la folie. Elle montre que ces représentations sociales reposent notamment sur une dimension collective d'affects de peur et de mise à distance sociale des personnes considérés comme « folles », ceci pour préserver un ordre social et symbolique de normalité bien ancré dans le village d'Ainay-le-Château. Dans une perspective comparative, l'altérité sensorielle de la personne en situation de cécité, provoque cette peur symbolique, en remettant en cause la norme dominante de la vue et l'équilibre socio-culturel fondé sur elle.

La position sociale hégémonique des personnes voyantes, ni menacée ni inquiétée, laisse donc supposer l'hypothèse d'une peur symbolique de la différence à l'origine d'une identité sociale construite par mise à distance de celle des personnes non-voyantes. Cette peur « d'un monde sans image », à considérer comme l'angoisse d'une perte de repère socio-sensori-culturel, contribue à maintenir la distance sociale entre les deux groupes. Stephan & Stephan (2000) identifient deux natures de menaces identitaires en lien avec un exogroupe et amenant des préjugés : une menace réaliste et une menace symbolique. Le groupe des personnes non-voyantes peut être perçu comme une menace symbolique confirmant l'hypothèse d'une peur symbolique chez le groupe dominant.

Le fondement existentiel de la vue, comme ciment symbolique et fonctionnel de l'identité sociale des personnes voyantes, n'autorise pas sa remise en question. Les valeurs sociales découlant de cette caractéristique existentielle, autonomie et performance, s'opposent à celles associées à la cécité, comme l'incapacité et la dépendance. La vue n'est pas seulement une fonction biologique mais aussi un ancrage identitaire valorisé et valorisant, liant les membres du groupe à leur identité sociale à une position hégémonique. La domination de la vue, liée aux représentations de performance et de maîtrise (Mirzoeff, 2011) devient alors un pilier identitaire qu'il faut protéger.

À partir du cadre de la théorie de l'identité sociale, ce premier rapport identitaire intergroupe met en évidence des processus de catégorisation, de différenciation et de légitimation qui se retrouvent, sous d'autres formes, dans un second rapport identitaire propre au champ du soin : la relation soignant / soigné.

2. Identité sociale et rapport de pouvoir entre soignés et soignants

La santé peut être appréhendée comme un objet psychosocial tensionnel inscrit ici dans un contexte culturel occidental, caractérisé par des valeurs hégémoniques comme la performance et l'autonomie (Ehrenberg, 1998), la responsabilité individuelle (Crawford, 1980) ou la normalisation par la santé (Canguilhem, 2013).

Ce socle idéologique contribue à façonner la construction de représentations sociales performatives, catégorisant les comportements de santé en termes de normalité (« bons ») et de déviance (« mauvais »), tout en affectant des rôles sociaux prescrits comme celui de patient « éducable », et celui du professionnel de santé « sachant ». C'est dans ce contexte de santé, que deux identifiés sociales interagissent, collaborent ou se confrontent à propos de leur conception de la santé, une institutionnelle prescrite et une vécue : celle du soignant et du soigné.

L'espace spatio-temporel de l'accompagnement en santé est donc un lieu de rencontre entre différents types de savoirs installant un rapport identitaire. Des savoirs savants, ceux des professionnels de santé, et des savoirs profanes et expérientiels, ceux des patients. Les professionnels de santé, en tant que membres d'un groupe institutionnellement et scientifiquement légitimé, se positionnent par rapport à un groupe d'usagers défini comme minoritaire, dépendant, contribuant à stabiliser des rôles asymétriques dans la relation d'accompagnement.

Dans ce rapport de pouvoir intergroupe, l'autonomie du patient peut être interprété comme l'enjeu central, celui qui peut contribuer à structurer les deux identités sociales. Arrieta Valero (2019) identifie cinq dimensions de l'autonomie à soutenir par le professionnel de santé pour favoriser une véritable autonomie intégrative du patient : décisionnelle, exécutive, fonctionnelle, informative et narrative. La satisfaction de l'ensemble de ces dimensions de l'autonomie est associée à une meilleure observance thérapeutique (Arrieta Valero, 2019). Si une de ces dimensions est ignorée, l'identité sociale du patient pourrait être altérée du fait de sa non-reconnaissance comme sujet autonome et expert de son expérience de santé. Son bien-être en serait alors altéré. Selon la théorie de l'auto-détermination, l'autonomie est un besoin psychologique indispensable au développement et au bien bien-être des individus (Deci & Ryan, 2004).

Dans cette perspective de rapport de force identitaire, la question de l'autonomie accordée, soutenue ou imposée au patient se pose : dans quelle mesure l'autonomisation du patient peut-elle venir altérer l'identité sociale légitime du professionnel, ou venir altérer celle du patient si cette autonomisation lui est inappropriée ? Et ainsi faire évoluer les rapports identitaires au niveau positionnel (Doise, 1982). L'émergence récente de l'identité sociale du « patient expert » peut être interprétée

comme un élément de réponse à cette question. Cette nouvelle identité hybride peut être vue comme le signe d'un processus réussi de négociation sociale entre soignant et soigné, renvoyant aux dimensions de contribution, intégration et cohérence sociales du bien-être psychosocial (Keyes, 1998).

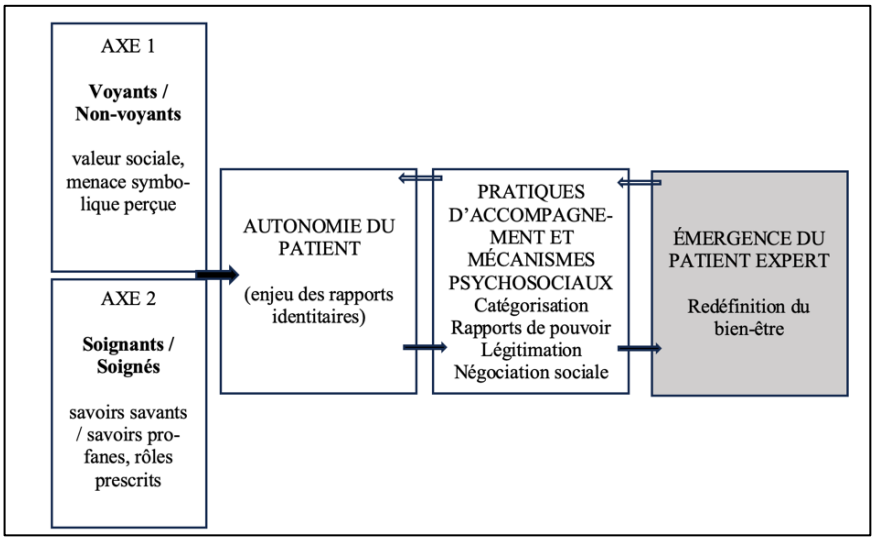


Figure 2 - Dynamiques identitaires, rapports de pouvoir et négociation du bien-être psychosocial en contexte de SAMSAH

c. Le bien-être psychosocial : le modèle du bien-être social de Keyes comme grille d'analyse des rapports à l'autre et au social

Au regard des enjeux de participation sociale et de sentiment d'isolement social associés aux personnes en situation de handicap visuel et en considérant la perspective théorique psychosociale de ce mémoire, le bien-être n'est pas à appréhender selon un niveau strictement intra-individuel, mais comme un objet psychosocial situé et construit au carrefour des niveaux intra-individuel, interindividuel, positionnel et idéologique (Doise, 1982). Ces niveaux d'analyse psychosociaux du bien-être résonnent avec les définitions contemporaines du handicap centrées sur la prise en considération de la participation sociale, comme celle de l'OMS (2001) et de Légifrance (2005).

Le modèle du bien-être social (*Social Well-Being)* proposé par Keyes (1998), empiriquement validé, est mobilisé ici comme grille d'analyse des dimensions sociales de l'objet de recherche « bien-être psychosocial ». Il permet d'étudier la manière dont les individus se situent et vivent au sein de leur environnement social. Concrètement, le bien-être social renvoie à l'évaluation que les personnes portent sur leur place et de leur fonctionnement dans la société. Pour Keyes (1998), il correspond à « l'évaluation des circonstances et du fonctionnement d'un individu dans la société ». Il ne renvoie pas à une position sociale qui serait figée, mais à un rapport interprétatif au monde social.

Ici, ce modèle n'est pas mobilisé comme une théorie du bien-être psychosocial, mais comme une grille d'analyse centrée sur les dimensions du bien-être social (Keyes, 1998) (intégration, acceptation, contribution, actualisation et cohérence sociales) articulées aux représentations sociales, au rapport intergroupes et à l'expérience subjective des personnes non-voyantes.

À partir des cinq dimensions identifiées par Keyes (1998), cette grille permet d'analyser les rapports entre expérience vécue des personnes non-voyantes, représentations professionnelles et identités sociales et conditions institutionnelles du bien-être, dans une perspective où ces cinq dimensions sont empiriquement identifiables dans la démarche de recherche.

- Intégration sociale : « *Est-ce que je me sens appartenir à la société ou à un groupe* ? ». Cette dimension correspond à l'évaluation du sentiment d'appartenance, de proximité avec la société et le sentiment de partager un monde commun. Elle traduit la manière dont l'individu se situe dans la société, s'y sent inclus et reconnu. Plusieurs concepts psychosociaux peuvent être reliés à cette dimension, comme celui du besoin d'appartenance sociale (Baumeister & Leary, 1995, pp. 497–529), l'isolement social, les processus de comparaison sociale (Festinger, 1954).
- Acceptation sociale : « *Comment est-ce que je perçois les autres ?* ». Cette dimension correspond à l'évaluation des autres et des relations humaines. Elle traduit la manière dont l'individu a confiance à autrui, et perçoit la vision positive ou négative de la nature humaine. Plusieurs concepts psychosociaux peuvent être reliés à cette dimension, comme le stigmate (Goffman, 1963), la catégorisation sociale (Tajfel, 1972) et le regard social.
- Contribution sociale : « *Est-ce que je suis utile aux autres ou à la société ?* » : cette dimension correspond à l'évaluation du sentiment d'utilité sociale et de production de valeur sociale. Elle exprime la manière dont l'individu perçoit les bénéfices à la société de ses actions, de ses compétences et de son rôle. Plusieurs concepts psychosociaux peuvent être reliés à cette dimension, comme au sentiment d'utilité sociale perçue, l'empowerment (Zimmerman, 1995) et la reconnaissance sociale (Honneth & Honneth, 2002).
- Actualisation sociale : « *La société peut-elle évoluer positivement avec moi ?* ». Cette dimension correspond à l'évaluation du potentiel et de l'évolution de la société. Elle exprime la confiance que l'individu accorde au progrès social, à la capacité collective à se transformer. Plusieurs concepts psychosociaux peuvent être reliés à cette dimension, comme la transformation sociale et le modèle social du handicap (Oliver, 1990).
- Cohérence sociale : « *Est-ce que le monde social me paraît compréhensible* ? ». Cette dimension traite de l'évaluation du degré de compréhension du monde social. Elle montre

la capacité à donner du sens aux événements, à comprendre les normes et à se repérer dans les systèmes sociaux. Cette dimension peut être reliée aux normes sociales et au cadre institutionnel qui structurent l'expérience du handicap et du bien-être.

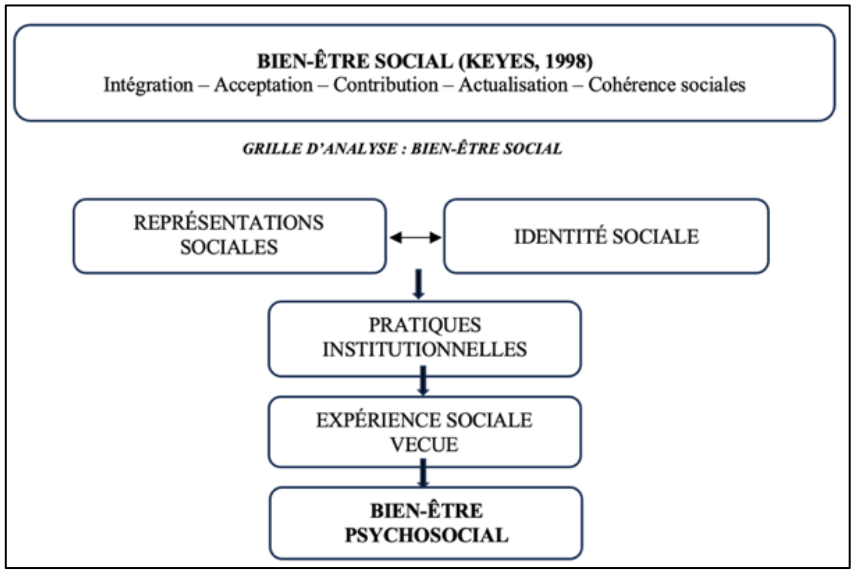


Figure 3 - Modélisation du bien-être psychosocial : articulation entre dimensions sociales (Keyes), dynamiques représentationnelles, identitaires et institutionnelles

d. Le modèle social du handicap : le rôle des barrières sociales et organisationnelles dans l'expérience du bien-être

Le modèle social du handicap (Oliver, 1990) s'inscrit dans le paradigme de la recherche émancipatoire sur le handicap, à visée de transformation sociale systémique, au sein du champ des Disability Studies. Ce courant de recherche est fondé sur trois éléments : la place accordée aux personnes handicapées, l'interdisciplinarité et la défense des droits (Albrecht et al., 2001). Le paradigme de la recherche émancipatoire renvoie donc à la représentation sociale contemporaine de la personne en situation de handicap comme citoyenne et porteuse de droits à défendre comme décrit précédemment.

Selon un cadre pluridisciplinaire, le modèle social du handicap est donc une application théorique et pratique issue du champ de la recherche émancipatoire. Il affirme que le handicap est produit par l'environnement plutôt que par la déficience individuelle elle-même, altérant l'autonomie et de la participation sociale, menant à une exclusion sociale des personnes en situation handicapée, mais qui doit être transformée. Stiker (1997, p. 13) écrit qu'il n y'a « Pas de handicap, pas de personnes handicapées, en dehors des constructions sociales et culturelles précises ». Dans cette perspective, le modèle social du handicap porte son attention sur les barrières environnementales et sociales, qu'elles soient matérielles, symboliques, spatiales ou temporelles pour comprendre comment elles atteignent l'autonomie et la participation citoyenne des personnes non-voyantes et malvoyantes.

- Les barrières environnementales et spatiales et pratiques sociales : l'environnement devient un producteur de handicap social, en limitant structurellement la capacité d'agir et de se déplacer des personnes en situation de handicap ;
- Les barrières sociales et symboliques et pratiques sociales : le modèle social du handicap explore comment les représentations sociales et les rapports identitaires intergroupes se traduisent concrètement dans les pratiques sociales, institutionnelles et interactionnelles, à relier à la fonction d'orientation des pratiques des représentations sociales, limitant l'autonomie des personnes en situation de cécité. Il met en évidence la traduction pratique de ces processus psychosociaux dans la vie quotidienne.

3- Problématique et objectif de recherche

La littérature scientifique documente très peu la manière dont les représentations professionnelles du bien-être se confrontent au sens vécu par les personnes non-voyantes concernées dans un contexte médico-social [3]. Pourtant ces potentiels écarts peuvent orienter les pratiques d'accompagnement de santé, structurer les axes prioritaires d'intervention et façonner les relations interpersonnels de soins entre soignant et soigné. Cette exploration psychosociale n'apparait donc pas seulement intéressante, mais nécessaire dans une perspective de transformation sociale. Elle se justifie donc scientifiquement (peu de littérature) et cliniquement (ajustement des pratiques).

Problématique

En quoi les représentations professionnelles du bien-être psychosocial en SAMSAH rejoignent ou diffèrent de l'expérience vécue des personnes en situation de handicap visuel ?

Objectif général

Comprendre comment les professionnels voyants construisent leurs représentations sociales du bien-être des personnes en situation de handicap visuel et comment les personnes en situation de handicap visuel accompagnées vivent et donnent sens à leur expérience du bien-être, afin d'identifier les convergences, les divergences et les enjeux psychosociaux pour l'accompagnement en SAMSAH.

Questions de recherche

- Comment les professionnels voyants définissent-ils le bien-être des personnes en situation de handicap visuel accompagnées ?

[3] Dans la méta-analyse la plus probante scientifiquement, Heinze et al. (2022) rapportent seulement 18 articles en langue anglaise se réfèrent explicitement au « psychosocial well-being » jusqu'en 2021 et sans date de début.

