

# LIGUE BRAILLE

« Etat des lieux des difficultés et analyse  
des besoins des personnes âgées de plus  
de 65 ans présentant une déficience  
visuelle »

Rapport de recherche

Khadija TAMDITI

Février 2012

# Table des matières

<b>I.- INTRODUCTION.....</b>	<b>2</b>
I.-1. CONTEXTE DE LA RECHERCHE.....	3
I.-2. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE .....	4
<b>II.- APPORTS THEORIQUES .....</b>	<b>4</b>
II.-1. LE VIEILLISSEMENT .....	4
II.-2. LE CONCEPT DE « BESOIN » .....	6
II.-3 HANDICAP VISUEL, VIEILLISSEMENT ET QUALITÉ DE VIE .....	7
II.-3.1. <i>Le concept de « qualité de vie » (réf : Handicap visuel et vieillissement, Voir demain, 2010, pp. 16-19) .....</i>	<i>7</i>
II.-3.2. <i>Qualité de vie et personnes âgées.....</i>	<i>8</i>
II.-3.3. <i>Handicap visuel, vieillissement et qualité de vie .....</i>	<i>8</i>
II.-4. ACCOMPAGNEMENT DES AÎNÉS – DIFFICULTÉS, AIDES ET SERVICES OFFERTS AUX PERSONNES ÂGÉES PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE VISUELLE .....	10
II.-4.1. <i>Vivre chez soi après 65 ans .....</i>	<i>10</i>
II.-4.2. <i>Difficultés vécues par ce public.....</i>	<i>10</i>
a. Aménagement du domicile .....	11
b. Activités de la vie quotidienne.....	11
c. Les courses.....	11
d. Déplacements extérieurs .....	11
e. Lecture/écriture .....	12
f. Loisirs et épanouissement .....	12
<b>III.- HYPOTHESES DE RECHERCHE.....</b>	<b>13</b>
<b>IV.- METHODOLOGIE.....</b>	<b>13</b>
IV.-1. CHOIX ET JUSTIFICATION DE LA MÉTHODOLOGIE (QUANTITATIVE/QUALITATIVE).....	13
IV.-2. MÉTHODE DE RÉCOLTE DE DONNÉES .....	14
IV.-3. SUJETS INTERROGÉS.....	14
IV.-3.1. CRITÈRES DE SÉLECTION .....	14
IV.-3.2. MÉTHODE DE RECRUTEMENT .....	15
IV.-3.3. PRÉSENTATION DES SUJETS OU DES RÉPONDANTS DU QUESTIONNAIRE .....	15
<b>V.- RESULTATS ET ANALYSE .....</b>	<b>16</b>
V.-1. MÉTHODE D'ANALYSE UTILISÉE .....	16
V.-2. PRÉSENTATION ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS EN LIEN AVEC L'HYPOTHÈSE PRINCIPALE ET LES DEUX SOUS-HYPOTHÈSES DE DÉPART.....	16
1. <i>Adéquation entre les besoins des personnes âgées présentant une déficience visuelle et les aides offertes en vue de favoriser le maintien à domicile .....</i>	<i>16</i>
2. <i>Communication des informations au sujet des aides et des services offerts.....</i>	<i>21</i>
3. <i>Services d'aide et degré de satisfaction des personnes âgées présentant une déficience visuelle.....</i>	<i>22</i>
4. <i>La question de l'apparition du handicap visuel et des problèmes de santé associés .....</i>	<i>25</i>
5. <i>Reconnaissance ou non par PHARE .....</i>	<i>26</i>
<b>VI.- CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>28</b>
<b>VII.- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>31</b>
<b>VIII.- ANNEXES .....</b>	<b>32</b>

## **I.- INTRODUCTION**

En Belgique, on compte près de 2,5 millions de personnes âgées. Les prévisions démographiques indiquent que ce chiffre augmentera encore davantage dans les années à venir. Il est d'ailleurs observé que les autorités politiques débattent régulièrement au sujet de cette question. La pérennisation des pensions ou le soutien aux soins de santé sont au cœur des préoccupations. Dans ce contexte, associé à ces questions essentielles, il s'agit, selon nous, de placer également toute son attention sur une certaine qualité de vie. Les personnes âgées de plus en plus nombreuses doivent bénéficier d'une existence la plus épanouissante possible, quel que soit leur état de santé ou leurs difficultés dans leur vie quotidienne.

En effet, bon nombre de personnes âgées se trouvent confrontées à des maladies qui les affectent. Parmi celles-ci, se retrouvent notamment des pathologies visuelles qui aboutissent à une malvoyance ou à la cécité. Ces personnes se voient diminuées dans leurs capacités et se retrouvent donc en situation de handicap. Pour qu'elles puissent vivre de manière la plus épanouie possible, il s'agit d'apporter toute l'aide nécessaire.

Ainsi, la présente étude s'associe pleinement aux principes de la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées des Nations Unies qui dit dans son article 19 :

*« Autonomie de vie et inclusion dans la société.*

*Les États Parties à la présente Convention reconnaissent à toutes les personnes handicapées le droit de vivre dans la société, avec la même liberté de choix que les autres personnes, et prennent des mesures efficaces et appropriées pour faciliter aux personnes handicapées la pleine jouissance de ce droit ainsi que leur pleine intégration et participation à la société, notamment en veillant à ce que :*

*A. Les personnes handicapées aient la possibilité de choisir, sur la base de l'égalité avec les autres, leur lieu de résidence et où et avec qui elles vont vivre et qu'elles ne soient pas obligées de vivre dans un milieu de vie particulier;*

*B. Les personnes handicapées aient accès à une gamme de services à domicile ou en établissement et autres services sociaux d'accompagnement, y compris l'aide personnelle nécessaire pour leur permettre de vivre dans la société et de s'y insérer et pour empêcher qu'elles ne soient isolées ou victimes de ségrégation;*

*C. Les services et équipements sociaux destinés à la population générale soient mis à la disposition des personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres, et soient adaptés à leurs besoins. »*

## **I-1. Contexte de la recherche**

D'après les chiffres dont nous disposons<sup>1</sup>, environ 75% des personnes malvoyantes ont plus de 65 ans, sans oublier que le risque de cécité augmente également avec l'âge. Cette réalité s'observe dans tous les pays industrialisés. En moyenne, la Ligue Braille enregistre 700 nouvelles demandes par an. Parmi celles-ci, 67% ont plus de 65 ans et 45% plus de 80 ans. Sur base de ces chiffres, il est indispensable de prendre en compte cette réalité de terrain, d'autant plus que ce nombre se verra inévitablement augmenter au fil des années.

Dans ce contexte, nous avons souhaité mener une étude, subventionnée par le collège de la Commission communautaire française et soutenue par la Ministre de la Commission communautaire française en charge de la politique des personnes handicapées, Evelyne Huytebroeck. L'objectif est de réaliser une sorte d'état des lieux dans le but de mettre à jour la réalité des personnes âgées de plus de 65 ans présentant une déficience visuelle. Nous avons souhaité mesurer le degré de satisfaction des personnes âgées concernant les aides et services offerts et de mettre en évidence leurs éventuelles difficultés.

La présente recherche se focalise sur la manière dont les personnes âgées répondent aux difficultés supposées en raison de l'âge et de la déficience visuelle : ménage, courses, déplacement, accès à la lecture et à l'écriture, sans oublier l'accès à des activités de loisirs. Nous supposons que le degré de satisfaction varie en fonction de différents paramètres : degré de gravité du handicap, moyens dont dispose la personne pour pallier à ses difficultés et réseau relationnel sur lequel elle peut compter.

Rappelons ici que le handicap se définit en intégrant tant les paramètres liés à la santé que les facteurs environnementaux. Ainsi, la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) aborde l'invalidation comme une interaction entre les potentialités d'un individu et son environnement en précisant le rôle des facteurs environnementaux.

Les précédent trois axes d'identification du handicap (les déficiences, les incapacités, les désavantages), sont remplacés par les quatre catégories suivantes :

- Fonction organique (fonction mentale, sensorielle, digestives etc.), c'est-à-dire le domaine de fonctionnement corporel.
- Structure anatomique (structure du système nerveux, structure liée au mouvement...) qui situe l'organisation physique en jeu.
- Activité et participation (activité de communication, de mobilité...) qui identifient les fonctionnements concernés.
- Facteurs environnementaux (produit et système technique, soutien et relation...) qui sont reliés aux facteurs extérieurs potentiellement handicapants.