- Comment les usagers décrivent-ils leur expérience du bien-être dans l'accompagnement ?
- Quels écarts, tensions et convergences émergent entre ces deux registres de sens ?
- En quoi les convergences et écarts entre ces deux registres de sens éclairent-ils les enjeux psychosociaux et les ajustements possibles de l'accompagnement en SAMSAH ?

4- Méthode

La figure ci-dessous présente l'architecture méthodologique de la recherche en précisant les sources de données (les professionnels du SAMSAH, les usagers et les données documentaires institutionnelles), les méthodes de recueil de données et les modalités de leur traitement. Ces matériaux forment un corpus qualitatif triangulé, croisant les discours, les pratiques observées et les données institutionnelles. Ceci pour enrichir la compréhension du bien-être psychosocial en situation de handicap visuel.

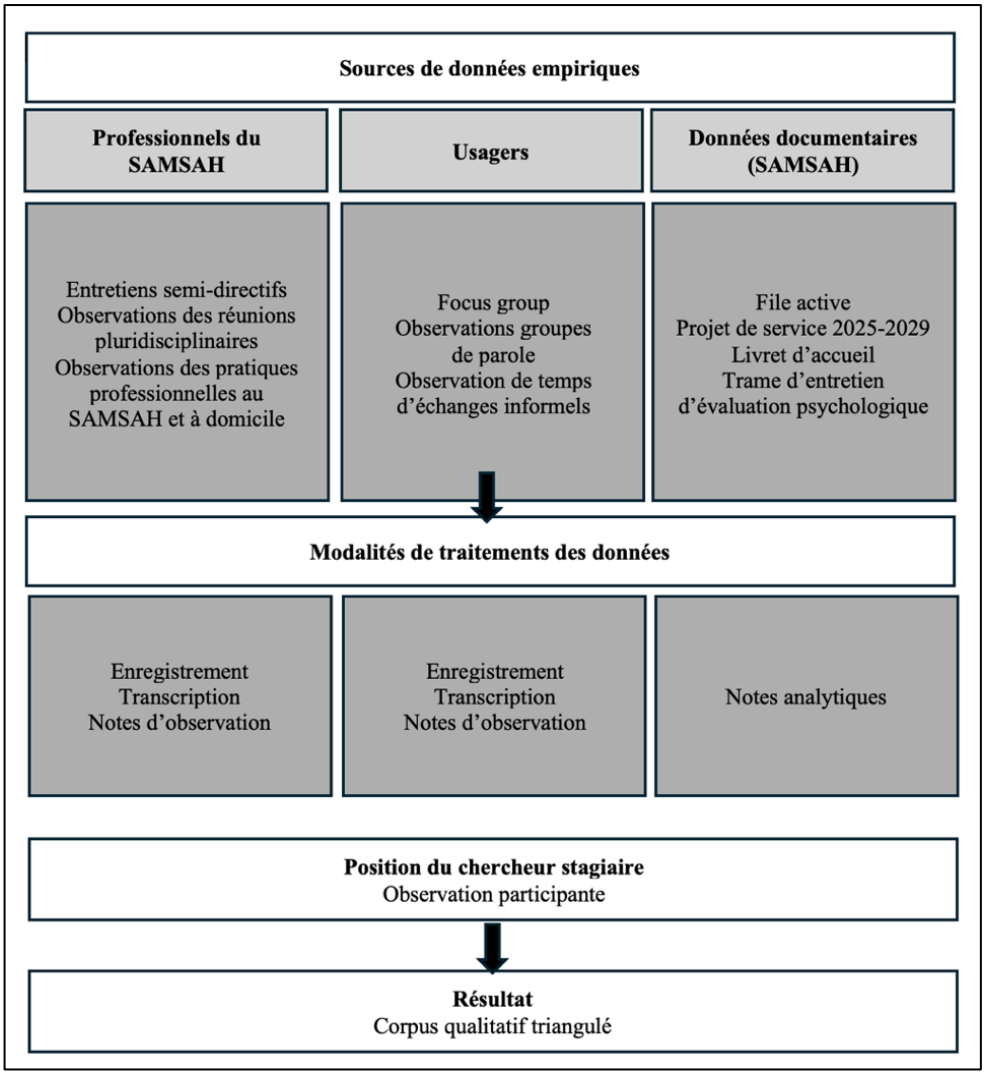


Figure 4 - Modalités de recueil et de construction du corpus qualitatif

a. Participants

1. Usagers du SAMSAH

Population de référence des personnes en situation de handicap visuel

Indicateur	Valeur	Commentaires
File active totale	117 personnes	-
Handicap visuel principal	102 personnes	-
Répartition femmes / hommes	63 femmes / 54 hommes	-
Âge moyen	60 ans	Rajeunissement observé ces dernières années
Troubles psychiques associés	17 personnes	-

Tableau 1 - Caractéristiques de la population accompagnée et données documentaires issues de la file active du SAMSAH au 1er janvier 2025

Échantillon de recherche

L'échantillon de recherche a été constitué sur la base d'un recrutement volontaire au sein de la population de référence, dans le respect des exigences éthiques de la recherche. Le focus group, mobilisé dans cette recherche, repose donc sur une logique de recrutement volontaire, sans sélection préalable, dans une perspective d'exploration des dynamiques collectives et interactionnelles. L'ensemble de l'échantillon s'inscrit dans une démarche qualitative pour accéder à la richesse des données et à la compréhension des phénomènes étudiés, et non à une représentativité statistique.

Identifiant	Genre	Type de handicap visuel
U1	F	Acquis
U2	F	Acquis
U3	F	Inné
U4	F	Acquis
U5	F	Acquis
U6	H	Acquis
U7	H	Acquis
U8	F	Acquis
U9	H	Acquis

Tableau 2 - Caractéristiques des participants usagers au Focus Group du 08/05/2026

Le tableau de caractérisation a une fonction descriptive. Il ne constitue pas un dispositif de mesure ni un outil de quantification thématique.

2. Professionnels voyants du SAMSAH

Population de référence des professionnels de l'équipe pluridisciplinaire du SAMSAH

La population de référence des professionnels correspond à l'ensemble des membres de l'équipe pluridisciplinaire du SAMSAH de Marseille. L'équipe est composée de métiers complémentaires participant à l'accompagnement biopsychosocial des usagers. Tous les professionnels inclus dans cette population sont voyants, situant de facto leur position sociale dans un rapport psychosocial

asymétrique vis-à-vis des usagers en situation de handicap visuel. Les membres de ce groupe partagent une appartenance institutionnelle commune, celle d'exercer au sein du SAMSAH de Marseille, et réalisent des pratiques d'accompagnement susceptibles d'orienter les définitions du bien-être psychosocial des personnes en situation de handicap visuel.

Identifiant	Fonction professionnelle	Notes
E1	Ergothérapeute	-
E2	Ergothérapeute	-
AS1	Assistante sociale	-
AS2	Assistante sociale	-
O1	Orthoptiste	-
IL1	Instructrice en locomotion	-
P1	Psychomotricienne	-
Edu1	Éducatrice	-
C1	Coordinatrice	-
T1	Responsable du centre d'appels	-
SE1	Secrétaire d'accueil	-
PSY1	Psychologue	Tutrice de stage
M1	Médecin	Hors mur du SAMSAH

Tableau 3 - Caractéristiques de la population de référence des professionnels du SAMSAH

Échantillon de recherche

Identifiant	Fonction professionnelle	Date de l'entretien	Durée de l'entretien
P1	Professionnel(le) du SAMSAH	04/03/2026	95 min
P2	Professionnel(le) du SAMSAH	02/03/2026	63 min
P3	Professionnel(le) du SAMSAH	17/03/2026	100 min
P4	Professionnel(le) du SAMSAH	02/03/2026	83 min
P5	Professionnel(le) du SAMSAH	23/02/2026	71 min
P6	Professionnel(le) du SAMSAH	19/03/2026	59 min
P7	Professionnel(le) du SAMSAH	24/02/2026	65 min
P8	Professionnel(le) du SAMSAH	25/02/2026	87 min
P9	Professionnel(le) du SAMSAH	03/03/2026	66 min

Tableau 4 - Caractéristiques de l'échantillon des entretiens individuels semi-directifs

Les tableaux de caractérisation ont une fonction descriptive. Ils ne constituent pas un dispositif de mesure ni un outil de quantification thématique.

Les professionnels inclus dans l'étude ont été recrutés sur la base du volontariat afin de garantir la liberté de participation à l'entretien semi-directif mobilisé dans cette recherche, donc satisfaire une exigence éthique de recherche. Aussi, l'échantillon a été constitué selon un choix méthodologique renvoyant à un échantillonnage raisonné, visant à représenter la diversité des fonctions professionnelles du service, en intégrant un professionnel par métier. Cette structuration par métier fait résonner l'hypothèse selon laquelle les représentations du bien-être psychosocial sont situées aux types de pratiques professionnelles. L'échantillon de recherche vise donc la richesse des discours, et non une représentativité statistique.

La psychologue du service, également ma tutrice de stage, n'a pas été incluse dans l'échantillon. Ce choix vise à prévenir tout biais de désirabilité sociale lié à la relation de stage, susceptible d'influencer la neutralité des réponses produites et de leur analyse.

b. Dispositif de recherche

L'étude utilise une démarche qualitative compréhensive reposant sur une triangulation des méthodes : entretiens semi-directifs, focus group, observations et analyse documentaire. Ce dispositif permet d'explorer le bien-être psychosocial comme objet psychosocial à partir des représentations professionnelles, de l'expérience vécue des usagers et des cadres institutionnels structurant l'accompagnement dans le SAMSAH. Une synthèse visuelle de l'architecture du dispositif de recherche est proposée ci-dessous :

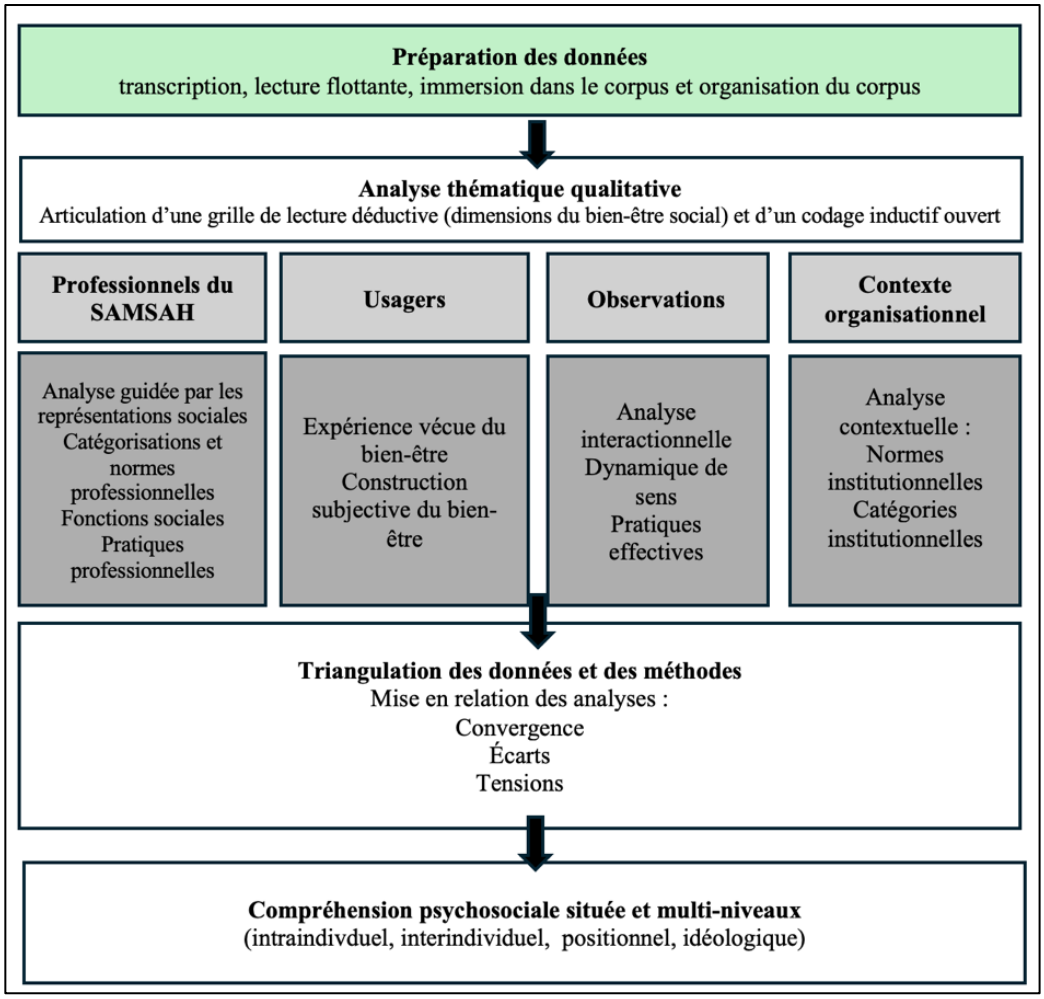


Figure 5 - Architecture du dispositif de recherche

c. Recueil des données

Le modèle du bien-être social de Keyes (1998) est mobilisé ici comme un cadre structurant pour la conception des outils de recueil, au travers de ses cinq dimensions (intégration, acceptation, contribution, actualisation et cohérence sociales), guidant l'élaboration des grilles d'entretien individuel et l'animation du focus group. Toutefois, ces dimensions ont été mobilisées comme repères et non comme des catégories thématiques fermées, ceci pour préserver l'ouverture exploratoire propre à une démarche qualitative.

1. Entretiens semi-directifs individuels avec les professionnels

Selon une perspective psychosociale, l'entretien de recherche est une technique de recherche renvoyant à une interaction sociale entre deux acteurs situés : l'interviewer et l'interviewé. Blanchet et al. (1992) qualifie cette interaction sociale et son contexte de « scène ». Chaque élément contextuel de l'entretien influence son déroulé. Cela renvoie à la capacité de réflexivité de l'interviewer.

Neuf entretiens semi-directifs individuels ont été réalisés dans le bureau de la psychologue du SAMSAH. Ils ont été enregistrés, avec accord préalable des participants, puis retranscrits intégralement. Conscient du caractère non neutre du lieu d'entretien, des prédispositions particulières ont été pensées pour atténuer les effets du caractère symbolique du lieu (changement de dispositions des chaises et proposition d'une boisson désaltérante à l'interviewé). Ces entretiens explorent chez les professionnels du SAMSAH les représentations du bien-être psychosocial des personnes en situation de handicap visuel et leurs implications dans les pratiques d'accompagnement. Ces entretiens permettent notamment d'interroger les normes et les cadres interprétatifs mobilisés par les professionnels.

2. Focus groupe avec des usagers en situation de handicap visuel

Le focus group est une technique de recherche reposant sur une interaction sociale entre des acteurs (participants et animateur(s)) présents au même moment et dans le même lieu. Le focus group permet une analyse des données pas comme simple juxtaposition d'opinions individuelles, mais aussi comme dynamique groupale. Pour Krueger & Casey (2015), le focus group permet d'analyser la manière dont les positions sur le thème évoqué se construisent et se transforment dans l'interaction collective.

D'une durée d'environ 90 minutes, le focus group du 08/05/2026 a regroupé neuf participants usagers du SAMSAH, nombre idéal pour cette technique de recherche (Kivits et al., 2023, p. 161).

Animé par moi-même en tant que psychologue stagiaire, ce focus group a été réalisé au sein du SAMSAH. Il a été enregistré oralement et retranscrit intégralement. Le focus group a exploré l'expérience vécue du bien-être psychosocial des usagers du SAMSAH dans construction collective du sens.

3. Observations participantes des pratiques professionnelles et des interactions avec les usagers

Dans le cadre de ma recherche et de mon stage, les observations participantes ont été réalisées au SAMSAH ou au domicile des usagers. Ces observations avaient pour objectif de mettre en perspective les pratiques professionnelles, les interactions avec les usagers dans leur contexte « naturel », avec les données des entretiens et du focus group dans une logique de triangulation, sans faire l'objet d'une analyse thématique autonome au sein du corpus.

Groupes de parole

Deux groupes de parole thérapeutiques (11 mars et 13 mai 2026) animés par la psychologue du SAMSAH ont fait l'objet d'observations participantes avec prise de notes. Les usagers étaient libres de s'exprimer sur tous les sujets tout en respectant le cadre fixé par la psychologue.

Réunions d'équipe pluridisciplinaires

Ces observations participantes de la réunion d'équipe pluridisciplinaire hebdomadaire le lundi ont donné lieu à des notes sur la manière dont les professionnels évoquent le bien-être de chaque usager par la revue du projet personnalisé d'accompagnements (PPA).

Séances individuels professionnelles avec les usagers (visites à domicile (VAD) ou au SAMSAH)

Ces observations participantes de visites à domicile (ou marche d'orientation en milieu urbain) ont donné lieu à des notes sur la manière dont les professionnels évoquent le bien-être psychosocial avec l'usager et autrui pouvant interagir dans la relation entre le professionnel et l'usager.

Temps d'échanges informels avec les usagers

L'observation participante de ces temps d'échanges retenus se sont déroulés avec trois usagers : un usager au handicap visuel congénital, un usager au handicap visuel acquis brutalement et une usagère au handicap visuel acquis progressivement dans un contexte médical de diabète. Ces matériaux n'ont pas été considérés dans le corpus principal d'analyse (entretiens et focus group), mais utilisés comme des éléments complémentaires dans une perspective de triangulation. Ceci afin d'en-

richir l'interprétation des données issues des entretiens et du focus group. Aussi, des échanges informels avec la psychologue du service (tutrice de stage) ont permis de contextualiser certaines observations et mobilisés dans la partie « discussions », sans être intégrés au matériau principal d'analyse.

4. Collecte et analyse de documents internes

Dans le cadre de cette recherche, une analyse documentaire a été réalisée à partir de documents institutionnels SAMSAH suivants : la file active, le projet de service 2025-2029, le livret d'accueil et la trame de l'entretien d'évaluation. psychologique. Ces documents ont été exploités qualitativement pour explorer les cadres institutionnels du bien-être psychosocial définies par la structure. L'analyse visait à repérer les éléments utiles en articulation avec les données issues des entretiens, du focus group et des observations, sans faire l'objet d'une analyse thématique autonome au sein du corpus.

La file active

La file active correspond aux données internes du SAMSAH des usagers accompagnés. Les données exploitées concernent la période 2025-2026 et ont été consultées et exploitées avec l'accord de la direction, tout en respectant l'anonymat des usagers et les règles de confidentialité. Ces données ont été exploitées comme une présentation descriptive pour situer le terrain de recherche, sans analyse quantitative ni traitement statistique. Elles contribuent à la compréhension du cadre institutionnel.

Le projet de service 2025-2029

Le projet de service 2025–2029 constitue un document institutionnel majeur et stratégique pour la structure définissant les orientations, les missions, les valeurs et les objectifs du SAMSAH. Ce document a fait l'objet d'une analyse qualitative de contenu visant à identifier les représentations institutionnelles du handicap visuel, de l'autonomie et du bien-être des usagers.

Livret d'accueil

Le livret d'accueil du SAMSAH est remis aux usagers. Il a été analysé comme ressource documentaire. Ce document institutionnel formalise les missions, les modalités d'accompagnement et les objectifs du service. Il met en avant l'autonomie et la participation des usagers. Son analyse qualitative éclaire les représentations institutionnelles du handicap visuel et du rôle de l'usager.

Trame d'entretien d'évaluation psychologique

Une trame d'entretien d'évaluation psychologique a été mobilisée comme ressource documentaire pour explorer de manière structurée la situation de l'usager.

d. Analyse des données

1. Procédure

L'analyse des données relève d'une analyse thématique interprétative, articulant l'étude des représentations sociales des professionnels, des dynamiques identitaires et l'expérience vécue des usagers en situation de handicap visuel. Cette analyse est construite à partir d'une articulation entre approche inductive (émergence des données) et approche déductive (structuration par le cadre théorique).

Les entretiens semi-directifs réalisés avec les professionnels et le focus group avec les usagers ont d'abord fait l'objet d'analyses distinctes, en cohérence avec les deux versants de l'objet de recherche, puis ont été comparés pour identifier des convergences, des écarts ou des tensions. Cette mise en perspective comparative se traduit dans la section résultats par l'identification de convergences, d'écarts et de tensions entre les deux versants de l'analyse.

Dans la perspective déductive, les cinq dimensions du bien-être social proposées par Corey Keyes (1998), c'est à dire l'intégration, l'acceptation, la contribution, l'actualisation et la cohérence sociales, ont été utilisées comme grille de lecture analytique initiale permettant d'orienter l'élaboration des outils de recueil et de structurer l'analyse des données empiriques. Ces dimensions ont été mobilisées comme repères analytiques pour l'ensemble du corpus (entretiens et focus group). Mais ces dimensions n'ont pas été utilisées comme des catégories fermées, mais comme des repères analytiques « souples », cela pour préserver l'ouverture interprétative propre à une démarche qualitative.

Dans une perspective inductive, les données ont fait l'objet d'un codage ouvert itératif, visant à identifier des unités de sens significatives à partir des discours des participants. Ces unités ont été sélectionnées en fonction de leur densité sémantique (richesse d'interprétation) et leur centralité argumentative (rôle structurant dans le discours comme pour définir, justifier ou expliciter), indépendamment de leur fréquence inter-individuelle. Cette démarche privilégie la signification du matériau. Les unités de sens issues du codage ont été ensuite regroupées en catégories thématiques, puis en niveaux analytiques dans la section résultats. Avant d'être mis en correspondance avec les cadres théoriques mobilisés dans la partie discussion.

L'ensemble du processus analytique s'est structuré en plusieurs étapes :

- transcription intégrale des entretiens semi-directifs et du focus group ;
- lecture flottante pour une immersion dans le corpus ;
- codage ouvert initial pour l'identification d'unités de sens significatives ;
- regroupement progressif de ces unités en catégories thématiques émergentes ;
- structuration de ces catégories en niveaux d'analyse (dimensions centrales, conditions structurantes, tensions structurantes et dynamiques transversales) pour les entretiens réalisés auprès des professionnels. Le focus group a fait l'objet d'une structuration thématique distincte centrée sur l'expérience vécue. La différence de structuration analytique s'explique par la nature distincte des corpus : l'analyse des entretiens professionnels vise une modélisation des représentations, l'analyse du focus group vise une compréhension de l'expérience vécue ;
- mise en correspondance avec les cadres théoriques mobilisés ;
- triangulation avec les données d'observation et les documents institutionnels comme éléments d'éclairage et de contextualisation de l'analyse.

Ces étapes ont été mises en œuvre de manière progressive et itérative.

Concernant les entretiens réalisés auprès des professionnels, l'analyse thématique a permis d'identifier les éléments discursifs relatifs au bien-être psychosocial, les normes implicites mobilisées et leur ancrage dans les représentations sociales de la cécité. Concernant le focus group avec les usagers, l'analyse s'est centrée sur l'expérience vécue du bien-être psychosocial. Les verbatim ont été examinés afin de dégager les significations attribuées aux situations d'accompagnement, aux interactions institutionnelles et aux conditions d'existence. Des exemples du processus analytique (codage ouvert, structuration thématique) sont présentés en annexe (cf : Voir Annexe). La validité de l'analyse ne repose pas sur une logique de représentativité statistique, mais sur une compréhension approfondie, contextualisée et triangulée du matériau qualitatif. Une synthèse visuelle issue du processus d'analyse est proposée ci-dessous :

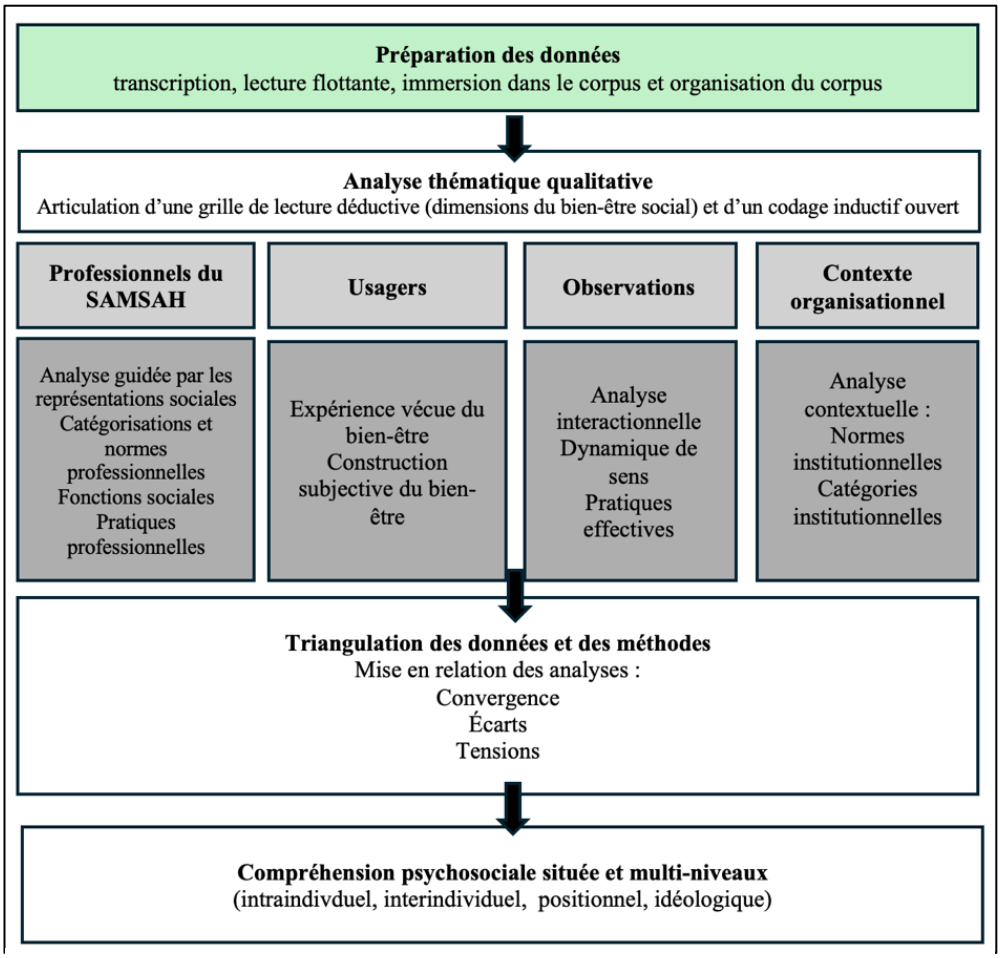


Figure 6 - Procédure d'analyse de données

5- Résultats

a. Les représentations sociales du bien-être psychosocial chez les professionnels du SAMSAH

Les résultats présentés ci-dessous se fondent sur une analyse croisée des entretiens semi-directifs réalisés auprès des professionnels du SAMSAH avec des observations réalisées sur le terrain et des documents institutionnels, dans une logique de triangulation méthodologique enrichissant la compréhension et l'analyse des entretiens. L'analyse identifie un ensemble de représentations professionnelles présentant un socle commun, en restant différenciées selon les métiers. L'analyse thématique des discours interprofessionnels met en évidence quatre axes d'analyse du discours professionnel sur le bien-être psychosocial :

- **Les dimensions centrales** du bien-être psychosocial renvoyant aux contenus représentationnels les plus stabilisés et les plus transversaux mobilisés par les professionnels pour définir le bien-être des usagers ;
- **Les conditions structurantes** renvoyant aux conditions relationnelles, institutionnelles, environnementales ou cliniques rendant le bien-être possible ou en influençant son expression ;

- **Des tensions structurantes** révélant le caractère conflictuel de l'objet « bien-être » (contradictions, ambivalence, conflits) ;
- **Des dynamiques transversales** renvoyant aux processus relationnels et évolutifs présents dans les discours professionnels qui influencent la manière dont le bien-être est négocié dans les situations d'accompagnement.

1. Définition globale du bien-être

Avant d'entrer dans le détail de la représentation du bien-être, une définition globale du bien-être ressort des discours des professionnels. Elle est envisagée comme une expérience multidimensionnelle, qui ne peut être réduite à une seule dimension. Une lecture synthétique des entretiens des professionnels du SAMSAH permet d'identifier trois registres récurrents dans la définition professionnelle du bien-être : un registre fonctionnel, un registre psychique et un registre social.

Une première dimension est fonctionnelle, la possibilité d'agir au quotidien, de se déplacer hors du domicile ou de continuer à faire des activités malgré le handicap. Le bien-être renvoie ici à une autonomie représentée concrètement par une capacité d'action adaptée aux possibilités singulières de l'usager. Pour P8, « l'autonomie, c'est faire les choses malgré le handicap » (P8).

Une deuxième dimension est psychique, à travers les bouleversements subjectifs liés au handicap visuel comme l'acceptation du handicap, le deuil de la vie d'avant, la dépression, la confiance ou encore les capacités de remobilisation psychique. Le bien-être renvoie ici à un équilibre psychique, fragile et avec des effets sur le rapport à soi. P8 souligne qu' « avant même de parler de bien-être… Il va y avoir un mal-être ».

Une troisième dimension est sociale, à travers le lien avec l'autre, la reconnaissance, la participation sociale associée au sentiment d'avoir une place dans un groupe ou dans la société. P7 définit ainsi le bien-être comme « arriver à avoir un équilibre, autonomie, lien social, emploi ».

Cette définition multidimensionnelle du bien-être se retrouve dans le projet de service 2025-2029 du SAMSAH. Ce projet associe explicitement autonomie, qualité de vie et relations sociales : « préserver au mieux leur autonomie » ou « éviter une désinsertion sociale et professionnelle ». Mais aussi dans le livret d'accueil qui met en avant des objectifs entre autonomie, qualité de vie et relations sociales : « améliorer votre qualité de vie », « acquérir ou retrouver un maximum d'autonomie », et « relations sociales ».

Au-delà de ces trois registres, les discours professionnels soulignent que le bien-être ne peut être appréhendé comme un état figé. Il se construit dans le temps, selon des rythmes, des trajectoires et des remaniements singuliers : « c'est un espèce de deuil » (P8). Cette temporalité, perceptible dans la définition globale du bien-être, sera reprise plus loin dans ce travail comme une dynamique transversale qui influence la manière dont le bien-être est négocié dans les situations d'accompagnement.

2. Dimensions centrales de la représentation du bien-être psychosocial

L'autonomie comme dimension centrale du bien-être

L'analyse thématique des discours des professionnels met en évidence le caractère central de l'autonomie dans la représentation professionnelle du bien-être psychosocial. Elle est vue comme une composante centrale et organisatrice, et avec une signification polyforme. Elle renvoie à la possibilité d'agir, de choisir, de se projeter, mais aussi de penser par soi-même ou de savoir demander de l'aide.

Chez plusieurs professionnels, l'autonomie est représentée comme ce qui permet d'ouvrir ou de réouvrir le champ des possibles. P5 partage ainsi la nécessité de « leur montrer concrètement que c'est possible », tandis que P8 pense l'autonomie comme le fait de « Faire malgré le handicap au quotidien ». Cette vision de l'autonomie est toutefois nuancée par d'autres professionnels refusant une vision uniquement individualiste de l'autonomie. P6 dit ainsi qu'« être autonome, c'est aussi savoir demander de l'aide. », tandis que P4 élargit le champ de l'autonomie en affirmant qu'il y a aussi « une autonomie de pensée ». L'autonomie est alors représentée comme une réalité multidimensionnelle : psychique, décisionnelle et relationnelle.

Le caractère central de l'autonomie est aussi lié à un enjeu de co-construction entre l'usager et le professionnel. P3 insiste notamment sur le fait que « Le dernier mot, c'est eux », et P7 insiste sur l'importance de « toujours partir de leurs besoins et de leurs souhaits ». Enfin, l'autonomie ne se réduit pas à un idéal d'indépendance absolue, mais comme un processus d'accompagnement centré sur la reconnaissance de la personne comme sujet de décision, « l'autonomie a un impact direct sur l'estime de soi » (P7).

La centralité de l'autonomie est également soutenue par les documents institutionnels, en cohérence avec le cadre légal de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale pour une meilleure qualité de vie de la personne : « l'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir l'autonomie… ». Les documents institutionnels la placent explicitement au cœur des objectifs du service. Dans le projet de service, l'autonomie est au cœur de la raison sociale de la structure : « cette association a pour but d'assurer une prise en charge globale des personnes déficientes

visuelles pour préserver au mieux leur autonomie et leur éviter une désinsertion sociale et professionnelle ». Et dans le livret d'accueil, la recherche de l'autonomie est très explicite « retrouver un maximum d'autonomie ». En parallèle des discours des professionnels, les observations de réunion d'équipe hebdomadaire montrent aussi que certains signes la vitesse de marche d'un usager, la réalisation de trajets fonctionnels au quotidien peuvent être valorisés par les professionnels comme des marqueurs d'autonomie. Néanmoins, certaines observations laissent parfois signifier que cette valorisation de l'autonomie peut prendre une tonalité normative, comme lorsque la non-satisfaction de certains objectifs d'autonomie est implicitement rediscutée.