---

<sup>1</sup> Cécile DELCOURT, « Vieillesse, âge et santé », *Actualité et dossier en santé publique*, 1997, vol. 21, n° 12, pp. 20-22.

## **I.-2. Objectifs de la recherche**

L'objectif de la présente étude est double, à savoir :

- réaliser, à partir de références théoriques, un état des lieux concernant les difficultés quotidiennes rencontrées par les personnes âgées d'au moins 65 ans présentant une déficience visuelle et de mettre en évidence les moyens existants permettant de rencontrer les attentes de ce public ;
- Mettre en évidence le degré de satisfaction des personnes âgées d'au moins 65 ans présentant une déficience visuelle concernant un ensemble d'aides et de services offerts.

## **II.- APPORTS THEORIQUES**

### **II.-1. Le vieillissement**

« Finalement, qu'entend-on par « une personne âgée » ? Est-ce uniquement le nombre d'anniversaires accomplis qui définit la personne comme étant âgée et dans ce cas, est-on « âgé » à 60, à 75 ou à 90 ans ? Est-ce le fait de ne plus faire partie de la population active, de ne plus exercer une activité professionnelle ? Mais alors, le prépensionné, est-il âgé à 52 ans, alors qu'il a, à ce moment, une espérance de vie d'environ trente ans encore, période aussi voire plus longue que sa carrière professionnelle ? Est-ce l'état de santé générale et l'absence d'affections « handicapantes » ? Mais alors, les personnes handicapées deviennent-elles âgées au moment où leur handicap se manifeste ? Est-ce la vivacité et la mobilité physique et mentale ? » Ces quelques mots se trouvant dans le bulletin trimestriel « La Canne Blanche » de la Ligue Braille paru en 2000 (n°2, pp.3-4) illustrent bien que le « vieillissement » est un terme complexe.

Le vieillissement est défini par R. FONTAINE (2007, p.3) comme étant « l'ensemble des processus [...] que subit un organisme après sa phase de développement ». Toujours selon cet auteur, le vieillissement n'est pas synonyme de vieillesse qui « caractérise un groupe d'âge particulier, celui des personnes de plus de 60 ans » (p.4). Les effets du vieillissement, pour des raisons encore obscures, ne sont pas homogènes. Tout d'abord, les personnes âgées sont très disparates. Nous ne sommes pas égaux devant le vieillissement. La déchéance côtoie la bien-portance et de nombreuses recherches se consacrent à l'heure actuelle à une meilleure compréhension de cette hétérogénéité entre les âgés. Ensuite, tous nos organes et toutes nos fonctions psychologiques ne vieillissent pas au même rythme. Certains résistent au vieillissement, voire se montrent plus performants avec l'âge, alors que d'autres déclinent voire subissent un processus pathologique.

Quoi qu'il en soit, qu'il soit normal ou pathologique, le vieillissement est un phénomène dont les retentissements biologiques, psychologiques, sociaux sont étroitement liés.

**Au niveau biologique**, le vieillissement s'accompagne d'une diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme. D'une façon générale, cette altération est la plus manifeste dans les situations qui mettent en jeu les réserves fonctionnelles (effort, stress, maladies aiguës). Cette diminution des réserves fonctionnelles induit une réduction de la capacité de

l'organisme à s'adapter aux situations d'agression. De même, plusieurs systèmes de régulation de paramètres physiologiques (respiratoires, circulatoire, etc.) s'avèrent moins efficaces chez le sujet âgé.

Par ailleurs, au niveau du vieillissement pathologique, la personne âgée voit aussi apparaître des maladies invalidantes qui viennent renforcer la dépression psychologique que la personne âgée peut connaître. Parmi ces maladies, il y a la démence (dégradation progressive et irréversible des fonctions intellectuelles supérieures, liée à une atteinte cérébrale organique et qui retentit sur la vie sociale) qui entraîne une série de troubles (mémoire, langage, reconnaissance des choses et des personnes,...) ; la maladie d'Alzheimer (état démentiel présénile) qui s'aggrave de manière progressive.

**Au niveau psychologique**, il est difficile de distinguer les modifications psychologiques directement induites par le vieillissement, de celles accompagnant parfois les conséquences de celui-ci. Toutefois, certains changements se dégagent comme affectant la dimension cognitive et émotionnelle dans le cadre du vieillissement normal.

Au plan *cognitif*, le vieillissement normal renvoie à une diminution des performances mnésiques sans retentissement sur la vie quotidienne, un trouble modéré de la mémoire de travail voire de la mémoire épisodique (la mémoire immédiate et sémantique toujours intactes) ; une compensation par des moyens mnémotechniques, une diminution de l'attention partagée ainsi qu'une diminution de l'aptitude à s'adapter aux situations nouvelles.

Au plan *émotionnel*, le vieillissement peut s'accompagner de l'émergence de sentiments multiples comme par exemple l'inutilité, la sensation d'être une charge pour les autres (à laquelle échapperont plus facilement des grands-parents très sollicités pour garder leurs petits-enfants), la solitude et l'abandon la sensation de posséder un corps devenant incontrôlable. Trois aspects se dégagent : la personne âgée tend vers une maîtrise passive de l'environnement, une réduction de son activité et une préoccupation grandissante de son monde intérieur (égocentrisme). On observe classiquement un désinvestissement de la réalité extérieure et un investissement de soi (LECUYER, 1994 ; LEGER, J.-M., TESSIER, J.-F., MOUTY, M.-D., 1989), accentués par l'approche de la mort (CARADEC, 2004).

**Au niveau social** et donc de son environnement, la personne âgée connaît une période de ruptures successives avec la retraite associée à la perte du statut social ; le remaniement de la vie familiale (les enfants s'occupent de leurs parents) et l'éclatement de la famille et des relations proches (deuils du conjoint, des amis,...). En outre, le vieillissement du corps transforme l'image offerte à autrui et à soi-même, ce qui peut entraîner une altération des sentiments de l'estime de soi, de l'image de soi.

La dépression peut être fréquente chez la personne âgée. Elle peut être le point de convergence de tous ces chamboulements sur plusieurs plans. La dépression renvoie à des pathologies qui comportent au premier plan un sentiment de tristesse. La dépression est la rupture de l'équilibre psychique. Ce sentiment est dû à un bouleversement survenu dans la vie relationnelle, affective ou intellectuelle. La dépression de la personne âgée peut se caractériser par : une asthénie prédominante le matin, les gestes deviennent impossibles ; un ralentissement psycho-moteur et affectif ; une attitude alimentaire modifiée et un trouble de l'humeur, trouble du caractère.

Pour terminer, développons quelque peu un concept intéressant, à savoir celui de « résilience ». La résilience est un processus par lequel un individu interagit avec son environnement pour produire une évolution donnée. Les personnes résilientes font face aux traumatismes de leur vie en puisant dans leur propre potentiel de créativité et d'adaptation. Les facteurs de résilience sont la solidarité, l'opportunité de s'impliquer, l'entraide.

Toutes ces dimensions du vieillissement exposées ici brièvement montrent toute l'importance à considérer et être attentif à la prise en charge des personnes âgées. Il s'agit de respecter et préserver l'image de la personne (ex : choisir des vêtements lui appartenant et facile à passer), de procurer des soins et d'offrir des aides variées, équilibrées et adaptées en fonction du handicap, en s'adaptant au mode de vie de la personne. Il s'agit aussi de l'inscrire dans un projet de vie qui sert à maintenir un sentiment d'existence, une dignité et une certaine qualité de vie. Ce projet de vie doit se référer à l'histoire de vie de la personne âgée tout en lui laissant son intimité.

A ce propos, soulignons les constats évoqués par les collaborateurs de notre association travaillant avec les personnes âgées présentant une déficience visuelle.

En plus de cette déficience, ce public présente souvent d'autres pathologies occasionnant par exemple des problèmes de mobilité, de mémoire, de surdité qui nécessitent à elles-seules des réponses spécifiques. Cela implique un travail de réseau important et une coordination des différents acteurs pour garantir à la personne âgée d'être prise en charge dans sa globalité.