Le lien social comme dimension centrale du bien-être

La seconde dimension centrale, fortement stabilisée et identifiée dans la représentation sociale du bien-être, est celle du lien social, qui est associée (implicitement ou explicitement) à la problématique de l'isolement social. Le bien-être est ici défini par les professionnels à partir de la capacité à maintenir ou à retrouver une inscription relationnelle et sociale. P7 évoque ainsi, à propos d'un usager le rôle d'une association et du groupe, qui lui « a sauvé la vie » qui lui a permis de sortir de son isolement social, ce qui met en exergue le caractère existentiel du lien social pour certaines personnes accompagnées. Dans cette même perspective, P8 insiste sur le fait que la question centrale est souvent l'isolement social car « Ils sont souvent très isolés ». P6 évoque quant à elle un « isolement massif » et « peu de sorties » chez les usagers.

Le lien social est pensé comme un levier de réinscription sociale dans le monde des voyants. Pour P4, il s'agit de permettre aux personnes de « retourner au bar comme avant… avoir une vie sociale ». Ceci illustre que la participation sociale est vue de manière concrète au quotidien. P1 affirme quant à elle que le lien social passe obligatoirement par une activité « Sans activité, on se coupe du lien social », associant explicitement activité, participation et la survie de l'existence sociale. Le bien-être psychosocial est donc significativement corrélé à la possibilité de sortir de l'isolement, le sentiment d'isolement social et le retour à une forme d'appartenance sociale par les activités.

L'importance du lien social relevé dans les discours professionnels est également observable sur le terrain. Certaines séances d'accompagnements visent à rétablir des points de contact avec l'extérieur, comme des exercices de locomotion centrés sur l'accès à la boîte aux lettres (point de contact social réel et symbolique) ou des déplacements à proximité du domicile. Le groupe de parole mensuel animé par la psychologue est également à considérer comme le rétablissement d'un point de contact social car il engage une dynamique relationnelle groupale entre usagers du SAMSAH.

L'utilité, la contribution et la participation comme ancrage identitaire du bien-être

Les professionnels associent fortement le bien-être de l'usager au sentiment d'utilité sociale, à participation sociale et à la contribution sociale. Asymétriquement, le mal-être est associé à l'absence de rôles sociaux en groupe ou en société, à l'ennui, au retrait des activités ou à la sortie du monde professionnel. P2 parle d'une « perte d'utilité » et le fait que certaines personnes « s'ennuient ». Pour P6, ne plus travailler renvoie à « l'inutilité ». P1 affirme que « l'activité donne du sens ». Cette dimension spécifique d'utilité sociale de la représentation du bien-être des personnes en situation de handicap visuel chez les professionnels n'est pas pensée comme une simple occupation du temps. Cela touche à la question de l'identité sociale : avoir une place sociale et apporter quelque chose aux autres et au monde. Pour les professionnels, l'utilité perçue constitue une composante majeure du bien-être psychosocial.

Cette place accordée à l'activité sociale et à l'utilité sociale se concrétise également dans les objectifs professionnels comme pour l'ergothérapie avec ses objectifs d'activité de la vie journalière (AVJ) comme apprendre à cuisiner, à accomplir des actions sur l'ordinateur ou sur le téléphone, des objectifs portés sur autrui et sur des activités créatrices de valeurs sociales.

3. Conditions structurantes de la représentation du bien-être psychosocial

La complexité environnementale et institutionnelle

Les discours professionnels mettent aussi en avant une condition environnementale et institutionnelle structurante. Le bien-être des personnes accompagnées n'est pas seulement affecté par leur vécu subjectif et fonctionnel du handicap ou le social, mais également par la complexité des dispositifs administratifs, l'inaccessibilité des environnements physiques ou numériques qui découragent. P8 parle d'« errance pendant deux ans », et trouve une formule pour qualifier l'expérience administrative : « la jungle administrative ». P2 perçoit le processus administratif comme « lourd et long », et P9 résume brutalement l'exclusion numérique par : « si tu ne vois pas, c'est cuit ». Enfin, P1 illustre aussi que dans les supermarchés, certaines personnes « se font bousculer », associant donc l'espace public à un environnement hostile.

Le bien-être psychosocial apparaît donc très dépendant des conditions matérielles d'accessibilité, de lisibilité des processus administratifs, de cohérence et de compréhension des acteurs.

Cette complexité environnementale et institutionnelle exposée dans les discours des professionnels est aussi matérialisée dans les documents institutionnels de la structure analysés. Ces derniers

montrent que la volonté d'accessibilité coexiste avec des contraintes procédurales et matérielles susceptibles de complexifier l'expérience des usagers. Par exemple, les démarches d'orientation des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) peuvent s'étaler sur plusieurs mois, comme le délai entre la phase d'évaluation et le début effectif de l'accompagnement de l'usager. Sur le plan matériel, des limites d'accessibilité apparaissent aussi au travers de documents écrits peu adaptés (police trop petite ou absence de formats audio alternatifs).

Le rôle des aidants et de l'environnement relationnel

Le rôle des aidants et celui plus large de l'environnement relationnel, émerge comme une condition relationnelle structurante du bien-être psychosocial. Pour les professionnels du SAMSAH, il conditionne les possibilités d'autonomie, la qualité du vécu au quotidien et les dynamiques d'accompagnement professionnel. Les discours professionnels se retrouvent donc pour identifier le caractère central des proches dans l'expérience du bien-être de l'usager, tout en identifiant une ambivalence constitutive de leur place.

P7 affirme que les aidants sont « centraux ». Mais P4 nuance cette centralité du rôle des aidants en affirmant que « ça peut vite aussi, si c'est mal fait, devenir une charge en plus ». Cette ambivalence se manifeste par des situations très concrètes où les proches des usagers soutiennent l'autonomie de l'usager, mais aussi dans d'autres cas limitent les initiatives de l'usager notamment en parlant à sa place pendant les séances d'accompagnement ou en réfutant leur dire.

Les professionnels insistent plus largement sur la qualité du lien relationnel comme un déterminant majeur du bien-être. La qualité de ce lien repose notamment sur le sentiment d'être compris, sur la confiance instaurée entre les deux acteurs et la capacité du professionnel à accepter la singularité de la personne. P9 dit que « Si tu le fais à contre cœur, il y a de l'amertume », mettant en valeur la condition nécessaire de l'authenticité de l'engagement relationnel. Dans cette même perspective, P6 rappelle la nécessité de « partir de la parole de la personne ». Elle postule donc que la qualité de l'accompagnement repose sur une posture centrée sur la personne et non sur une projection professionnelle. La spécificité de l'accompagnement du SAMSAH fait que cette dimension relationnelle peut se trouver reconfigurée dans le cadre d'une intervention à domicile. Le domicile apparaît alors comme un espace favorisant un lien moins formalisé (soignant / soigné). Comme le dit P6, « à domicile, le lien est plus fort ».

Pour les professionnels, le bien-être psychosocial n'est pas pensé de manière indépendante de l'environnement social de l'usager. Le bien-être se construit ici au carrefour des interactions avec les

proches, de la qualité du lien avec les professionnels et des modalités d'accompagnement (à domicile ou au SAMSAH). Cette place structurante des aidants se révèle aussi dans le projet de service (SAMSAH DV THEIA, 2025) qui reconnait et valorise leur participation lors de « la journée annuelle des aidants ». Ce projet de service informe aussi que le professionnel a la possibilité d'exiger de rencontrer l'usager seul, sans son entourage, afin de préserver son espace d'autonomie. L'observations de terrain vient aussi illustrer cette ambivalence notamment au travers d'un proche qui répond à la place de l'usager ou contredit sa version lors d'une séance à domicile.

Le suivi psychologique et la coordination institutionnelle

Le suivi psychologique et la coordination institutionnelle ressortent pour les professionnels comme des conditions structurantes du bien-être psychosocial des usagers. Des professionnels évoquent des vécus de souffrance chez les personnes en situation de handicap visuel. P6 constate que les personnes accompagnées « beaucoup sont dépressifs », tandis que P9 rappelle que « 90% des gens vont faire une dépression. Avant même de parler de bien-être, il va y avoir un mal-être » (P9). Le bien-être est ici pensé comme un processus de reconstruction nécessitant un accompagnement spécifique. Dans cette perspective, le suivi psychologique est considéré comme « indispensable » (P6), comme par les groupes de parole de l'institution animée par la psychologue.

Les discours font aussi apparaître les limites rencontrées par les professionnels face à des usagers souffrant de troubles associés à la déficience visuelle et d'une souffrance psychique. Certains professionnels évoquent ainsi l'existence de profils perçus comme plus faciles ou difficiles à accompagner, « Profil type… sans troubles associés… prêt à compenser » (P7), ou lorsqu'ils sont associés à des formes de désengagement liées à la complexité des situations : « moins de patience… moins proposer » (P7). D'autres soulignent explicitement les limites de leur champ d'intervention, « c'est nos limites » (P2), le manque de compétences spécifiques dans la prise en charge psychique « manque de compétences psy chez pros » (P6), ou encore le vécu de frustration professionnelle face à certaines situations, la « frustration du thérapeute » (P1).

Par ailleurs, la coordination institutionnelle apparaît comme une condition essentielle d'un accompagnement ajusté. Les professionnels insistent sur l'importance du travail pluridisciplinaire, reposant sur des « échanges en équipe essentiels » et un « croisement des regards » (P3), la coordination étant jugée nécessaire pour « se coordonner au sein de la même équipe » (P6). Le bien-être psychique et l'organisation institutionnelle sont ainsi étroitement liés, la qualité de la coordination vient soutenir ou limiter les bénéfices de l'accompagnement.

L'importance du suivi psychologique est aussi visible dans le projet de service qui identifie explicitement le psychologue comme une fonction de soutien psycho-émotionnelle. Aussi, les observations de réunion d'équipe montrent que la coordination pluridisciplinaire constitue bien un lieu central de construction du sens autour des situations. Ceci par le partage des situations en fonction de chaque domaine d'expertise, puis par l'élaboration collective d'un ajustement de l'accompagnement global.

4. Tensions structurantes de la représentation du bien-être psychosocial

Reconnaissance sociale et poids du regard d'autrui

Une tension structurante de la représentation interprofessionnelle du bien-être des personnes en situation de handicap visuel est dédiée à la reconnaissance sociale et, de manière asymétrique, au poids du regard d'autrui. Les professionnels décrivent souvent une expérience du bien-être rendue vulnérable par le manque de reconnaissance sociale, la peur du jugement de l'autre, voir l'invalidation du handicap ou la stigmatisation.

P5 souligne notamment que les personnes peuvent être « acceptés socialement… mais eux se sentent rejetés ». P7 confirme que « le regard de l'autre est très impactant », tandis que P9 dit qu'« ils ont peur du regard ». P2 identifie même la reconnaissance sociale au fondement de sa définition du bien-être, en affirmant spontanément c'est « la reconnaissance qu'ils peuvent avoir au sein de la société », « aux yeux des gens » et aussi « au niveau des droits ». Le bien-être des personnes en situation de handicap visuel n'est donc pas seulement défini par les professionnels à partir des ressources internes ou fonctionnelles des usagers, mais aussi à partir de leur reconnaissance sociale. Et l'absence de reconnaissance sociale fait émerger un sentiment de de non-légitimité sociale selon les professionnels de la structure.

Cette thématique asymétrique de la reconnaissance sociale et du poids du regard apparaît également dans les observations de visites à domicile (VAD) des usagers ou de sorties extérieures, où des attitudes de sur-assistance de la part de passants ont pu être relevées, mais contrecarrées immédiatement par le professionnel. Contrée chez les profanes par les professionnels, cette attitude « paternaliste » perçue vis-à-vis des usagers peut parfois surgir ponctuellement sans en avoir conscience chez les professionnels eux-mêmes notamment par la répétition du nom de famille de l'usager. Un autre usage discursif professionnel observé en réunion, l'emploi de formulations « DV » (pour déficience visuelle), peut réduire la personne à sa déficience visuelle. Cela émet l'idée que la reconnaissance sociale demeure traversée par des mécanismes de catégorisation, même chez les professionnels.

La canne blanche, entre sécurité fonctionnelle et exposition identitaire

Un résultat saillant de l'analyse thématique est celui de l'évocation majeure de la canne blanche, comme un objet tensionnel dans les discours. Pour les professionnels, la canne blanche matérialise une opposition entre sécurité fonctionnelle et exposition identitaire liée au handicap visuel. P5 indique que la canne c'est « la sécurité », tout en précisant qu'elle renvoie aussi à un statut de personnes « vulnérables ». P7 va dans ce sens également en se mettant à la place d'un usager « Je ne veux pas prendre ma canne… on va voir que je suis vulnérable». De son côté, P4 explique que les personnes peuvent être plus mal à l'aise avec une personne qui a une canne plutôt qu'avec un chien : « Une personne avec un chien guide… plus facile d'entrer en interaction ». P8 va dans ce sens en affirmant que des usagers ne veulent pas de canne tout en mettant également en évidence une tension éthique liée à cet objet quand il décrit le cas d'une personne chutant plusieurs fois mais refusant la canne : « Ça fait 10 fois qu'elle se casse la gueule… elle n'a pas besoin d'une canne… Si, elle en a besoin, mais je ne vais pas lui dire ».

La canne ne peut être pensée comme un simple outil technique. Elle questionne l'identité chez l'usager, le stigmate, l'acceptation du handicap (« Ils ne s'imaginent pas sans canne blanche… une évolution» (P8)), selon une temporalité subjective et singulière propre à chaque usager.

Le décalage entre savoir professionnel et vécu usager

L'analyse thématique des discours des professionnels met en évidence une tension entre le savoir professionnel et l'expérience vécue des usagers. Les professionnels reconnaissent eux-mêmes l'existence d'un décalage irréductible, lié à l'impossibilité de se mettre à la place de la personne accompagnée. P6 souligne ainsi : « On se dit : Je me mets à la place d'eux, je me mets à la place d'eux, mais on n'est pas eux », et P2 rappelle que « Tant qu'on n'est pas à leur place, c'est compliqué ». Cette limite est en partie intégrée dans les pratiques. P7 insiste sur la nécessité de faire « Attention à ce que nous projetons », tandis que P2 affirme reconnaitre des limites « c'est nos limites ».

Ce décalage entre savoir professionnel et vécu usager est également identifiable grâce à des observations de réunions d'équipe. Dans ce cadre, les échanges peuvent faire émerger des écarts entre la représentation des professionnels d'un usager considéré comme « non investi » pendant une séance, et la singularité de la situation vécue de l'usager. Les difficultés de cet usager lues comme un possible manque d'engagement, se révélait plus complexe à analyser à cause d'un contexte familial intrusif. L'usager vivait avec ses deux sœurs, et ces dernières limitaient son autonomie et sa prise de parole aux professionnels.

5. Dynamiques transversales de la représentation du bien-être psychosocial

La temporalité, l'acceptation et les processus de transformation

Une dynamique transversale relevée du bien-être concerne la temporalité du vécu et des transformations psychiques. Les professionnels décrivent fréquemment le bien-être non pas comme un état figé, mais comme un processus, lent et long, traversé par des phases de deuil ou d'acceptation progressive. P8 affirme qu'« avant même de parler de bien-être, il va y avoir un mal-être » et il évoque explicitement les « étapes du deuil » de E. Kübler Ross, qu'il a par ailleurs apprises lors d'un diplôme universitaire. P2 parle quant à elle d' « une succession de deuils », notamment chez certaines personnes plus âgées. P4 évoque « différentes phases » d'acceptation », P9 rappelle que « Si ce n'est pas le moment… » l'usager ne pourra s'investir dans l'accompagnement, et P1 répète la phrase d'un usager : « je n'en suis pas là ». Cette dimension temporelle amène les professionnels à penser le bien-être comme un cheminement dynamique et non linéaire. Ici, le bien-être ne se décrète pas mais il se construit dans le temps par des ajustements successifs.

Une vision capacitante des personnes accompagnées

Malgré les obstacles évoqués altérant le bien-être des personnes en situation de handicap visuel, les professionnels partagent majoritairement une vision capacitante des personnes accompagnées. Ils ne nient pas la vulnérabilité de l'usager, mais refuse d'en faire une caractéristique irrépressible. P4 avance qu' « On peut avoir une vie en dehors de la déficience visuelle», P8 insiste sur le fait que « Les personnes sont pleines de ressources », et P4 soutient qu'une personne peut « avoir la même vie qu'une personne qui n'en a pas » (déficience visuelle) ». Cette représentation capacitante de la personne en situation de handicap visuel s'accompagne néanmoins d'une attention à la singularité. Par exemple, P7 rappelle que chaque situation est singulière par l'évocation de « projets personnalisés d'accompagnement », tandis que plusieurs professionnels soulignent que l'accompagnement doit partir du vécu, des besoins et des ressources de chaque usager du SAMSAH.

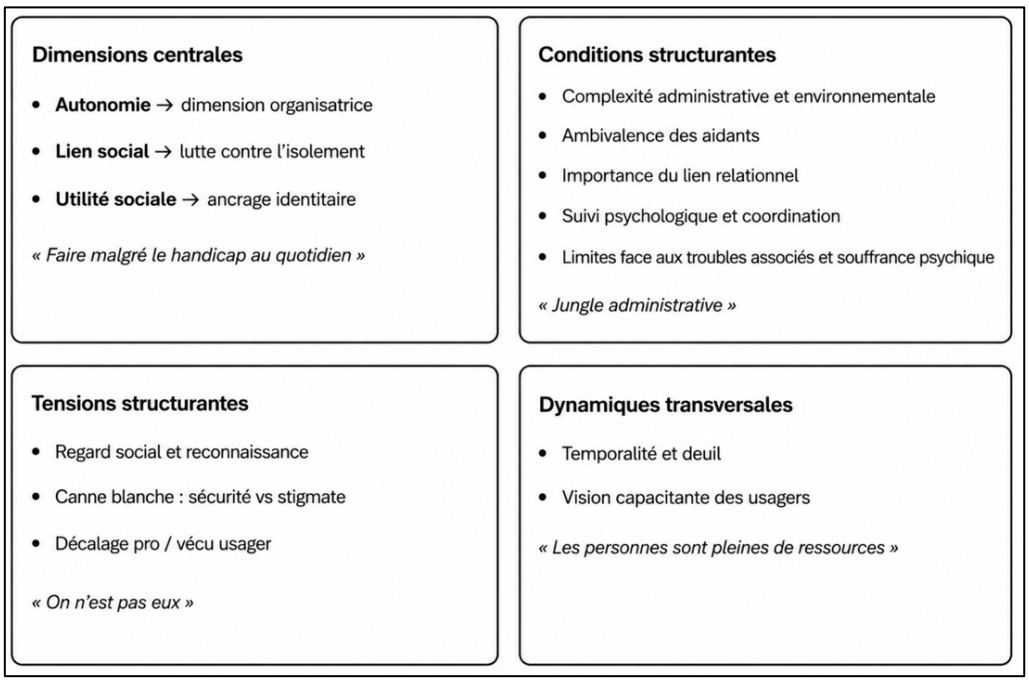


Figure 7 – Axes d'analyse des représentations professionnelles du bien-être psychosocial au sein du SAMSAH

b. L'expérience vécue du bien-être psychosocial chez les usagers

Les résultats présentés ci-dessous se fondent sur une analyse croisée du focus group de neuf usagers avec des observations réalisées sur le terrain de stage, dont des temps d'échange informels avec d'autres usagers tenus sur le lieu de stage, dans une logique de triangulation méthodologique enrichissant la compréhension et l'analyse du focus group. A la différence des discours professionnels ancrés davantage au registre des représentations sociales, les usagers mobilisent dans leur discours un registre expérientiel, ancré dans leur vécu quotidien et leurs trajectoires de vie.

L'analyse thématique du focus group fait émerger trois niveaux d'analyse de l'expérience vécue du bien-être psychosocial chez les usagers : un niveau expérientiel axé sur le quotidien, un niveau conditionnel associé aux ressources internes et aux soutiens nécessaires au bien-être, et un niveau collectif associé aux processus macro de co-construction du sens au sein du focus group. Les niveaux expérientiel et conditionnel traient du contenu du vécu des usagers et le niveau collectif montre comment ces significations se sont construites dans les interactions du focus group. Le tableau ci-dessous présente une synthèse des principales thématiques issues du codage ouvert du focus group (voir Annexe) :

Niveau d'organisation	Thématique	Unités de sens associées	Description de la thématique
Niveau expérientiel : structuration du vécu	Bien-être comme objet polysémique coconstruit	FG-01, FG-02, FG-06, FG-50	Bien-être défini de manière multiple et située. Co-construction progressive des significations dans les interactions du focus group
	Temporalité du handicap et rupture biographique	FG-17, FG-18, FG-19	Bien-être inscrit dans une trajectoire temporelle marquée, avec des ruptures biographiques partagées et reconnues dans l'échange
	Isolement social et vulnérabilité	FG-20, FG-44, FG-45, FG-46, FG-47, FG-48, FG-62	Le vécu du bien-être est marqué par la solitude et l'évitement social, révélant une fragilité sociale partagée
	Bien-être comme équilibre sous contrainte (charge quotidienne)	FG-07, FG-08, FG-49 à FG-53, FG-61	Bien-être pensé comme un équilibre instable entre contraintes quotidiennes et ressources
Niveau conditionnel : ressources, tensions et médiations du bien-être	Acceptation comme condition majeure débattue du bien-être	FG-03, FG-04, FG-05, FG-12, FG-14	Débat collectif opposant acceptation du handicap et maintien de l'espoir
	Centralité du lien social dans le bien-être	FG-09, FG-41	Le lien social apparaît comme une condition centrale du bien-être validée collectivement
	Rôle du SAMSAH : compréhension, soutien et médiation	FG-24 à FG-30, FG-34 à FG-37	Le SAMSAH est construit comme un espace de compréhension, de soutien et d'identification des besoins
	Comparaison SAMSAH / entourage familial	FG-31, FG-33	Écart entre la compréhension professionnelle et l'incompréhension familiale
	Technologie comme ressource du bien-être	FG-56, FG-57	Outils techniques mobilisés comme supports d'autonomie et d'adaptation, investis significativement dans les échanges
	Environnement institutionnel élargi	FG-39, FG-40, FG-63, FG-64	Le bien-être s'inscrit dans un réseau d'associations et de dispositifs complémentaires
Niveau collectif : dynamiques interactionnelles et groupales	Comparaison sociale et différenciation intra-groupe	FG-10 à FG-18	Les usagers se situent et se comparent selon leurs vécus et les modalités d'apparition du handicap
	Savoir expérientiel et pair-aidance	FG-41, FG-42, FG-43, FG-56	Partage horizontal des savoirs et entraide entre usagers
	Fonction du groupe : soutien, co-construction et mise en collectif	FG-21, FG-22, FG-23, FG-32, FG-54 à FG-60	Le groupe permet la validation, la transformation et la mise en commun des expériences individuelles
	Utilité sociale et contribution sociale	FG-40, FG-42	Le sentiment d'utilité sociale se traduit par la transmission et l'aide entre pairs

Tableau 5 - Analyse thématique du focus group : structuration du bien-être psychosocial selon trois niveaux d'organisation

1. Niveau expérientiel - Une mise en commun expérientielle négociée du bien-être : contraintes, fatigue et isolement

Les échanges du focus group montrent que le bien-être n'est pas individuel et stabilisé, mais est un objet construit progressivement dans l'interaction entre les participants. Les expériences personnelles se succèdent, sont reprises, validées ou mises en perspective par les autres membres du groupe. Cette dynamique interactionnelle fait alors émerger une définition collective et polysémique du bien-être.

Les participants proposent alors successivement des définitions multiples du bien-être, aux registres variés, allant du plaisir à des formes d'équilibre plus pragmatiques : « La détente, le plaisir, voyager » (U8), « Vivre au jour le jour » (U2), ou « Il y a deux styles de bien-être » (U7). Cette diversité discursive du vécu du bien-être montre que le bien-être ne constitue pas une catégorie stabilisée chez les usagers du SAMSAH, mais un objet situé, dont sa signification se construit sur la base de trajectoires de vie et des conditions de vie singulières de chacun.

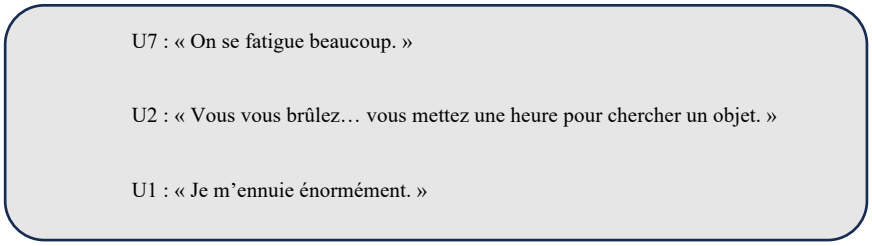
Cette expérience du bien-être s'inscrit aussi dans une dimension temporelle caractérisée par la rupture biographique liée à la survenue du handicap visuel (inné, acquis brutalement ou progressivement). Les discours mettent en avant un avant et un après la perte visuelle, marquant un moment

de bascule : « J'ai conduit… maintenant je perds la vue » (U2), « Quand ils ont mis un nom… tout s'est effondré » (U4). Cette perspective temporelle montre que le bien-être s'inscrit dans une histoire personnelle, traversée par des transformations de la vie quotidienne, redéfinissant les repères du quotidien. Cette temporalité du vécu est aussi observable dans les échanges informels, où les habitudes installées vivent avec des envies d'évolution « maintenant je veux trouver un travail ».

Dans ce contexte, les participants décrivent un vécu marqué significativement par une fragilisation du lien social. L'isolement social, l'ennui ou encore le sentiment d'évitement apparaissent comme des éléments centraux de l'expérience vécue du bien-être, pouvant altérer la santé mentale : « Je suis dépressive… je m'ennuie énormément » (U1), « Tout ce qui est autour vous évite » (U1), « Il me reste ma fille » (U1). Ce vécu expérientiel d'isolement social est également présent dans des échanges informels tenus sur le terrain de recherche avec d'autres usagers du SAMSAH. Un d'entre eux dit que le bien-être est avant tout « à ne pas être isolé ». Une autre usagère parle d'un vécu d'isolement social de manière très claire : « je suis tout seul à la maison » ou encore « j'ai passé plusieurs années en isolement total ». Ces paroles insistent sur l'inscription profonde de l'isolement social (et de son sentiment) dans les histoires de vie des usagers.

Ces éléments discursifs illustrent aussi une diminution du réseau social et d'une détérioration du rapport aux autres, venant altérer le vécu du bien-être. Cette fragilisation du lien social s'inscrit aussi dans une temporalité. Dans un échange informel survenu au SAMSAH, un usager décrit une diminution progressive de son soutien relationnel : « au début, très présents et puis petit à petit, de moins en moins », traduisant un affaiblissement du réseau social dans le temps. Cette expérience d'isolement social est aussi renforcée par le vieillissement. Certains usagers « âgés » soulignant qu'« en vieillissant, il y a la solitude » (U2). Cela inscrit la vulnérabilité liée à l'isolement social dans une perspective plus large que le handicap visuel seul.

Enfin, cette expérience vécue du bien-être ne peut être dissociée des contraintes du quotidien. Les participants usagers partagent successivement une fatigue chronique, associée à des efforts d'adaptation (ou de réadaptation) constants. Les gestes simples du quotidien deviennent sources de difficulté et une charge cognitive.



Séquence 1 - Focus Group

Le vécu du bien-être s'exprime alors comme un équilibre fragile, instable, à négocier constamment, entre contraintes et ressources. Mais cette expérience du bien-être ne se réduit pas à une position « passive » de l'usager. Des usagers mobilisent des formes de revalorisation identitaire grâce à une réaffirmation de leurs capacités et de leurs rôles sociaux : « je ne suis plus simplement la petite aveugle qu'il faut aider… je peux aussi jouer du piano » (U3).

Dans cette perspective expérientielle du bien-être, ce dernier n'apparaît pas comme un état stable ou prédéfini, mais comme une expérience fragile, en mouvement, construite au cœur des épreuves du quotidien et marquée par la fatigue (voir la dépression), les ruptures biographiques et les fragilités relationnelles. Cette souffrance psychologique est également exprimée de manière directe dans un échange informel tenu sur le terrain de recherche avec un usager ayant perdu la vue brutalement suite à un accident vasculaire cérébral (AVC) : « je suis encore déprimé ». Ce propos illustre une détresse vécue même au-delà du moment de l'apparition du handicap. Cette dimension psychologique est également présente dans les séances observées dans lesquelles le champ lexical mobilisé est lié à la vision (« broyer du noir »), pouvant être assimilée à une intériorisation (symbolique) du handicap.

Enfin, le vécu du bien-être est aussi traversé par l'expérience du regard social. Certains usagers évoquent dans des moments informels des représentations sociales stigmatisantes à leur égard : « les gens croient qu'on ne peut rien foutre », tandis que d'autres décrivent une forme d'ambivalence, entre compassion et assignation : « bon courage ou alors le pauvre ». Ces propos illustrent le poids des interactions sociales dans l'expérience vécue du bien-être chez les usagers. Les observations réalisées lors de situations de mobilité dans la rue, où des interactions avec les passants expriment des aides non sollicitées par l'usager vont également dans ce sens.

2. Niveau conditionnel - Ressources, soutien et médiations : une élaboration collective des conditions du bien-être

Les échanges entre les usagers mettent en commun un ensemble de conditions indispensables à l'émergence du bien-être. Ces conditions renvoient aux ressources internes, relationnelles et institutionnelles. L'acceptation du handicap constitue une première condition centrale spontanément énoncée. Elle apparaît comme un préalable au bien-être. Mais cette position est remise en question au sein du groupe, par ceux qui maintiennent une forme d'espoir de retrouver la vue (U9), notamment grâce à une opération chirurgicale. L'acceptation s'exprime donc comme la forme d'un processus, marqué par des tensions entre adaptation et refus, et non comme un état stabilisé :

U5 : « Il faut atteindre l'acceptation. »

U9 : « Moi, je n'ai pas accepté. »

U9 : « Moi, ça sera de voir. »

Séquence 2 - Focus Group

Le lien social apparaît aussi clairement comme une seconde condition centrale du bien-être. Il est explicitement valorisé par les participants : « Le lien social, c'est important » (U8). Cette dimension relationnelle du lien social comme condition au bien-être s'exprime également en dehors du cadre du focus group et du SAMSAH. Dans un échange informel, une usagère en situation de cécité acquise raconte un lien social maintenu après une rencontre au SAMSAH : « on a gardé contact, on se prend un café ». Ceci illustre que le lien social constitue une ressource durable du bien-être. Néanmoins, ce lien social s'exprime de manière ambivalente car il peut être à la fois une ressource et une source de difficulté, notamment s'il traite des relations familiales : « La famille ne comprend pas toujours » (U4). Cette ambivalence montre que l'expérience vécue du bien-être dépend fortement de la qualité des relations sociales mais aussi du sentiment d'être compris dans son expérience du handicap visuel :

U8 : « Le lien social, c'est important. »

U4 : « La famille ne comprend pas toujours. »

U8 : « Elles (les professionnelles) comprennent peut-être plus que nos familles. »

Séquence 3 - Focus Group

Plus transcendantal que le lien social, certaines données recueillies renvoient à une dimension existentielle du bien-être : le sentiment d'utilité sociale. Dans des échanges informels tenus en SAMSAH, une usagère questionne le sens de la vie : « si nous ne sommes pas utiles, quel sens de la vie alors ? ». Cette question met en valeur le rôle primordial de la reconnaissance sociale et du sentiment de contribution sociale dans l'expérience du bien-être.

Dans cette perspective conditionnelle au vécu de bien-être évoquée par les usagers, le SAMSAH occupe une place centrale. Il est décrit comme un espace spatio-temporel de compréhension et de soutien restaurant la confiance en soi : « Les professionnels… sont là pour donner de la confiance » (U5), « Être compris » (U8). LE SAMSAH conditionne aussi l'identification des besoins des usagers : « On ne sait pas toujours les besoins qu'on a » (U2), et leur mise en œuvre. En comparaison, l'entourage familial apparaît parfois moins ajusté : « Elles (les professionnelles du SAMSAH) comprennent peut-être plus que nos familles » (U8). Le SAMSAH se construit collectivement donc comme

une médiation institutionnelle centrale du bien-être, au carrefour entre le vécu individuel et l'environnement social, en agissant sur les différentes conditions rendant ce bien-être possible. Cette fonction de soutien du SAMSAH se focalise également sur la dimension psychologique de l'accompagnement reconnue par les usagers : « On a la psychologue aussi, c'est un accompagnement et ça, c'est important » (U8). Néanmoins, un échange informel avec un usager en situation de cécité congénitale et habitué des parcours d'accompagnement en SAMSAH, vient nuancer cette fonction en mettant en évidence des attentes parfois longues : « ça fait presque un an, toujours pas eu de nouvelles ». Cet élément souligne les limites de l'accompagnement institutionnel.