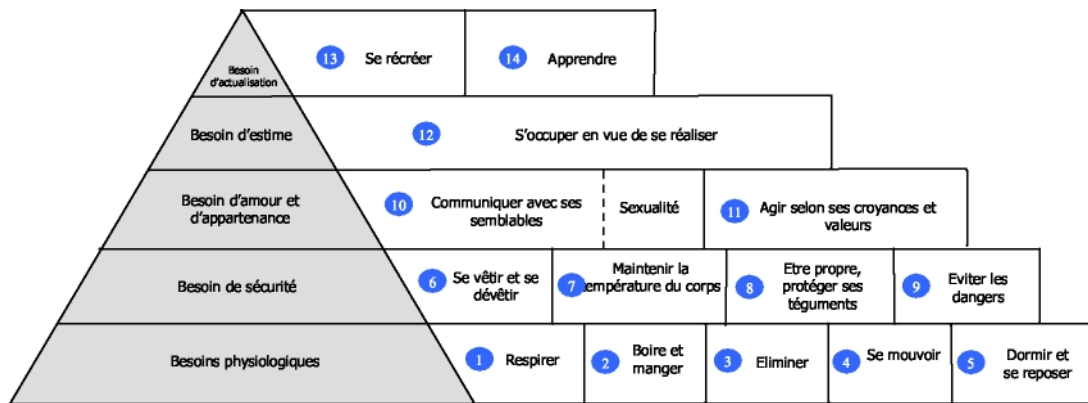
Etant donné l'existence de services d'aide et de soin, les personnes âgées peuvent, malgré une certaine dépendance, continuer à vivre à domicile. Mais ce choix de vie implique pour les professionnels une plus grande prise en charge sur le plan des aides, au niveau socio-administratif, au niveau psychologique, surtout vis-à-vis des personnes seules et n'ayant pas d'appui parmi les proches. Les professionnels sont parfois les seules personnes de confiance pour les personnes âgées et doivent gérer des aspects qui dépassent leur cadre de compétences.

## **II.-2. Le concept de « besoin »**

Un besoin est généralement défini sur base de données objectives. Les besoins sont donc déterminés par des experts en fonction d'une norme ou d'un standard.

Diverses approches et modèles théoriques du besoin sont proposés dont la plus connue est sans doute celle de Maslow. Selon cette approche :

- tout homme présente un certain nombre de besoins fondamentaux, qu'il soit malade ou en bonne santé ;
- ces besoins peuvent être hiérarchisés et doivent être appréhendés dans une approche systémique (pyramide des besoins de Maslow selon cinq niveaux) ;
- ces besoins recouvrent des dimensions biologiques, physiologiques, psychologiques, sociales, culturelles et spirituelles.



**Graphe de Sarojini PILLAY, 02.02.02.** La notion de besoin est utilisée pour désigner l'ensemble des éléments nécessaires à un être humain pour vivre, que cette nécessité soit consciente ou non. Le besoin non rencontré engendre chez l'être humain une sensation de manque, d'inconfort, de privation et plus globalement d'insatisfaction à résoudre. Les besoins sont souvent exprimés et présentés en termes de « manques », de « nécessités » ou de « difficultés à ».

## II.-3 Handicap visuel, vieillissement et qualité de vie

II.-3.1. Le concept de « qualité de vie » (réf : Handicap visuel et vieillissement, Voir demain, 2010, pp. 16-19)

Le concept de qualité de vie est complexe et possède une multitude de définitions. Il y a cependant un consensus sur certaines caractéristiques :

- la multidimensionnalité, qui concerne le bien-être physique (état de santé et capacités fonctionnelles) et le bien-être psychique, social, émotionnel, spirituel ;
- la subjectivité, la perspective du patient, sa perception cognitive et émotionnelle de la situation opposée à l'objectivité, le lien qui est fait avec les normes sociales ;
- la valence positive ou négative sous forme d'échelles centrées plutôt sur les pertes ;
- la variabilité intra et interindividuelle associée au bien-être, à la satisfaction envers la vie, à l'estime de soi.

Les qualités attribuées au concept de « qualité de vie » sont en général : le sentiment de satisfaction envers la vie, l'état de bien-être physique, psychique, social et spirituel, un état fonctionnel satisfaisant, le sentiment qu'on contrôle sa vie, les occupations valorisantes.

Evaluer la qualité de vie n'est pas évident. Mais il est nécessaire de le faire :

- pour quantifier les symptômes, pour apprécier leur retentissement psychologique, social, familial, professionnel sur les activités de la vie quotidienne ;



- pour dégager les stratégies diagnostiques et thérapeutiques afin d'adapter les programmes ;
- pour comparer les méthodes et évaluer les résultats thérapeutiques.

On reste malgré tout confronté à plusieurs contraintes : la capacité de refléter les domaines qui contribuent à une vie pleine et entière dans la prise en considération des contextes physiques, sociaux, culturels importants pour la personne et la nécessité d'intégrer certains indicateurs fondamentaux comme le bien-être émotionnel, les relations interpersonnelles, le bien-être matériel, le développement personnel, le bien-être physique, l'autodétermination, l'inclusion sociale, les droits. Il est nécessaire d'associer approche objective et subjective.

Les questionnaires auto-administrés ou administrés par un tiers donnent une possibilité d'investiguer deux grands domaines : l'humeur de l'état psychologique d'une part, l'état émotionnel et mental de bien-être, les activités sociales, la satisfaction globale, la perception qu'à la personne de son état de santé, et les activités de la vie quotidienne d'autre part. D'autres domaines connexes (douleur, sommeil, état cognitif, satisfaction sexuelle) peuvent aussi parfois être explorés.

### II.-3.2. Qualité de vie et personnes âgées

Pour évaluer la qualité de vie chez les personnes âgées, il s'agit de prendre en compte plusieurs éléments. Certains sont objectifs comme l'état de santé physique, les capacités fonctionnelles et les activités physiques possibles, l'état mental (anxiété, dépression), le statut social, environnemental et relationnel. D'autres sont subjectifs dans le sens où ils concernent la douleur, le moral, le domaine psycho-affectif (état de satisfaction, estime de soi), etc.

Il existe un lien entre le bien-être social et la perception de son état de santé par la personne : les contacts sociaux se font plus rares et sont insatisfaisants, le réseau social est plus restreint et il y a un faible niveau de support social instrumental et fonctionnel. A partir de 75 ans, les personnes sont plus nombreuses à rendre compte d'une situation défavorable dans ce domaine.

Le taux d'hébergement en maison de repos croît fortement avec l'âge, de même que la consommation en soins infirmiers à domicile.

### II.-3.3. Handicap visuel, vieillissement et qualité de vie

Le handicap visuel a de nombreux impacts sur la qualité de vie des personnes, et plus particulièrement chez les personnes âgées, d'autant plus si le handicap visuel apparaît tard.

En effet, sont à relever : une diminution des performances dans la vie quotidienne, un retentissement psychique et impact psychosocial des affections rétinienne, un taux de dépression plus important que chez les personnes âgées non déficientes visuelles, une mortalité plus élevée chez les personnes déficientes visuelles entre 70 et 75 ans.

Les personnes ayant eu leur déficience visuelle durant l'enfance ou durant l'âge adulte ont pu plus aisément développer des techniques de compensation qu'elles auront intégrer à leur vie quotidienne. Les difficultés d'adaptations se feront donc moins sentir.

Il est important d'évoquer ici les quatre maladies oculaires les plus importantes qui ont en commun le facteur de risque de l'âge. Les plus grandes causes de cécité sont la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), le glaucome, la rétinopathie diabétique et la cataracte.

La **DMLA** (Dégénérescence maculaire liée à l'âge) est une pathologie qui perturbe la vision centrale, la vision périphérique est en général préservée. Extrêmement gênante dans la vie de tous les jours, la perte de la vision centrale perturbe les activités telles que regarder la télévision, conduire, coudre ou lire. Le symptôme correspond à la déformation des lignes droites. Ce symptôme passe souvent inaperçu car l'œil sain compense la perte visuelle de l'œil atteint. Au niveau de *l'évolution* de la maladie, il y a l'apparition de taches sombres au centre du champ visuel qui finissent par obstruer la vision centrale. La vision périphérique est cependant préservée. Au niveau des *facteurs à risque*, il y a l'âge, l'hérédité, l'origine ethnique, une alimentation déséquilibrée et le tabagisme. Comment *traiter* la DMLA ? Pour la forme 'humide', qui évolue rapidement, il existe un traitement au laser et des injections qui ralentissent la maladie et qui dans certains cas permettent de récupérer la vision. Pour la forme 'sèche' qui est la plus fréquente, il n'existe malheureusement aucun traitement.

Le **glaucome**, quant à lui, est dû à une augmentation de la pression intraoculaire. Le liquide présent dans la partie avant de l'œil ne parvient pas à s'évacuer normalement. Cette pression excessive détruit le nerf optique, ce qui se traduit par une perte de la vision périphérique. Le glaucome *chronique* est insidieux, car il est indolore et il s'installe discrètement, sans qu'on s'en aperçoive. La forme *aiguë* est plus rare, mais soudaine et douloureuse. Cette dernière nécessite une intervention chirurgicale. Au niveau de *l'évolution* du glaucome, cette maladie peut, sans traitement, mener à la cécité. Les *facteurs à risque* sont l'âge (à partir de 45 ans), l'existence de cas dans la famille, la consommation excessive de café et de tabac. Au niveau du *traitement*, afin de réduire la pression intraoculaire, il est nécessaire de mettre tous les jours des gouttes dans les yeux. Un traitement au laser permet aussi un meilleur écoulement de l'humeur aqueuse. In fine, une intervention chirurgicale peut être envisagée.

La **rétinopathie diabétique** apparaît lorsque l'excès de sucre dans le sang endommage les petits vaisseaux qui approvisionnent la rétine en nutriments et en oxygène. Cette maladie est une cause importante de cécité dans le monde industrialisé. Les différents *symptômes* sont les suivants : diminution de l'acuité visuelle, perte de la vision des détails, taches noires ou points lumineux dans le champ visuel. Sur le plan de son *évolution*, la perte visuelle est souvent progressive et lente mais elle peut aussi survenir brutalement en cas d'hémorragie dans le corps vitré. Les *facteurs à risque* : l'ancienneté du diabète et son instabilité favorisent le développement de la rétinopathie diabétique. En cas de dépistage précoce, la maladie peut être correctement *traitée*. La technique utilisée est la photocoagulation, un traitement au laser qui fait disparaître les vaisseaux sanguins anormaux.

Enfin, la **cataracte** est très fréquente à partir de 60 ans. Elle est généralement le résultat du processus normal du vieillissement. La cataracte constitue la première cause de malvoyance dans le monde et de cécité dans le tiers-monde. Cette maladie peut aussi avoir d'autres causes que le vieillissement : autres maladies visuelles, diabète, corps étranger dans l'œil, coup reçu sur l'œil, tabagisme, alimentation déséquilibrée,... Les *symptômes* de la cataracte sont une

impression de brouillard permanent, résultat d'une opacification du cristallin. Avec *l'âge*, les protéines contenues dans le cristallin ont tendance à s'oxyder, ce qui l'opacifie. Les *facteurs à risque* : l'âge, l'exposition au soleil, le tabagisme, le diabète, les accidents de travail. Au niveau du *traitement*, l'intervention chirurgicale est le seul traitement possible. Elle consiste à remplacer le cristallin par un cristallin artificiel.

## **II.-4. Accompagnement des aînés – difficultés, aides et services offerts aux personnes âgées présentant une déficience visuelle**

### **II.-4.1. Vivre chez soi après 65 ans**

Le souhait de la plupart des personnes est de continuer à vivre chez elles le plus longtemps possible. Vivre chez soi, c'est « continuer à gérer sa propre vie et continuer à faire ses propres choix à propos de ce qui concerne son environnement intime et quotidien tels que : l'heure où l'on mange, où l'on se lève, où l'on se couche, où l'on reçoit de la visite, où l'on se lave, où l'on se promène, etc., autrement dit, la façon de vivre. En outre, le souhait de vivre chez soi est aussi lié au maintien des liens familiaux et amicaux lorsqu'ils existent et qu'ils sont souhaités.

Traditionnellement, le seuil fixé pour la catégorie de personnes âgées est fixé à 65 ans. Cela s'explique principalement par l'âge auquel les personnes quittent la vie active. Actuellement, on pourrait remettre cet âge en question en tenant compte de la fluctuation de l'âge de la retraite et de l'augmentation de l'espérance de vie qui offre aux individus de vivre en bonne santé plus longtemps. L'âge de 65 ans n'est donc pas synonyme de « fin de vie » !

Selon l'atlas des besoins et des acteurs à Bruxelles « Vivre chez soi après 65 ans édition 2007 », environ 184 000 personnes de plus de 60 ans vivent à leur domicile en Région bruxelloise. Entre 75 et 79 ans, ils sont 95% dans ce cas. Ils sont 74% entre 85 et 89 ans, 55% entre 90 et 94 ans et 19% au-delà de cet âge.

Bien qu'on constate que la population bruxelloise compte plus de jeunes que dans les autres régions, cet atlas met en évidence le fait que proportionnellement à la Flandre et à la Wallonie, la Région bruxelloise compte plus de personnes de plus de 85 ans, âge où les besoins d'aides et de services sont davantage nécessaires. On constate également que la Région compte plus de personnes isolées.

Par ailleurs, l'avenir nous impose une importante vigilance. D'après les observations, les personnes qui approchent des 65 ans sont actuellement en moins bonne santé. En effet, l'enquête socio-économique de 2001 met en évidence que 20% des personnes de 60 ans et plus, soit 33000 personnes, sont sévèrement limitées dans leurs activités quotidiennes.

### **II.-4.2. Difficultés vécues par ce public**

Continuer à vivre dans sa maison en cas de perte de mobilité ou en situation de handicap est un souhait partagé par beaucoup, que la personne soit âgée ou non. Mais cela nécessite bon nombre de moyens de compensation et de la rééducation.

De manière générale, selon les données du PSBH (Panel Studie van Belgische Huishoudens) (données de 2001: n = 2.268, voir Casman et Mortelmans, 2005), les personnes de 65 ans et

plus préfèrent rester chez elles en combinant aides de proches et de professionnels (39,9 %) ou en ne recourant qu'à des professionnels (29,2 %), en cas de besoin. La solution « aide de proches uniquement » est moins souvent plébiscitée (8,6%) et la perspective d'une cohabitation intergénérationnelle est rarement envisagée (6,2 %). Il semble que les personnes âgées interrogées préfèrent encore être placées en institution (13,4%) plutôt que dépendre de leurs enfants.

#### a. Aménagement du domicile

L'aménagement du domicile est souvent préconisé pour les personnes âgées ou en situation de handicap, ce qui est financièrement difficile voire impossible pour certains. En effet, les personnes âgées présentant une déficience visuelle cumulent les difficultés. Outre des problèmes d'équilibre, de chutes, la difficulté de monter des escaliers, à réaliser des gestes de grande précision,... ce public se voit en plus confronté à d'autres problèmes, tels que par exemple la perte partielle ou totale de la vision qui nécessite un réapprentissage afin de se déplacer en sécurité, se repérer dans la maison, de retrouver les objets.

#### b. Activités de la vie quotidienne

Les tâches ménagères et les repas sont également des tâches difficiles à réaliser. D'abord de par la nature éprouvante de certaines d'entre elles (nettoyage), mais en plus, par le manque de vision fine et globale. En effet, la personne doit compter sur d'autres sens, eux-mêmes défaillants dans certains cas, pour réaliser ces activités, ce qui a pour effet un ralentissement de la dite activité et l'impossibilité de vérifier la qualité du travail effectué.

De nombreux opérateurs existent pour venir en aide à cette population, à savoir : les équipes multidisciplinaires mises en place par les services d'aide et de soins à domicile (aides-familiales, aides-ménagères, infirmiers, kinésithérapeutes, service de livraison de repas à domicile). Il s'agit néanmoins d'attirer l'attention sur la multitude d'acteurs gravitant autour de ces dernières : associations, mutuelles, CPAS,... pouvoirs subsidiaires différents (404 acteurs recensés) à Bruxelles. Par ailleurs, le manque de coordinations entre des professionnels de structures différentes oblige les proches, lorsqu'ils sont présents, à devoir jouer ce rôle.

#### c. Les courses

Faire ses courses lorsqu'on est âgé n'est pas simple non plus. Les personnes âgées aveugles ou malvoyantes connaissent des difficultés supplémentaires : problème de mobilité et difficulté ou impossibilité de retrouver les produits souhaités.