D'un point de vue plus macro environnemental, certains usagers évoquent un décalage entre le SAMSAH et d'autres espaces de prise en charge, médicaux, en affirmant un manque d'alliance thérapeutique : « beaucoup de médecins manquent cruellement de psychologie » (U3).

Les participants évoquent aussi massivement l'importance de l'informatique et des aides techniques innovantes comme des supports d'autonomie. Pas moins de cinq marques d'outils technologiques d'assistance ont été évoquées par le groupe (ChatGPT, Ray-Ban Meta, Be My Eyes, Vision Ai , IPhone). Les échanges nombreux sur les dispositifs technologiques, traversés même par une démonstration de lunettes connectées réalisée pendant le focus group par un usager, montrent la manière dont ces outils sont investis significativement comme des ressources facilitant l'adaptation au quotidien, devenant même pour certains usagers une condition nécessaire à l'expérience de bien-être. Ces éléments discursifs identifient le rôle des médiations techniques dans la construction du bien-être. Et ces médiations techniques peuvent même être utilisées comme des supports relationnels afin de rompre l'isolement comme l'usager de Chat GPT permettant « de parler avec quelqu'un » (U7).

L'expérience vécue du bien-être s'inscrit également dans un environnement institutionnel plus large, en incluant les associations (hors SAMSAH) comme l'UNADEV, l'association Valentin Haüy et d'autres dispositifs de soutien : « Les associations apportent beaucoup de bien-être » (U2). Ces ressources contribuent à construire un réseau d'accompagnement complémentaire, dépassant le cadre du SAMSAH. Néanmoins, cet environnement institutionnel peut également représenter une source de contraintes importantes en vue de l'expérience de bien-être, à cause de la complexité des démarches administratives, vécues comme éprouvantes : « les démarches administratives, c'est le mot qu'il ne faut pas prononcer en ce moment » (U3).

L'environnement physique constitue également une contrainte directe au vécu du bien-être. Certains usagers évoquant une sensibilité accrue au bruit : « dès qu'il y a du bruit, je ne peux pas

rester plus de 20 minutes » exprime dans un échange informel l'usager au handicap visuel acquis suite à un AVC. Cela montre que le bien-être dépend aussi de conditions écologiques situées.

Le bien-être vécu est ici dépendant de conditions relationnelles, techniques et institutionnelles. Il ne relève pas uniquement des ressources de la personne, mais aussi d'un environnement de soutien plus ou moins favorable à son émergence.

3. Niveau collectif - Processus collectifs de construction du sens autour du bien-être

Par sa nature interactionnelle, le focus group met en évidence que le bien-être ne se construit pas uniquement à partir du vécu individuel ou des conditions de vie, mais aussi dans l'interaction entre les usagers. Cette dimension interactionnelle constitue un élément central de l'analyse, de par la nature du focus group. Les échanges sont en effet marqués par de nombreuses formes de comparaison sociale. Les participants se situent les uns par rapport aux autres en fonction de leurs trajectoires et de leurs expériences de leur handicap visuel, donc de leur expérience du bien-être :

U1 : « Tout le monde n'est peut-être pas comme toi. »

U9 : « Je ne peux pas comparer avec… »

U3 : « Quand on perd la vue tard… c'est plus compliqué. »

Séquence 4 - Focus Group

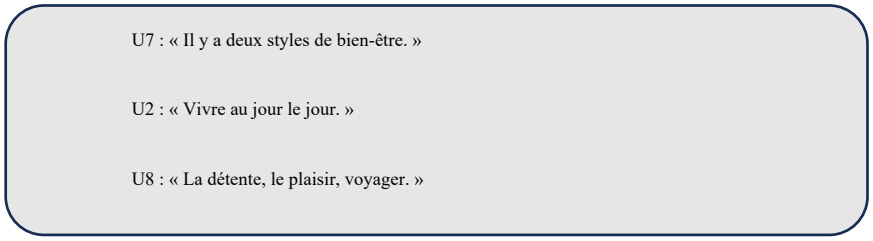
Ces différences de vécus, entre cécité congénitale (U3) et acquise (U1) (U9) ou entre acceptation et maintien de l'espoir, contribuent à structurer les positions au sein du groupe.

Le groupe constitue également un espace de circulation des savoirs expérientiels, pouvant être assimilé à un espace de pair-aidance. Les participants usagers partagent des conseils, des stratégies et des expériences, exprimant alors des formes concrètes de pair-aidance : « J'ai appris plus… que par les médecins » (U3). Cette dynamique de pair-aidance se manifeste à son apogée par une entraide directe exprimée dans le groupe, avec cette proposition acceptée faite par une usagère de rendre visite à une autre. Nous pouvons ici même parler de solidarité entre pairs.

Ces échanges valident une reconnaissance du savoir expérientiel comme une ressource légitime pour les usagers. Il est important de souligner que cette dynamique de pair-aidance n'est pas seulement une entraide fonctionnelle, mais génère aussi chez les usagers un sentiment d'utilité sociale. Ils trouvent dans ces échanges une possibilité de contribution et de valorisation de leur expérience. Certains soulignent explicitement que « se sentir utile, pour moi, c'est le rôle de transmission »

(U2). Les échanges aussi se répondent, se valident se renforcent entre eux (« Exactement » (U9), « oui, c'est ça » (U1)), traduisant un processus de validation collective des expériences.

Le focus group fonctionne aussi comme un espace de co-construction du sens. Les prises de parole interagissent entre elles, se valident (« Exactement » (U7)), se questionnent, ce qui construit progressivement du sens aux propos :



Séquence 5 - Focus Group

Le groupe encourage aussi le passage d'un partage de vécu individuel à une parole inscrite dans le collectif : « La première fois, ça m'a fait énormément de bien » (U1), « Je suis très heureuse d'être ici » (U1). Ceci jusqu'à une revendication collective de droits par une proposition de mise en commun de revendications: « Si vous êtes plusieurs… vous êtes un groupe » (U8), « Il faut faire remonter les informations » (U8).

Le bien-être apparaît donc comme un objet co-construit dans l'interaction, à travers des processus de comparaison sociale, d'entraide et de validation collective. Le focus group n'est pas seulement un dispositif de recherche de recueil de données, mais un espace spatio-temporel dynamique dans lequel se produisent, se confrontent et se transforment les significations du bien-être.

c. Convergences, écarts et tensions entre représentations professionnelles et vécu des usagers

L'analyse des résultats issus des entretiens professionnels, des observations, des analyses documentaires et du focus group avec les usagers met en évidence des convergences importantes, des écarts (différences de contenus) et des tensions (dynamiques relationnelle implicites contradictoires) dans la façon de définir le bien-être psychosocial en contexte du SAMSAH. Les professionnels mobilisent surtout des catégories professionnelles et institutionnelles du bien-être, tandis que les usagers expriment davantage une expérience vécue et située du bien-être. Il convient ici d'analyser les convergences, les écarts et les tensions qui relient ces deux registres.

1. Convergences : un bien-être multidimensionnel

Une première convergence issue des entretiens professionnels, des observations, des analyses documentaires et du focus group avec les usagers traite du caractère multidimensionnel et dynamique du bien-être psychosocial. Chez les professionnels et chez les usagers, le bien-être n'apparaît pas comme un état simple, unidimensionnel ou exclusivement individuel. Le bien-être est ici décrit comme une réalité complexe mêlant des dimensions psychiques, sociales et institutionnelles. Le bien-être est aussi associée à une perspective temporelle mobilisant les processus d'acceptation du handicap et les évolutions identitaires liées à la survenue du handicap visuel. Ceci créant une rupture biographique marquée par des ajustements évolutifs dans la vie quotidienne. Les professionnels et les usagers convergent donc pour montrer que le bien-être n'est pas un état atteint d'emblée ou figée, mais une construction singulière dans le temps.

Une seconde convergence relevée concerne la place du lien social. Les discours professionnels comme ceux des usagers insistent sur le poids de l'isolement social dans l'expérience du mal-être, et l'importance du lien social dans l'expérience du mieux-être. Les deux populations indiquent donc que le bien-être ne peut être pensé indépendamment de l'inscription relationnelle et sociale de la personne.

Une troisième convergence identifiée concerne le poids du regard social et de la reconnaissance. Dans les deux analyses thématiques (côté professionnels et côté usagers), le bien-être n'est pas seulement lié à la place du lien social (cf : seconde convergence relevée ci-dessous), mais aussi à la manière dont la personne en situation de handicap visuel est perçue, reconnue ou discriminée dans le monde social. Les professionnels insistent sur l'impact négatif du regard d'autrui sur la personne en situation de handicap visuel, comme la peur d'être jugée ou le manque de reconnaissance. Concernant les usagers, ils évoquent à ce sujet des expériences de stigmatisation. Cette convergence montre que le bien-être psychosocial est caractérisé par une dimension symbolique de reconnaissance sociale (perception sociale, catégorisation sociale, stigmatisation sociale et reconnaissance sociale).

Une dernière convergence traite de la place du SAMSAH. Dans les deux corpus, la structure du SAMSAH apparaît comme une médiation importante du bien-être. Les professionnels décrivent le SAMSAH comme un espace spatio-temporel de coordination et d'accompagnement global de l'usager. Les usagers, eux, y associent plutôt une expérience de compréhension et de soutien, en percevant les professionnels comme « là pour donner de la confiance » (U5). Mais dans les deux prismes, le bien-être ne relève pas seulement de ressources individuelles, mais d'un environnement d'accompagnement pouvant soutenir son émergence, sa compréhension et donnant confiance.

2. Écarts : des priorités différentes dans la définition du bien-être

Au-delà de ces convergences**,** des écarts apparaissent dans la hiérarchisation des dimensions du bien-être. Le premier écart majeur concerne l'autonomie. Dans les discours professionnels, l' autonomie représente une dimension centrale et organisatrice du bien-être psychosocial (« faire malgré le handicap » (P8)) et corrélé explicitement avec des dimensions psychiques (« l'autonomie a un impact direct sur l'estime de soi » (P7)). De plus, le terme « autonomie » est utilisé explicitement par l'ensemble des professionnels. Ces éléments sont aussi cohérents avec les documents institutionnels du SAMSAH, qui valorisent l'autonomie comme un objectif central de l'accompagnement dans le projet de service 2025 - 2029. À l'inverse, le terme « autonomie » n'est jamais utilisé explicitement par les usagers pour définir leur bien-être. Mais cette autonomie s'exprime différemment en s'articulant à partir de leur vécu expérientiel comme la fatigue, le sentiment d'isolement social ou le besoin de compréhension et d'utilité sociale. Par conséquent, ce qui est central dans le champ professionnel ne constitue pas l'entrée par laquelle les usagers donnent sens à leur expérience de l'autonomie. L'objet est le même mais il est exprimé de manière différente.

Un second écart important concerne la canne blanche. Dans les discours professionnels, elle apparaît comme un objet fortement investi par eux-mêmes, parfois sur un ton préoccupant, représenté comme à la fois comme un objet de « sécurité » et dans le même temps comme un marqueur de vulnérabilité du handicap, montrant une tension entre protection fonctionnelle et exposition identitaire de l'usager. Mais cette thématique de la canne n'est pas présente pas dans le discours des usagers sur le bien-être. Son absence totale dans leur discours montre un décalage entre une préoccupation professionnelle et l'expérience vécue. À l'inverse, les outils technologiques d'assistance sont massivement évoqués par les usagers comme des ressources concrètes d'adaptation et d'autonomie, alors qu'ils sont (quasi) absents dans les discours professionnels. Cet écart met en évidence une différence de focalisation entre une approche professionnelle centrée sur des dispositifs traditionnels d'accompagnement et une expérience vécue de l'usager plus ancrée dans des nouvelles ressources techniques.

3. Tensions : entre catégories professionnelles et expériences vécues

Au-delà des écarts portant sur les contenus du bien-être, des tensions apparaissent dans la manière dont celui-ci est exprimé et mis en sens. Les professionnels s'expriment à partir de catégories professionnelles et institutionnelles stabilisées, explicitant le bien-être avec des dimensions et des conditions concrètement repérables dans l'accompagnement. Cette catégorisation se retrouve aussi dans la manière de repérer la souffrance psychique chez l'usager avec des termes comme « dépression » ou « troubles associés ». Mais les usagers utilisent un registre lexical plus ancré dans l'expé-

rience et dans l'émotion comme « on se fatigue beaucoup » (U7), ou des récits racontant la solitude ou la difficulté au quotidien. La reconnaissance de la souffrance de l'usager n'est pas niée par les professionnels, mais elle est représentée différemment. Les professionnels se représentent le bien-être comme un objet structuré par des catégories professionnelles d'intervention, tandis que les usagers en parlent comme d'une expérience vécue négociée au quotidien. Ceci est observable dans une situation spécifique d'accompagnement avec l'ergothérapeute, où elle encourage l'autonomie fonctionnelle de l'usager par l'utilisation du téléphone mais en ajustant son intervention aux limites rencontrées par ce dernier qu'il manifeste.

Une autre tension structurante est identifiée au travers de la question de la contribution sociale et de l'utilité sociale. Dans les discours des professionnels, leur accompagnement s'inscrit dans une perspective d'aide et de compensation des difficultés liées au handicap. Les professionnels occupent ainsi une position d' « aidant ». À l'inverse, les usagers expriment un besoin de se sentir utiles et de pouvoir contribuer au lien social « de transmettre et d'aider les personnes » (U8) ou « J'aurais bien voulu être utile » (U3). Cette asymétrie met en évidence une tension entre une position sociale « d'être aidé » et une aspiration à redevenir acteur, voir contributeur d'une transmission de savoir et d'aides, « de devenir aidant ». Chez les usagers, le bien-être ne se limite donc pas à recevoir de l'aide, mais aussi à la possibilité de se sentir utile comme par la transmission, l'aide, ou l'écoute active. Ce besoin de contribution sociale s'exprime notamment dans les dynamiques de transmission et de pair-aidance observées dans le focus group. Cette asymétrie est aussi observable dans les échanges en réunion d'équipe, où la position d'« aidé » d'un usager peut rentrer en tension avec son aspiration de mettre fin à l'accompagnement.

Une tension plus transversale apparaît dans la manière dont les discours se structurent. Chez les professionnels, les résultats mettent en évidence des focalisations du bien-être différenciées en fonction du métier (fonctionnelle, relationnelle, institutionnelle ou psychosociale). Ces variations renvoient « naturellement » aux pratiques prescrites de chaque professionnel. Du côté des usagers, les échanges du focus group montrent des processus de comparaison sociale, de validation mutuelle et de mise en commun des expériences. Ces processus contribuent à une co-construction collective du sens attribué au bien-être. Les participants usagers se situent les uns par rapport aux autres : « tout le monde n'est peut-être pas comme toi » (U1). Cette asymétrie met en lumière deux natures d'organisation du bien-être : l'un structuré par des positions professionnelles différenciées, l'autre par une mise en comparaison des vécus des usagers par la modalité d'apparition du handicap visuel (acquis ou inné).

Les résultats de cette analyse comparative montrent que les professionnels et les usagers parlent d'un même objet psychosocial, mais ne l'organisent pas de la même façon. Les professionnels ont une lecture du bien-être davantage structurée par les pratiques et les conditions de l'accompagnement. Les usagers, eux, mobilisent une lecture plus expérientielle du bien-être, située et incarnée. Cette comparaison identifie donc des points de convergences, des écarts et des tensions participant conjointement à la définition du bien-être psychosocial en contexte de SAMSAH.

6- Discussion et implications pour l'accompagnement en SAMSAH

a. Convergences structurantes : un socle partagé du bien-être

Les résultats de la recherche identifient plusieurs convergences structurantes entre les discours professionnels et le vécu des usagers. Cela confirme bien que les deux populations se réfèrent à un même objet psychosocial**.** Mais ce dernier est construit différemment selon les positions.

Le bien-être est appréhendé dans les deux corpus comme une réalité multidimensionnelle**,** faisant articuler des dimensions psychologiques, sociales et institutionnelles. Cette première convergence rejoint le modèle du bien-être social (Keyes, 1998) par l'importance accordée à l'intégration sociale (lien social), à l'acceptation sociale (regard d'autrui) et à la contribution sociale (utilité sociale). Dans cette même perspective de convergence, le bien-être est pensé comme un processus dynamique et temporel frappé par des ruptures biographiques et des ajustements progressifs liés au handicap visuel. Les discours professionnels, faisant référence aux phases de deuil et au processus d'acceptation, font davantage référence à un processus d'intégration du handicap plutôt qu'à une simple acceptation. Comme l'explique la psychologue du SAMSAH : « plutôt que parler d'acceptation, je préfère parler d'intégration, accepter le handicap tel qu'il est, il existe ». Ce propos met en évidence une dynamique plus processuelle et identitaire du rapport au handicap, surpassant la seule idée d'un état psychique stabilisé. Les récits des usagers avec la comparaison avant / après l'apparition du handicap, la fatigue, l'acceptation, se rejoignent pour définir que le bien-être ne constitue pas un état stabilisé mais une construction évolutive.