#### d. Déplacements extérieurs

La vision joue un rôle essentiel dans les déplacements. Le fait d'être âgé et avec des problèmes de vue implique bon nombre d'obstacles à franchir. Parmi ceux-ci, relevons les problèmes d'équilibre, l'irrégularité des trottoirs, une insécurité plus grande lors des journées d'hiver, l'absence de repères autres que visuels, les escaliers des métros, l'impossibilité de lire les noms de rue ou numéro des transports en commun,...

#### e. Lecture/écriture

Nos sociétés sont fortement basées sur la lecture et l'écriture. Avoir des difficultés dans ce domaine accroît inévitablement la nécessité de recourir à des tierces personnes.

Pour pallier à ces difficultés, des solutions totales ou partielles peuvent être trouvées grâce aux services d'aide à domicile ou aux services sociaux, par la réadaptation et les aides techniques.

Ainsi, les aides techniques peuvent apporter une solution dans bon nombre de domaines. Si la personne peut être reconnue par le service PHARE, celui-ci pourra intervenir dans l'achat de ces aides. Malheureusement, rappelons que ce service n'est pas accessible aux personnes dont le handicap apparaît après l'âge de 65 ans. De même, si une personne a un handicap avant 65 ans et est reconnue, elle ne pourra pas bénéficier d'une aide découlant d'un autre handicap qui serait apparu après 65 ans. Citons par exemple une personne ayant un handicap moteur. Il jouira de toute une série d'aides en lien avec sa déficience. Si après 65 ans, une autre maladie telle qu'une pathologie visuelle apparaît, il ne pourra pas bénéficier d'aides matérielles en lien avec cette nouvelle déficience.

#### f. Loisirs et épanouissement

L'année européenne 2012 sera consacrée au vieillissement actif. Ainsi, consciente des questions que pose l'allongement de l'espérance de vie, l'Europe voudrait faire évoluer les mentalités, les valeurs et les attitudes des européens face aux seniors. Quatre champs d'actions sont prévus : l'employabilité des seniors, la participation à la vie sociale, le vieillissement en bonne santé et la solidarité entre les générations.

La participation à la vie sociale devrait donc être maintenue et favorisée par des actions facilitant la présence aux activités culturelles, d'éducation ou de loisirs. Or, l'expérience de terrain met en évidence des obstacles qui empêchent ou rendent difficile l'accès à des activités. Citons par exemple les difficultés de mobilité et la perte des êtres chers.

### **III.- HYPOTHESES DE RECHERCHE**

L'hypothèse principale est la suivante :

**Une réponse adéquate aux attentes des personnes âgées présentant une déficience visuelle favorise le maintien à domicile ou, autrement dit, retarde l'entrée en maison de repos.**

Par réponse adéquate, nous entendons une réponse aux besoins de chaque personne de manière singulière.

Deux sous-hypothèses ont été dégagées de la principale :

1) Communication des informations au sujet des aides et des services offerts

*Certains services et aides pouvant répondre aux besoins et attentes des personnes âgées aveugles et malvoyantes ne sont pas suffisamment connus de cette population (absence d'informations, communication insuffisante, etc.).*

2) Adéquation des aides et des services offerts

*Certains services et aides existants ne sont pas adaptés aux besoins spécifiques des personnes âgées aveugles et malvoyantes.*

### **IV.- METHODOLOGIE**

#### **IV.-1. Choix et justification de la méthodologie (Quantitative/Qualitative)**

Notre méthodologie repose sur l'une des grandes catégories de méthodes d'analyse des informations, à savoir l'analyse statistique des données (traitement d'enquête) et plus spécifiquement avec les tableaux d'inférence.

Dans ce cas, les données à analyser ont été spécialement récoltées pour les besoins de la recherche à l'aide d'une enquête par questionnaire. Ainsi, les analyses sont plus approfondies car les données sont plus complètes. Cette méthode d'analyse repose sur l'étude des corrélations entre informations susceptibles d'être exprimées en variables quantitatives.

Des éléments plus qualitatifs (questions ouvertes dans le questionnaire) ont également été utilisés mais sans analyse qualitative approfondie (grille d'analyse, etc.).

## **IV.-2. Méthode de récolte de données**

Dans cette recherche, deux outils ont été utilisés, à savoir un questionnaire (questions fermées et ouvertes, voir annexe 1) et l'organisation d'un focus groupe.

Afin d'augmenter la chance d'obtenir un taux de réponses conséquent, différents moyens ont été mis en place, à savoir :

- rédaction de la lettre d'accompagnement et du questionnaire en grands caractères, de manière claire et concise (en grands caractères, le questionnaire comporte 12 pages recto-verso) ;
- ajout d'une enveloppe pré-adressée et préaffranchie dans le courrier ;
- Information et aide des différents services de la Ligue Braille en contact avec ce public.

Quant au focus-groupe, il s'agissait d'intégrer les personnes âgées à nos réflexions pour l'élaboration des recommandations. Nous voulions organiser un groupe réunissant des personnes intéressées par le sujet. Six personnes y ont participé. Nous avons organisé deux rencontres le 30 novembre et le 1er décembre 2011 afin de répondre à des exigences de faisabilité (disponibilité des participants). Le premier groupe se composait de 4 personnes, le second de 2 personnes. La durée des séances fut de 1h30. Les questions portaient sur les différents items du questionnaire et plus précisément sur la manière dont chacun avaient ou non recours aux aides reçues. Nous avons parlé tant du contenu des aides que de l'information au sujet des aides existantes. Leurs commentaires ont été, au même titre que les commentaires émis dans les questionnaires, utiles pour nos recommandations.

Deux limites peuvent être mises en avant :

- Les questionnaires n'ont pas été remplis dans leur intégralité, ce qui fait que des données sont manquantes. Dès lors, nous avons perdu en significativité des résultats.
- Le focus groupe s'est transformé en réunion car il n'y a pas eu un nombre suffisant de participants.

## **IV.-3. Sujets interrogés**

### **IV.-3.1. Critères de sélection**

Cette étude étant commanditée par un organe de la COCOF (commission communautaire française), nous nous sommes concentrés sur les personnes de 65 ans et plus, francophones, domiciliées en Région bruxelloise.

Dans un premier temps, nous avons envoyé un questionnaire (voir annexe 1) à l'ensemble des personnes répondant à ces critères figurant dans la base de données de la Ligue Braille.

### IV.-3.2. Méthode de recrutement

Le questionnaire a été adressé par voie postale aux 1464 personnes connues de nos services.

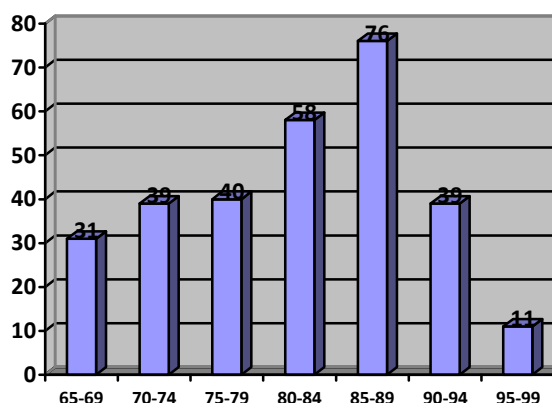
Au total, 305 formulaires ont été traités. Considérant le nombre d'enveloppe qui nous sont revenues pour cause de déménagement, décès, etc. et les formulaires qui nous sont parvenus en retard ou trop peu complétés, notre échantillon représente donc près de 25% du nombre total de personnes sollicitées.

Quant aux participants du focus-groupe, nous avons sollicité le service social et le service culturel qui travaillent plus particulièrement avec ce public. Nous avons privilégié les personnes qui vivent seules. Nous avons donc obtenu une série de noms de personnes intéressées ou potentiellement prêtes à accepter notre demande.

### IV.-3.3. Présentation des sujets ou des répondants du questionnaire

Au niveau du critère « **âge** », les sujets sont âgés de 65 ans et plus. Des catégories d'âges ont été créées par tranches de 5 ans, le pic se situant à la tranche d'âge « 85-89 ans ».