Une autre convergence forte concerne l'importance du lien social et la reconnaissance sociale. Chez les deux populations, l'isolement est une expérience centrale du mal-être, tandis que le sentiment d'être reconnu par l'autre et l'inscription dans des relations sociales participent au bien-être. Les discours montrent aussi que le regard des autres influence la manière dont les personnes en situation de handicap visuel vivent et présentent leur handicap. Cette dimension relationnelle est à rapprocher au processus de catégorisation sociale. Dans cette recherche, l'identité sociale (Tajfel & Turner,

1979) de la personne en situation de handicap visuel est parfois assignée à celle d'une « personne handicapée », entrant en tension avec celle d'une personne « capable de faire ». Ceci provoquant une tension chez l'usager entre visibilité de son handicap et maintien d'une identité sociale valorisée. Ces dynamiques identitaires apparaissent dans des observations de terrain quand un usager demande à une professionnelle d'apprendre à orienter son regard vers son interlocuteur, malgré sa cécité. Ceci démontre sa volonté de maintenir des normes relationnelles dominantes valorisées de personnes voyantes dans ses interactions avec ces dernières. Cette attitude résonne avec le travail de Goffman (1963) sur la gestion du stigmate en contexte social.

Le rôle du SAMSAH s'exprime aussi celui d'une médiation essentielle. Les professionnels décrivent le SAMSAH comme un cadre structurant d'accompagnement. Côté usagers, ils y vivent une expérience de compréhension, de soutien et d'identification des besoins en considérant le SAMSAH comme, plus qu'une condition au bien-être, une médiation des conditions d'accès au bien-être. La psychologue souligne néanmoins que cette fonction médiatrice peut par moment mener à une forme d'« idéalisation institutionnelle » chez certains usagers. Le SAMSAH est alors projeté comme un espace supposé pouvoir résoudre l'ensemble des difficultés rencontrées par l'usager, provoquant des attentes très fortes vis-à-vis des professionnelles.

b. Le bien-être comme objet psychosocial tensionnel

Au-delà des convergences, l'analyse met en évidence trois tensions majeures priorisées ici. Ces tensions donnent sens aux écarts observés selon une lecture psychosociale.

1. Une tension normative autour de l'autonomie

Le premier résultat significatif concerne l'autonomie. Elle est explicitement mobilisée par l'ensemble des professionnels comme une dimension fonctionnelle centrale et organisatrice du bien-être, tandis que les usagers l'expriment avec un registre expérientiel centré sur la fatigue, l'isolement ou des stratégies d'adaptation quotidiennes. Cet écart n'est pas une simple différence discursive, mais représente plutôt une tension normative. Côté professionnels, l'autonomie est représentée comme une norme à atteindre et inscrite dans les cadres et les objectifs institutionnels. Côté usagers, leur discours exprime l'autonomie dans un registre expérientiel autour de la fatigue, du sentiment d'isolement social ou du besoin d'utilité sociale.

Les échanges du focus group montrent aussi que le bien-être s'ancre dans l'interdépendance comme l'entraide entre pairs et la recherche de soutien mettant en évidence l'importance du lien

social. Le bien-être ne se limite donc pas à la capacité à « faire seul ». Il se construit dans et avec l'environnement relationnel et institutionnel, cela résonne avec le modèle social du handicap (Oliver, 1990). Ce modèle conceptualise que l'autonomie ne dépend pas seulement des capacités individuelles de l'usager, mais aussi des environnements relationnels, techniques et institutionnels.

Dans une perspective psychosociale, cette tension normative autour de l'autonomie est à analyser à partir des niveaux de Doise (1982) :

- au niveau intra-individuel : elle se manifeste dans le vécu de fatigue, de besoin d'utilité sociale et d'adaptation pour les usagers ;
- au niveau interindividuel : dans les interactions du focus group entre usagers (comparaisons sociales et entraide) ;
- au niveau positionnel : elle se manifeste explicitement dans les rôles et les objectifs professionnels centrés sur l'autonomie ;
- au niveau idéologique : dans la valorisation sociale de l'autonomie comme une obligation sociale en contexte de société néolibérale (Ehrenberg, 1998).

Dans cette perspective, l'autonomie participe à la structuration des rapports intergroupes entre professionnels voyants et usagers non-voyants (Tajfel & Turner, 1979). Elle définit implicitement des attentes normatives vis-à-vis des usagers, notamment en termes d'indépendance et d'adaptation au handicap.

2. Une tension autour des objets techniques et de l'identité

Une seconde tension concerne la place des objets techniques dans les deux corpus.

La canne blanche est mobilisée explicitement et omniprésente dans les discours des professionnels comme un outil de sécurité fonctionnelle mais aussi comme un marqueur identitaire du handicap. Les professionnels peuvent aussi développer des stratégies créatives afin d'encourager l'appropriation de la canne blanche. Une professionnelle partage par exemple le fait de « jouer à la majorette avec la canne ». Cet exemple illustre une posture protectrice des professionnels, mais aussi pose l'hypothèse d'une dimension normative relative à l'acceptation d'objets associés au handicap.

Par compte, la canne blanche est absente des discours des usagers. Cette absence chez les usagers suggère l'hypothèse que la canne blanche constitue un objet identitaire sensible pour eux, associé à la visibilité du handicap et potentiellement évité dans les échanges, même à un niveau intragroupe pendant le focus group. À l'instar des travaux de Jodelet (1989) où des objets du quotidien

utilisés par les malades (comme le linge) sont évités à cause de leur charge symbolique, la canne blanche peut être aussi vue comme un objet assigné identitairement au handicap. Cette charge symbolique peut contribuer à expliquer son absence dans les discours des usagers.

À l'inverse, les nouvelles technologies d'assistance occupent une place importante dans les discours des usagers (ChatGPT, Be My Eyes, lunettes connectées), jusqu'à leur démonstration lors du focus group. Ces nouvelles technologies sont investies par les personnes en situation de handicap visuel comme des ressources d'adaptation, mais aussi comme des supports relationnels (« parler avec quelqu'un »). Elles sont porteuses de projections, pouvant même être pensées comme objets de compensation de certaines limites du handicap.

Le fait que ces nouvelles technologies ne soient (quasi) pas évoquées par les professionnels renforce l'asymétrie entre les deux corpus. Cela démontre un décalage entre des objets institutionnellement stabilisés identitairement chez les professionnels (la canne blanche) et des objets émergents appropriés par les usagers (les nouvelles technologies). Côté usagers, cette tension met en évidence que les objets techniques participent à la construction du bien-être, mais ils sécurisent aussi sur le plan symbolique et identitaire car moins stigmatisant, ce qui n'est pas le cas de la canne blanche.

3. Une tension entre savoir professionnel et savoir expérientiel

Une troisième tension concerne la façon dont le bien-être est compris et exprimé.

Les professionnels utilisent un langage structuré reposant sur des catégories professionnelles stabilisées (« dépression », « troubles associés », « autonomie »). Ce langage permet aux professionnels d'orienter leur accompagnement. Les usagers, eux, expriment leur expérience avec un registre expérientiel et émotionnel, comme la fatigue, la solitude, le sentiment d'isolement social ou les contraintes au quotidien. Mais cette différence ne traduit pas une absence de reconnaissance de la souffrance de la part ces professionnels, mais une hétérogénéité des formes d'expression du langage entre les usagers et les professionnels. Elle renvoie aux fonctions des représentations sociales (Abric, 2001), pour les professionnels :

- la fonction de savoir qui permet de catégoriser et d'objectiver la réalité du handicap, notamment par les processus d'ancrage et d'objectivation (Moscovici, 1961) ;
- la fonction d'orientation qui guide les pratiques d'accompagnement ;
- la fonction de justification qui légitime les interventions professionnelles ;
- la fonction identitaire qui structure leur rôle d'aidant au sein de l'institution.

Côté usagers, le focus group met en valeur l'existence d'un savoir expérientiel qui est construit dans l'interaction. Les échanges entre les usagers du groupe participent à transformer et à mettre en perspective les significations du bien-être. Ceci à travers :

- le processus de comparaison sociale (Festinger, 1954), entre le handicap visuel acquis et congénital (« moi, je ne suis pas comme vous »), ou celui qui peut être résorbé ou non ;
- les dynamiques de pair-aidance ;
- la validation mutuelle ;
- la revendication collective ;
- les échanges de stratégies et la démonstration d'outils de nouvelle technologie avec les lunettes connectées d'un usager.

Cette tension peut aussi émerger dans l'évaluation des besoins de l'usager. Comme le dit la psychologue du SAMSAH, « l'évaluation des besoins de l'usager peut être en décalage avec ses véritables besoins ». Ce décalage montre les limites d'une lecture exclusivement professionnelle des situations, où certains besoins subjectifs ne rentrent pas dans les catégories institutionnelles d'évaluation.

Cette différence de registres peut être lue selon la théorie des représentations sociales (Moscovici, 1961). Les professionnels et les usagers produisent des systèmes de valeurs, d'idées et de pratiques leur permettant de comprendre la réalité, de s'y orienter, de la maîtriser et de communiquer. Ils construisent ainsi des représentations distinctes du bien-être, car elles sont ancrées dans leurs positions sociales respectives, dans l'expérience du handicap et les cadres institutionnels en jeu.

L'identification de ces tensions met en évidence une structuration intergroupes du bien-être, opposant implicitement les positions des professionnels voyants et d'usagers non-voyants, mais aussi les statuts d'aidant et d'aidé. Ces appartenances sociales influencent les normes, les attentes et les modes de définition du bien-être.

c. Enjeux pour l'accompagnement en SAMSAH

Ces tensions mettent en évidence un enjeu central et constituent la matière première analytique pour contribuer à mieux articuler les cadres et les pratiques professionnelles avec l'expérience vécue des usagers, dans une perspective de transformation sociale située au SAMSAH.

Un premier enjeu concerne la reconnaissance du savoir expérientiel. Les dynamiques interactionnelles observées dans le focus group illustrent que les usagers produisent des savoirs situés et

transférables. La valorisation de ces savoirs s'inscrit dans le paradigme du patient expert (Jouet & Flora, 2010) et de l'empowerment (Rappaport, 1987) qui favorise la reconnaissance identitaire de l'usager par la reconnaissance de son savoir, allant au-delà de la reconnaissance de ses besoins. La reconnaissance de ce savoir expérientiel peut aussi être satisfaite par les professionnels eux-mêmes, ce qui atténuerait les tensions identitaires entre ces deux groupes.

Un deuxième enjeu relatif à l'accompagnement au SAMSAH traite de la relecture de l'autonomie. Pour les usagers, les résultats montrent que le bien-être s'inscrit dans des logiques d'interdépendance et d'utilité sociale. Ceci pousse à encourager l'autonomie comme une capacité à s'inscrire dans des relations de soutien et de contribution sociale, et pas seulement comme une capacité à faire seul.

Un troisième enjeu concerne l'ajustement des pratiques du SAMSAH, grâce à des actions concrètes pensées à partir des résultats de cette recherche, notamment dans une perspective de reconnaissance sociale, de soutien psychosocial et de réflexivité institutionnelle :

- développer le lien social et l'utilité sociale avec de nouveaux espaces de pair-aidance en s'inspirant du groupe de parole mensuel animée par la psychologue et déjà institutionnalisé. Ceci sur des thématiques fonctionnelles comme la gestion du quotidien, la recherche de travail ou l'utilisation d'aide techniques, en lien avec le vécu quotidien des usagers. Mais aussi des espaces de pair-aidance dédiés selon certains le profil d'usagers (âge, handicap acquis ou congénital), ceci pour favoriser des dynamiques d'identification et de soutien ;
- élargir l'autonomie fonctionnelle individualisée dans une perspective relationnelle en intégrant encore davantage dans les pratiques professionnelles la capacité à demander de l'aide, du soutien social, à s'inscrire dans des relations sociales et d'utilité sociale. Cela pourrait s'appuyer sur le développement des compétences psychosociales (Santé publique France, 2025). Cette proposition permettrait de renforcer le sentiment d'auto-efficacité des usagers (Bandura & Lecomte, 2019) ;
- valoriser les savoirs expérientiels des usagers avec des temps dédiés de pair-expertise, pensés comme des espaces de reconnaissance sociale et institutionnel du vécu et des connaissances des usagers par les professionnels du SAMSAH. Ces moments pourraient être proposés en début ou au cours de l'accompagnement, formalisé dans le PPA depuis un nouveau champ « savoirs expérientiels », puis partagé aux échanges pluridisciplinaires. Cette proposition s'inscrit dans le paradigme du patient expert (Jouet & Flora, 2010) avec une perspective de

reconnaissance institutionnelle formelle du savoir expérientiel, qui développerait également l'estime de soi de l'usager (Avison & Rosenberg, 1981).

- travailler en pluridisciplinarité de manière réflexive sur les catégories utilisées. L'usage des termes professionnels comme « DV », « autonomie », « troubles associés » produit des effets de catégorisation, et ne sont pas toujours en adéquation avec l'expérience vécue des usagers ;
- préserver une (la) place spécifique du psychologue au sein de l'équipe pluridisciplinaire, afin de protéger un espace clinique et réflexif singulier articulant les expériences vécues des usagers, les dynamiques relationnelles au sein de la structure et les pratiques institutionnelles.

Ces propositions ambitionnent de favoriser une meilleure adéquation entre les pratiques professionnelles et les expériences vécues des usagers, par la réduction d'asymétries relationnelles, identitaires et institutionnelles identifiées dans cette recherche. Dans cette perspective, le SAMSAH est à envisager comme un espace spatio-temporel de transformation sociale situé, faisant évoluer les représentations professionnelles, les normes d'accompagnement et les rapports intergroupes entre professionnels et usagers.

d. Le psychologue au cœur des enjeux et des tensions psychosociales en SAMSAH

Au SAMSAH, la psychologue occupe une fonction clinique et médiatrice à l'interface des usagers, des professionnels et du cadre institutionnel, au sein d'une structure elle-même déjà identifiée par les usagers comme médiatrice des conditions d'accès à leur bien-être. Par cette position singulière, la psychologue permet de mettre au travail les trois tensions identifiées en amont dans cette étude, ceci dans une perspective de transformation sociale à destination des usagers :

<u>Une fonction de reconnaissance et de mise en circulation du savoir expérientiel des usagers</u>

La psychologue contribue à légitimer le savoir expérientiel des usagers en favorisant leur expression et leur mise en circulation, notamment grâce à l'animation du groupe de parole mensuel et le soutien des dynamiques de pair-aidance. Cette fonction permet de réduire une asymétrie entre les savoirs professionnels et les savoirs vécus, en reconnaissant l'usager non seulement comme un bénéficiaire d'un accompagnement, mais aussi comme détenteur de savoirs devant ses pairs, mais aussi devant les professionnels représentés dans le groupe de parole par la psychologue elle-même. Cette reconnaissance du savoir expérientiel des usagers a notamment été observable lors du groupe de parole du 13 mai 2026 durant lequel une ancienne usagère est venue partager ses savoirs qui lui ont permis de trouver une activité professionnelle et de s'y épanouir en tant que référente handicap d'une grande entreprise.

Une fonction de médiation autour de l'autonomie

À partir des tensions identifiées grâce à cette étude sur le champ de l'autonomie, la psychologue participe à favoriser une approche de l'autonomie plus relationnelle en complément de la conception individualisée et fonctionnelle de l'autonomie. Son intervention clinique par ses entretiens individuels avec les usagers, centrée sur l'élaboration du vécu, mais aussi sur les capacités d'adaptation et de mobilisation des ressources, s'appuie sur une trame de première évaluation globale explorant notamment le parcours de vie, l'intégration du handicap, la vie sociale, la confiance en soi ou le rapport aux aides. Cette étape lui permet de bénéficier d'une vision holistique de l'usager, donc d'aborder la question de l'autonomie sous cette même perspective holistique.

Aussi, la psychologue n'impose pas le suivi psychologique, laissant à l'usager la possibilité d'accepter ou non. Ce positionnement participe à soutenir une autonomie sociale respectueuse de la subjectivité de l'usager, en cohérence avec les dynamiques d'interdépendance mises en évidence dans les résultats.

Une fonction de régulation institutionnelle et de réflexivité des pratiques

Sa position singulière au sein de l'équipe pluridisciplinaire et sans lien hiérarchique avec la coordinatrice, lui permet de partager librement une lecture globale des situations des usagers. C'est elle qui présente en premier les usagers lors des réunions hebdomadaires PPA, ce qui permet de cadrer la compréhension collective de l'usager à partir d'une approche psychosociale. Elle est également sollicitée par les autres professionnels du SAMSAH pour éclairer certaines situations d'accompagnement, notamment lorsque des enjeux relationnels, émotionnels ou identitaires émergent entre professionnels et usagers, entre professionnels seuls ou entre usagers seuls. La psychologue explique que « les limites des professionnels face à un patient atypique peuvent amener un sentiment d'isolement chez le professionnel ».

Grâce à sa position non hiérarchique et sa formation académique, la psychologue favorise aussi une mise en réflexion des pratiques professionnelles. Elle questionne les catégories mobilisées par les professionnels (comme l'autonomie, la « DV » ou « les troubles associés »). Elle participe alors à faire évoluer les représentations professionnelles, et à ajuster les pratiques professionnelles en lien avec l'expérience vécue des usagers.

e. Limites, apports et réflexivité

Des limites sont à considérer dans cette recherche. Le terrain de recherche est unique, dédié au SAMSAH de Marseille. Étant donné le caractère appliqué et situé au SAMSAH de cette étude, ceci ne constitue pas une erreur méthodologique mais de facto limite la généralisation des résultats à d'autres contextes institutionnelles ou à d'autres formes de handicap que celui visuel.

Ma position de stagiaire-chercheur au sein de la structure a pu potentiellement influencer certaines données recueillies. Les professionnels interrogés avaient connaissance de ma démarche de recherche, ce qui a pu favoriser un biais de désirabilité sociale dans les entretiens. Côté usagers, mon observation de certains usagers en entretien individuel avec la psychologue, également participants au focus group, a nécessité une vigilance réflexive particulière pour distinguer avec eux les espaces cliniques et les espaces de recherche. Les échanges réguliers avec la psychologue, dans le cadre de mon stage, ont constitué un levier réflexif quant à la compréhension du terrain et l'analyse des résultats.

La mobilisation d'échanges informels dans la logique de triangulation méthodologique de la recherche demande également une prudence quant à leur interprétation car ces données n'ont pas été produites dans le même cadre méthodologique que les entretiens semi-directifs ou le focus group.

Malgré ces limites, cette recherche apporte plusieurs éléments significatifs de compréhension du bien-être psychosocial en contexte de SAMSAH, comme vu précédemment :

- une articulation entre représentations professionnelles et expérience vécue des usagers ;
- une identification du bien-être comme un objet psychosocial tensionnel ;
- un apport empirique et théorique sur les écarts de sens, les dynamiques relationnelles et les normes implicites structurant l'accompagnement ;
- une réflexion appliquée et des recommandations sur les enjeux d'accompagnement, de pair-aidance et de reconnaissance du savoir expérientiel.

Enfin, cette recherche s'est inscrite dans le soucis constant de respecter les grands principes déontologiques de la recherche en psychologie (CERéDéPsy, 2021) comme :

- le respect de la dignité : par l'adaptation des modalités de participation au focus group aux besoins spécifiques des usagers en situation de handicap visuel (lecture orale des informations,

prise en compte du rythme et du confort matériel avec un aménagement de la salle particulier) ;

- le consentement : par la présentation en amont des objectifs de la recherche, des modalités d'enregistrement et du droit de retrait avant chaque entretien et avec le recueil d'un accord des participants ;
- la confidentialité : par l'anonymisation des verbatims permettant d'identifier les usagers et les professionnels ;
- la non-malfaisance par l'attention portée à ne pas placer les participants dans des situations d'inconfort psychologique comme en évitant les échanges trop longs, les relances trop intrusives sur des expériences sensibles liées au vécu personnel ;
- la réflexivité par ma prise de conscience de ma position de stagiaire-chercheur pour limiter les biais d'interprétation, d'analyse et pour distinguer les espaces d'accompagnement clinique des espaces de recherche.

Bibliographie

Abric, J.-C. (2001). Pratiques sociales et représentations. Presses universitaires de France.

Albrecht, G. L., Ravaud, J.-F., & Stiker, H.-J. (2001). L'émergence des disability studies: État des lieux et perspectives. Sciences sociales et santé, 19(4), 43–73. https://doi.org/10.3406/sosan.2001.1535

Almidani, L., Miller, R., Varadaraj, V., Mihailovic, A., Swenor, B. K., & Ramulu, P. Y. (2024). Vision Impairment and Psychosocial Function in US Adults. JAMA Ophthalmology, 142(4), 283. https://doi.org/10.1001/jamaophthalmol.2023.6943

Arrieta Valero, I. (2019). Autonomies in Interaction: Dimensions of Patient Autonomy and Non-adherence to Treatment. Frontiers in Psychology, 10, 1857. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01857

Avison, W. R., & Rosenberg, M. (1981). Conceiving the Self. Canadian Journal of Sociology / Cahiers Canadiens de Sociologie, 6(2), 212. https://doi.org/10.2307/3340091

Bandura, A., & Lecomte, J. (2019). Auto-efficacité: Comment le sentiment d'efficacité personnelle influence notre qualité de vie (3e éd). De Boeck supérieur.

Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. Psychological Bulletin, 117(3), 497–529. https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497

Blanchet, A., Gotman, A., & Singly, F. de. (1992). L'enquête et ses méthodes: L'entretien. Nathan.

Boltanski, L., & Chiapello, È. (2011). Le nouvel esprit du capitalisme (Nouvelle éd.). Gallimard.

Bourdieu, P. (1979). La distinction: Critique sociale du jugement. Éditions de Minuit.

Brunes, A., B. Hansen, M., & Heir, T. (2019). Loneliness among adults with visual impairment: Prevalence, associated factors, and relationship to life satisfaction. Health and Quality of Life Outcomes, 17(1), 24. https://doi.org/10.1186/s12955-019-1096-y

Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. Sociology of Health & Illness, 4(2), 167–182. https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11339939

Canguilhem, G. (2013). Le normal et le pathologique (12e éd). PUF.

Castle, C. L. (2024). Attitudes of employers towards people with visual impairment: A scoping review. Frontiers in Rehabilitation Sciences, 5, 1383984. https://doi.org/10.3389/fresc.2024.1383984

CERéDéPsy. (2021). Code de Déontologie des psychologues.

Chaib, M. (1996). Les représentations sociales de soi chez les jeunes mal-voyants (425). Bulletin de psychologie.

Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). Social Science & Medicine, 44(5), 681–692. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00221-3

Charrouf, A. (2011). Incidence de la déficience visuelle sur l'estime de soi: Étude comparative du complexe d'infériorité chez des sujets malvoyants syriens et français. Lyon 2.

Crawford, R. (1980). Healthism and the Medicalization of Everyday Life. International Journal of Health Services, 10(3), 365–388. https://doi.org/10.2190/3H2H-3XJN-3KAY-G9NY

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (Eds.). (2004). Handbook of self-determination research (Softcover edition). University of Rochester Press.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. Psychological Bulletin, 95(3), 542–575.

DIPHE. (2023). ÉTUDE HOMÈRE : Étude nationale sur la déficience visuelle. DIPHE.

https://diphe.univ-lyon2.fr/wp-content/uploads/2023/02/Etude_Homere_20230207.pdf
Doise, W. (1982). L'explication en psychologie sociale. Presses universitaires de France.
Ehrenberg, A. (1998). La fatigue d'être soi: Dépression et société. Odile Jacob. https://doi.org/10.3917/oj.ehren.1998.01
Fédération des Aveugles de France. (2015). Les français et le handicap visuel.
Festinger, L. (1954). A Theory of Social Comparison Processes. Human Relations, 7(2), 117–140. https://doi.org/10.1177/001872675400700202
Foucault, M. (1983). Naissance de la clinique: Une archéologie du regard médical (5. éd). Presses Univ. de France.
Galiano, A. R., & Portalier, S. (2009). Les fonctions du langage chez la personne aveugle. Méta-analyse de la relation entre connaissance et langage: L'Année Psychologique, Vol. 109(1), 123–153. https://doi.org/10.4074/S0003503309001055
Goffman. (1963). Stigma.
Heinze, N., Davies, F., Jones, L., Castle, C. L., & Gomes, R. S. M. (2022). Conceptualizations of well-being in adults with visual impairment: A scoping review. Frontiers in Psychology, 13, 964537. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.964537
Honneth, A., & Honneth, A. (2002). La lutte pour la reconnaissance. Ed. du Cerf.
Huang, A. R., Cudjoe, T. K. M., Rebok, G. W., Swenor, B. K., & Deal, J. A. (2024). Hearing and vision impairment and social isolation over 8 years in community-dwelling older adults. BMC Public Health, 24(1), 779. https://doi.org/10.1186/s12889-024-17730-8
INPES. (2012). Déficiences visuelles et rapport à la santé, Résultats d'une étude qualitative.
INTEFP. (2022). Déficience visuelle et travail: Des intéractions encore difficiles. INTEFP. https://www.intefp.travail-emploi.gouv.fr/files/documents/intefpnotedochandicap2022.pdf
Jodelet, D. (2003). Les représentations sociales. In Sociologie d'aujourd'hui (pp. 45–78). Presses Universitaires de France. https://doi.org/10.3917/puf.jodel.2003.01.0045
Jodelet, D., & Moscovici, S. (1989). Folies et représentations sociales. Presses universitaires de France.
Jouet, E., & Flora, L. (2010). Usagers-Experts: La part du savoir des malades dans le système de santé. Pratiques de Formation.
Keyes, C. L. M. (1998). Social Well-Being. Social Psychology Quarterly.
Kivits, J., Balard, F., Fournier, C., & Winance, M. (2023). Les recherches qualitatives en santé (2e éd). Armand Colin.
Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2015). Focus groups: A practical guide for applied research (5th edition). SAGE.
Légifrance. (2005). Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
Mirzoeff, N. (2011). The right to look: A counterhistory of visuality. Duke University Press.
Moscovici, S. (1961). La psychanalyse, son image et son public. Étude sur la représentation sociale de la psychanalyse.
Oliver, M. (1990). The Politics of Disablement. Macmillan Education UK. https://doi.org/10.1007/978-1-349-20895-1
OMS. (1946). Conférence internationale sur la Santé, New York.
OMS. (2001). Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (WHO Press).
OMS. (2023). Handicap. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health

Pilnick, A., & Dingwall, R. (2011). On the remarkable persistence of asymmetry in doctor/patient interaction: A critical review. Social Science & Medicine, 72(8), 1374–1382. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.033

Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. American Journal of Community Psychology, 15(2), 121–148. https://doi.org/10.1007/BF00919275

Renedo, A., & Marston, C. (2015). Developing patient-centred care: An ethnographic study of patient perceptions and influence on quality improvement. BMC Health Services Research, 15(1), 122. https://doi.org/10.1186/s12913-015-0770-y

RNIB. (2023). What We Know About Public Attitudes and Understanding. RNIB.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. Journal of Personality and Social Psychology.

SAMSAH DV THEIA. (2025). Projet de service.

Santé publique France. (2025). Les compétences psychosociales. Un référentiel opérationnel à destination des professionnels experts et formateurs CPS. Santé publique France.

Shah, K., Frank, C. R., & Ehrlich, J. R. (2020). The association between vision impairment and social participation in community-dwelling adults: A systematic review. Eye (London, England), 34(2), 290–298. https://doi.org/10.1038/s41433-019-0712-8

Shakespeare, T. (2006). Disability Rights and Wrongs (0 ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203640098

Stephan, W. G., & Stephan, C. W. (2000). An integrated threat theory of prejudice. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Stiker, H.-J. (1997). Corps infirmes et sociétés (Nouv. éd.). Dunod Association des paralysés de France.

Stiker, H.-J. (2013). Corps infirmes et sociétés: Essais d'anthropologie historique (Nouvelle éd). Dunod.

Tajfel, H. (1972). Social Categorization.

Tajfel, H., & Turner, J. C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. The Social Psychology of Intergroup Relations, 33–37.

Tetteh, J., Fordjour, G., Ekem-Ferguson, G., Yawson, A. O., Boima, V., Entsuah-Mensah, K., Biritwum, R., Essuman, A., Mensah, G., & Yawson, A. E. (2020). Visual impairment and social isolation, depression and life satisfaction among older adults in Ghana: Analysis of the WHO's Study on global AGEing and adult health (SAGE) Wave 2. BMJ Open Ophthalmology, 5(1), e000492. https://doi.org/10.1136/bmjophth-2020-000492

Turner, J. C., Hogg, M. A., Oakes, P. J., Reicher, S. D., & Wetherell, M. S. (1987). Rediscovering the Social Group: A Self-Categorization Theory.

Unadev. (2024). Enquête auprès des Français sur le rapport à la santé de leurs yeux et les préjugés à l'égard du handicap visue.

Weygand, Z. (2009). The blind in French society from the Middle Ages to the century of Louis Braille (E.-J. C. Cohen, Tran.). Stanford University Press. https://doi.org/10.1515/9780804772389

Whiteman, M., & Lukoff, I. (1964). A Factorial Study of Sighted People's Attitudes toward Blindness. The Journal of Social Psychology, 64(2), 339–353. https://doi.org/10.1080/00224545.1964.9919572

Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. American Journal

of Community Psychology, 23(5), 581–599. https://doi.org/10.1007/BF02506983

Résumé

Le handicap visuel constitue un objet de représentation sociale tensionnelle, dans lequel se jouent des enjeux identitaires et normatifs liés au bien-être. Alors que la littérature scientifique documente peu les représentations professionnelles du bien-être des personnes en situation de handicap visuel en contexte médico-social, cette étude cherche à comprendre en quoi les représentations professionnelles du bien-être psychosocial en SAMSAH rejoignent ou diffèrent de l'expérience vécue des personnes accompagnées. Cette recherche qualitative repose sur une triangulation des données (entretiens semi-directifs, focus group, observations participantes et analyse documentaire) analysées selon une approche thématique. Les résultats mettent en évidence des convergences mais aussi des tensions. Professionnels et usagers envisagent le bien-être comme un état multidimensionnel inscrit dans une temporalité, dans lequel la dimension sociale, notamment le lien, la reconnaissance, l'utilité occupe une place centrale, et le SAMSAH jouant un rôle médiateur. Une tension relative à l'autonomie traverse aussi les discours. Chez les professionnels, elle est surtout pensée comme un objectif à atteindre. Les usagers, eux, l'abordent à partir de leur quotidien, autour de la fatigue, de l'isolement social ou du besoin d'utilité sociale. Cette question de l'autonomie structure les rapports intergroupes entre professionnels (aidants et voyants) et usagers (aidés et non-voyants). Dans ce contexte, la canne blanche et certaines technologies de compensation du handicap deviennent des supports identitaires. Les discours autour du bien-être varient selon les positions sociales, l'expérience vécue du handicap et le contexte institutionnel. Ces résultats montrent l'intérêt d'un accompagnement davantage centré sur l'expérience vécue des usagers. Des propositions d'accompagnement sont formulées dans cette perspective.

Mots-clés : handicap visuel ; bien-être psychosocial ; représentations sociales ; identité sociale ; SAMSAH.

Abstract

Visual disability constitutes a socially tension-filled representational object, involving identity-related and normative issues linked to well-being. While the scientific literature provides limited documentation on professional representations of the well-being of people with visual impairments in medico-social settings, this study seeks to understand how professional representations of psychosocial well-being within SAMSAH converge with or differ from the lived experiences of service users. This qualitative study draws on data triangulation, combining semi-structured interviews, a focus group, participant observations and documentary analysis. The material was examined through a thematic approach. The results reveal both areas of convergence and points of tension. Professionals and service users describe well-being as a multidimensional experience that evolves over time. In their accounts, the social dimension occupies a central place, particularly through social connection, recognition and the role played by the SAMSAH in supporting these processes. A recurring tension also appears around the notion of autonomy. For professionals, autonomy is mainly understood as an objective to be supported or achieved. For service users, however, it is described more in relation to everyday life, especially through experiences of fatigue, isolation and the need to feel socially useful. This tension also seems to shape intergroup relations between professionals, positioned as "caregivers" and "sighted persons", and users, positioned as "supported" and "blind persons". In this context, the white cane and certain assistive technologies can become important identity markers. Overall, discourses on well-being vary according to social position, lived experience of visual impairment and the institutional context. These findings highlight the importance of support practices that remain closely connected to users' lived experiences. Several practical recommendations are therefore proposed.

Keywords: visual impairment ; psychosocial well-being ; social representations ; social identity ; SAMSAH.