	Age
65-69 ans	31 (10,5%)
70-74 ans	39 (13,3%)
75-79 ans	40 (13,6%)
80-84 ans	58 (19,7%)
85-89 ans	76 (25,9%)
90-94 ans	39 (13,3%)
95-99 ans	11 (3,7%)
<b>Total</b>	<b>294 (100%)</b>



Au niveau du critère « **sexe** », sur 303 répondants, il y a 87 hommes (28,7%), 214 femmes (70,6%), avec deux données manquantes (0,66%). Il y a donc plus des 2/3 des sujets qui sont féminins.

Concernant le critère « **mode de vie** », la majorité des répondants vit seul. La deuxième catégorie plus importante des sujets vit avec son conjoint.

différents modes de vie (ex : seul et avec enfant).

	Age
Seul	149 (48,9%)
Avec conjoint	102 (33,4%)
Avec enfant(s)	15 (4,9%)
En institution	41 (13,4%)
Autre	4 (1,3%)
<b>Total</b>	<b>311 (101,9 %)</b>

Remarque : le total dépasse 100% car certains sujets (1,9%, soit 6 sujets) ont



## V.- RESULTATS ET ANALYSE

### V.-1. Méthode d'analyse utilisée

La méthode d'analyse a porté sur l'association statistique entre deux variables nominales. La mesure appropriée d'association de ce type de variables s'est faite à l'aide de tableaux de contingence. En d'autres termes, ce type de tableau permet de montrer l'association entre des variables qualitatives.

### V.-2. Présentation et interprétation des résultats en lien avec l'hypothèse principale et les deux sous-hypothèses de départ

Pour rappel, l'hypothèse principale est la suivante :

**Une réponse adéquate aux besoins des personnes âgées présentant une déficience visuelle favorise le maintien à domicile ou, autrement dit, retarde l'entrée en maison de repos.**

#### 1. Adéquation entre les besoins des personnes âgées présentant une déficience visuelle et les aides offertes en vue de favoriser le maintien à domicile

Dans le questionnaire, nous avons interrogé les personnes afin de connaître pour différentes tâches les dispensateurs auxquels ils ont recours.

##### A) Les tâches ménagères

	Aucune	Proches	Entourage	Aides	Associations	Institution	Autres
N Valide	28 (9,2%)	116 (38%)	45 (14,8%)	139 (45,6%)	9 (3%)	36 (11,8%)	5 (1,6%)
Manquante	2	4	4	4	4	4	4

Nous pouvons observer dans ce tableau que 45% des personnes interrogées font appel aux aides familiales, titres-services, suivi de très près par l'appel aux proches (38%). Dans une moindre mesure, les personnes interrogées font appel à l'entourage (14,8%).

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Totalement	128	42,2	48,5	48,5
	Partiellement	131	43,2	49,6	98,1
	Pas du tout	5	1,7	1,9	100,0
	Total	264	87,1	100,0	
Manquante	-8	39	12,9		
Total		303	100,0		

Ce tableau nous montre qu'en ce qui concerne les tâches ménagères, les personnes interrogées se disent totalement ou partiellement satisfaites. Les raisons évoquées par les personnes partiellement satisfaites sont les suivantes :

Les changements fréquents de personnel, la qualité du service rendu, le manque de choix dans les plages horaires proposées, le nombre insuffisant d'heures octroyées, le coût des aides....

#### B) Les courses

	Aucune	Proches	Entourage	Aides	Associations	Institution	Autres
N Valide	18 (5,9%)	185 (61,1%)	63 (20,8%)	51 (16,8%)	2 (0,7%)	23 (7,6%)	12 (4%)
Manquante	18	20	20	20	20	20	19

Dans le domaine des courses, ce tableau met en évidence le rôle joué par les proches.

Différentes raisons pourraient expliquer ces chiffres. Nous pensons qu'étant donné le nombre d'heures réduit dont dispose l'aide-familiale, les personnes leur demande de réaliser prioritairement des tâches ménagères.

Les courses peuvent plus facilement être faites avec ou par les proches car cela ne leur demande pas de consacrer du temps supplémentaire (surinvestissement).

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Totalement	137	45,2	53,9	53,9
	Partiellement	109	36,0	42,9	96,9
	Pas du tout	8	2,6	3,1	100,0
	Total	254	83,8	100,0	
Manquante	-8	49	16,2		
Total		303	100,0		

Pour les courses les personnes se disent en majorité totalement satisfaites. Celles qui le sont partiellement évoquent les difficultés suivantes : la nécessité de s'adapter aux plages de disponibilité des proches, le manque d'aides pendant leur absence temporaire, l'obligation d'accorder sa confiance à un aidant extérieur à son cercle familial (code bancaire, argent, impossibilité de vérifier le ticket de caisse...).

### C) Déplacement

	Aucune	Proches	Entourage	Aides	Associations	Institution	Minibus Stib	Taxis	Autres
N Valide	17 (5,6%)	189 (62,4%)	53 (17,5%)	25 (8,3%)	23 (7,6%)	20 (6,6%)	24 (7,9%)	110 (36,3%)	20 (6,6%)
Manquante	9	13	13	13	13	13	13	13	13

Il apparaît dans ce tableau que les proches sont les plus sollicités pour les aides aux déplacements. En seconde position, les personnes font appel aux taxis.

Etant donné que la mobilité nous semble être une des principales difficultés qu'éprouve le public interrogé, nous avons voulu savoir s'ils se déplacent fréquemment et s'ils rencontrent des freins en terme de mobilité. Si ces obstacles étaient inexistantes, se déplaceraient-ils plus fréquemment ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Non	152	50,2	55,1	55,1
	Oui	124	40,9	44,9	100,0
	Total	276	91,1	100,0	
Manquante	-8	27	8,9		
Total		303	100,0		

Au niveau de la fréquence de déplacement, une majorité de personnes soit 50,2% indiquent qu'elles se déplacent peu. Les raisons évoquées à cela sont : l'indisponibilité des proches et le fait qu'ils n'aiment pas demander constamment de l'aide. Ils n'aiment pas déranger leur entourage. Dès lors, certains se limitent aux déplacements essentiels.

Se sentent-ils freinés dans leurs déplacements ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	non	64	21,1	23,4	23,4
	oui	210	69,3	76,6	100,0
	Total	274	90,4	100,0	
Manquante	-8	29	9,6		
Total		303	100,0		

Il apparaît clairement que les personnes interrogées se sentent freinées dans leurs déplacements.

Parmi les commentaires formulés, les freins sont dûs à la difficulté de marcher, à l'état des trottoirs et la crainte des chutes, à la peur de se perdre, à la dépendance vis-à-vis de tiers que les personnes n'aiment pas constamment solliciter. Ils souhaitent ne pas être une charge pour les autres.

En ce qui concerne les transports, les personnes interrogées estiment que les taxis sont très coûteux et sont principalement une solution pour les déplacements indispensables. Certaines trouvent que les transports en commun sont mal adaptés. Par rapport à l'aide spécifique proposée par la STIB (mini-bus), les critiques formulées sont : l'obligation de réserver plusieurs jours à l'avance, le non-respect des horaires, l'offre de service largement insuffisante et inexistante en soirée et le week-end. Certains répondants déplorent également que l'offre ne soit concentrée que sur la région bruxelloise.

Si ces freins étaient inexistant, se déplaceraient-ils plus fréquemment ?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	non	87	28,7	35,2	35,2
	Oui	160	52,8	64,8	100,0
	Total	247	81,5	100,0	
Manquante	-8	56	18,5		
Total		303	100,0		

52,8% des personnes se déplaceraient plus fréquemment si les obstacles énoncés précédemment étaient moins nombreux.

## D) Communication

	Aucune	Proches	Entourage	Aides	Associations	Institution	Services sociaux généraux	Aides technique	Autres
N Valide	12 (4%)	202 (66,7%)	59 (19,5)	25 (8,3%)	11 (3,6%)	16 (5,3%)	7 (2,3%)	114 (37,6%)	28 (9,2%)
Manquante	9	13	13	13	13	13	13	13	13

Une nouvelle fois, nous constatons que les proches sont les plus sollicités. Cela peut s'expliquer par le caractère confidentiel de certains documents. La dépendance à une tierce personne pour la lecture et l'écriture affecte profondément la personne dans son autonomie. L'impossibilité de gérer soi-même les aspects administratifs procure un sentiment de dépression.

En seconde position, les personnes ont recours aux aides techniques pour accéder à la lecture et à l'écriture.

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	totalement	140	46,2	52,6	52,6
	Partiellement	118	38,9	44,4	97,0
	pas du tout	8	2,6	3,0	100,0
	Total	266	87,8	100,0	
Manquante	-8	37	12,2		
	Total	303	100,0		

Les personnes interrogées sont globalement satisfaites des aides auxquelles elles font appel.

## E) Loisirs

	Aucune	Proches	Entourage	Aides	Associations	Institution	Autres
N Valide	88 (29%)	136 (44,9%)	69 (22,8%)	8 (2,6%)	27 (8,9%)	28 (9,2%)	18 (5,9%)
Manquante	24	24	24	24	24	24	14

Les personnes interrogées font majoritairement appel à leurs proches pour les aider à pratiquer leur loisir. Cela pourrait s'expliquer soit par le fait que les activités sont exercées en présence des proches mais aussi par les difficultés liées aux déplacements.

Degré de satisfaction		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Totalement	87	28,7	43,3	43,3
	Partiellement	98	32,3	48,8	92,0
	Pas du tout	16	5,3	8,0	100,0
	Total	201	66,3	100,0	
Manquante	-8	102	33,7		
Total		303	100,0		

Ce tableau nous montre que la majorité des sujets interrogés sont partiellement satisfaits en ce qui concerne les loisirs. Cela peut s'expliquer par un réseau social défaillant, les difficultés de déplacements et le manque d'offres de loisirs adaptées aux personnes âgées présentant une déficience visuelle.

- Globalement, comme le montre le tableau figurant en annexe 2, pour toutes les aides, ce sont les dispensateurs « proches »/ « entourage » et « aides » qui ressortent le plus, à quelques exceptions près.
- Pour les tâches ménagères, le niveau de satisfaction est plus ou plus moins équivalent entre l'aide dispensée par l'association des « proches » (38,9%) avec l'entourage (17%) que celle dispensée par le service « aides ».
- Pour les courses et pour les loisirs, c'est davantage les « proches » (68% ; 58,7%) et l'« entourage » (24,2%, 27,4%) qui apporte plus de satisfaction.
- Cela va dans le même sens pour les « déplacements » (« proches » et « entoures » = 67,6% + 20,1% = 87,7%) et la « communication » (« proches » et « entoures » = 70,5% + 19,4% = 89,9%), en rajoutant spécifiquement et respectivement les « taxis » (39,8%) et les aides techniques (38,1%).

## **2. Communication des informations au sujet des aides et des services offerts**

Notre première sous-hypothèse était la suivante :

***Certains services et aides pouvant répondre aux besoins et attentes des personnes âgées aveugles et malvoyantes ne sont pas suffisamment connus de cette population***

Sur 292 répondants (95,7% de notre échantillon ; 13 réponses manquantes), 109 personnes (35,7%) ont le sentiment d'être suffisamment informées des services susceptibles de leur venir en aide. Autrement dit, 151 personnes, soit près de la moitié des personnes interrogées (49,5% de l'échantillon) ont le sentiment d'être insuffisamment informées au sujet des services d'aides mis à leur disposition.

### 3. Services d'aide et degré de satisfaction des personnes âgées présentant une déficience visuelle

Notre seconde sous-hypothèse était la suivante :

*Certains services et aides existants ne sont pas adaptés aux besoins spécifiques des personnes âgées aveugles et malvoyantes.*

Aide pour le/la/les...		Degré de satisfaction				Manquantes	TOTAL
		T	Part	/	TOT		
Tâches ménagères	Eff	128	131	5	266	39	305
	%	42	43	1,6	87,2	12,8	100
	%valide	48,1	49,2	1,9	100		
Courses	Eff	137	109	8	257	51	305
	%	44,9	35,7	2,6	84,3	16,7	100
	%valide	53,3	42,4	3,1	100		
Déplacements	Eff	124	114	8	248	59	305
	%	40,7	37,4	2,6	81,3	19,4	100
	%valide	50	46	4	100		
Communication	Eff	140	118	8	269	39	305
	%	45,9	38,7	2,6	88,2	12,8	100
	%valide	52	43,9	4,1	100		
Loisirs	Eff	87	98	16	212	104	305
	%	28,5	32,1	5,2	69,5	34,1	100
	%valide	41,0	46,2	7,5	100		
Soins	Eff	132	54	8	196	111	305
	%	43,3	17,7	2,6	64,3	36,4	100
	%valide	67,3	27,6	4,1	100		

(Légende : T= totalement satisfait ; part- = partiellement satisfait ; / = pas du tout satisfait)

A partir des données, il y a globalement peu d'insatisfaction : les aides proposées répondent bien aux attentes des personnes âgées présentant une déficience visuelle (la grande majorité des réponses se situent à « totalement satisfait » et « partiellement satisfait »). Il nous faut donc prendre en considération le fait que pour certains postes, le nombre de personnes partiellement satisfaites est élevé. Cela indique que l'aide reçue ne répond pas intégralement à leurs besoins.

En outre, le degré de satisfaction élevé qui nous semble interpellant peut trouver une explication à plusieurs niveaux, à savoir :

- l'accès à l'information : une méconnaissance des aides et services proposés ne permet pas d'être exigeant. On se contente de peu ;
- la question de la vieillesse : avoir un âge avancé ne nous permet pas d'être exigeant : la mort est proche, la dépression peut être présente, etc.

Cette constatation se retrouve également quel que soit leur mode de vie (seul, avec son conjoint, avec ses enfants, en institution ou autres, voir annexe 2 dans la partie VII.- Annexes) ou l'âge de la personne âgée présentant une déficience visuelle (voir annexe 3 dans la partie VII.- Annexes).

- **Lien entre degré de satisfaction et mode de vie**

Mode de vie	Seul (n = 149)				Conjoint, enfants, autres (n = 121)				Institution (n = 41)			
	T	Part	/	TOT	T	Part.	/	TOT	T	Part.	/	TOT
Aide pour												
Tâches ménagères	50 (39,1%)	76 (59,4%)	2 (1,6%)	<b>128</b> <b>(85,9%)</b>	59 (55,1%)	46 (43%)	2 (1,9%)	<b>107</b> <b>(88,4%)</b>	25 (65,8%)	13 (34,2%)	0 (0%)	<b>38</b> <b>(92,7%)</b>
Courses	60 (46,5%)	64 (49,6%)	5 (3,9%)	<b>129</b> <b>(86,6%)</b>	58 (59,2%)	39 (39,8%)	1 (1%)	<b>98</b> <b>(81%)</b>	24 (66,7%)	10 (27,8%)	2 (5,6%)	<b>36</b> <b>(87,8%)</b>
Déplacement	53 (44,2%)	62 (51,7%)	5 (4,6%)	<b>120</b> <b>(80,5%)</b>	49 (50,5%)	44 (45,4%)	4 (4,1%)	<b>97</b> <b>(80,2%)</b>	27 (71,1%)	11 (28,9%)	0 (0%)	<b>38</b> <b>(92,7%)</b>
Communication	60 (45,8%)	65 (49,6%)	5 (3,8%)	<b>130</b> <b>(87,2%)</b>	61 (58,1%)	42 (40%)	2 (1,9%)	<b>105</b> <b>(86,8%)</b>	24 (58,5%)	16 (39%)	1 (2,4%)	<b>41</b> <b>(100%)</b>
Loisirs	31 (33%)	47 (50%)	11 (11,7%)	<b>89</b> <b>(59,7%)</b>	43 (50%)	38 (44,2%)	5 (5,8%)	<b>86</b> <b>(71%)</b>	18 (51,4%)	16 (45,7%)	1 (2,9%)	<b>35</b> <b>(85,4%)</b>
Soins personnels	48 (57,8%)	29 (34,9%)	6 (7,2%)	<b>83</b> <b>(55,7%)</b>	61 (73,5%)	21 (25,3%)	1 (1,2%)	<b>83</b> <b>(68,6%)</b>	29 (76,3%)	9 (2,6%)	0 (0%)	<b>38</b> <b>(92,7%)</b>

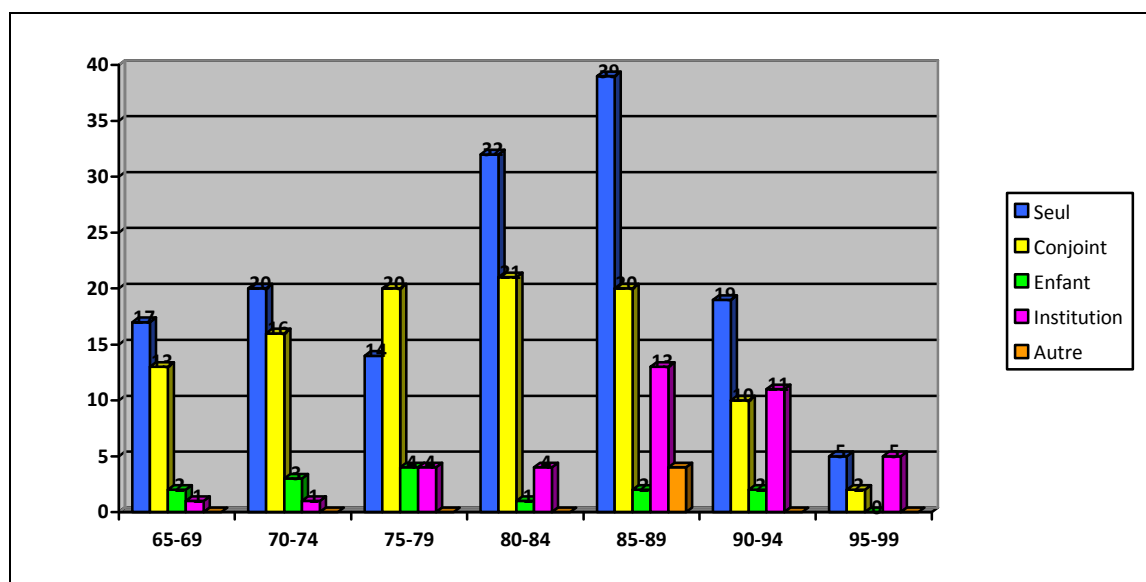
**Remarques :**

- Pour les colonnes « TOT », le pourcentage correspond à celui du total de répondant par catégorie (seul, conjoint,...), à savoir 266 avec deux absences de réponse. Par exemple, 48,1% des 266 répondants à cette question vit seul.
- Pour les autres colonnes (T, part, /), les pourcentages correspondent à celui de la colonne « TOT » correspondante. Par exemple, 39,1% des 128 personnes vivant seule (sur les 266 répondants) sont totalement satisfaites quant à l'aide procurée au niveau des « tâches ménagères ».
- Comme le montre le tableau ci-dessus, au niveau du mode de vie, le niveau de satisfaction est plus élevé lorsque la personne est entourée que ce soit de ses proches (conjoint et/ou enfants) ou au sein d'une institution que lorsqu'elle vit seule. Ainsi, si l'on observe de façon détaillée les différents postes, on constate que les proches et l'entourage relationnel apportent une aide importante et probablement irremplaçable tant du point de vue de la qualité que de l'apport affectif joint au service rendu.



- Au niveau de l'âge, la tranche d'âge la plus insatisfaite est celle des « 85-89 ans », suivie de près des « 80-84 ans ». Une explication possible renvoie au fait que ces deux tranches d'âge connaissent un réseau familial et social qui s'amenuise (décès de proches, difficultés physiques,...), ce qui nécessite plus de dépendance envers des tiers. Cela se vérifie avec les données présentées ci-dessous : les tranches d'âge « 80-84 ans » et « 85-89 ans » vivent significativement plus seules que les autres tranches d'âge.

	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	Total (N=305)
Seul	17 (11,6%)	20 (13,7%)	14 (9,6%)	32 (21,9%)	39 (26,7%)	19 (13%)	5 (3,4%)	146
Conjoint	13 (12,7%)	16 (15,7%)	20 (19,6%)	21 (20,6%)	20 (19,6%)	10 (9,8%)	2 (2%)	102
Enfant	2 (14,3%)	3 (21,4%)	4 (28,6%)	1 (7,1%)	2 (14,3%)	2 (14,3%)	0 (0%)	14
Institution	1 (2,6%)	1 (2,6%)	4 (10,3%)	4 (10,3%)	13 (33,3%)	11 (28,2%)	5 (12,8%)	39
Autres	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	4



Mode de vie (seul, avec son conjoint, avec ses enfants, en institution, autres) par tranches d'âges de 5 ans.

Néanmoins, l'aide qui entraîne le plus d'insatisfaction concerne les activités de loisirs. En effet, « les activités de loisirs » sont les seules qui renverse la tendance dans la mesure où le degré de satisfaction se situe davantage dans la moyenne (« partiellement satisfait » par rapport aux réponses « totalement satisfait ») associée à un degré d'insatisfaction (réponses « pas du tout satisfait ») plus importante (7,5% alors que les autres sont en-deçà de 4,1%).

Quelle(s) explication(s) peut-on avancer ?

Le fait de ne pas avoir de loisir entraîne un taux d'insatisfaction plus important par rapport aux personnes qui bénéficient de telles activités (voir Annexe 4 dans la partie VII.), ce qui va dans le sens d'une attente non satisfaite. Pourquoi est-ce le cas spécifiquement dans ce domaine ?

De manière générale, pour l'ensemble des services sollicités par les personnes interrogées, près de la moitié de celles-ci (149 sur 243 répondants, soit 48,9%) rencontrent des freins à l'utilisation des services d'aides pour plusieurs raisons liées au coût des aides : (72/202 répondants, soit 23,6%), aux procédures administratives (65/202, soit 21,3%), au manque de connaissances du handicap visuel (80/202, soit 26,2%). D'autres raisons sont mises en avant, à savoir : le manque de confiance, peur des déplacements seul, difficultés d'accès des institutions, manque d'information/communication (ex : utilisation des minibus STIB, aides pour aller à l'hôpital,...), problèmes de santé associés (problèmes moteurs, inhabilité manuelle), difficultés d'utilisation du matériel, refus d'être reconnu handicapé malgré un certificat médical explicite de l'ophtalmologue.

Plus particulièrement pour les loisirs, les déplacements sont le principal obstacle à la satisfaction des personnes interrogées (voir Annexe 5 dans la partie VII.- Annexes). En effet, les activités de loisirs rendent les choses doublement plus compliquées pour les personnes âgées présentant une déficience visuelle, à savoir le déplacement pour atteindre le lieu de l'activité et ensuite l'activité elle-même.

#### **4. La question de l'apparition du handicap visuel et des problèmes de santé associés**

Au niveau de l' « âge d'apparition du problème de vue », un peu plus de la moitié des sujets ont vu apparaître leur problème de vue après 65 ans.

	N
< 65ans	134 (43,9%)
65 et +	162 (53,1%)
Données manquantes	9 (2,9%)
Total	305 (100%)

Auprès de la population des personnes âgées, un élément important à mettre en avant renvoie au fait que la déficience visuelle est souvent associée à d'autres problèmes de santé, ce qui rend d'autant plus complexe la vie au quotidien. Notre échantillon va d'ailleurs dans ce sens : plus de 70% des sujets présentent d'autres problèmes de santé associés.

	N
Avec problèmes de santé associés	216 (70,8%)
Sans problème de santé associé	77 (25,2%)
Données manquantes	12 (4%)
Total	305 (100%)

Par ailleurs, plus le handicap apparaît tard, plus la rééducation est difficile dans la mesure où les personnes âgées doivent s'adapter plus tard aux différents services d'aides mis à leurs disposition. Le quotidien devient dès lors de plus en plus difficile à gérer pour une double raison, à savoir non seulement la déficience visuelle mais aussi la vieillesse. En effet, l'âge

avancé est lié à un réseau familial et social amoindri, à des problèmes de santé associés, etc., ce qui favorise l'entrée en maison de repos (voir tableau 5 dans la partie VII.). En d'autres termes, plus l'âge d'apparition du handicap visuel est élevé plus l'entrée en maison de repos est probable.

## 5. Reconnaissance ou non par PHARE

- Lien entre personnes reconnues par PHARE et l'apparition du handicap visuel

	Age d'apparition du handicap visuel		Manque	Total (N=294)
	< 65 ans	>= 65 ans		
Reconnues par PHARE	62 (62%)	36 (36%)	2 (2%)	100 (100% - 34%)
Non-reconnues par PHARE	52 (26,6%)	90 (63,4%)	0 (0%)	142 (100% - 48,3%)

Avant toute chose, il semble que les sujets aient confondus PHARE avec d'autres services. Cette première observation met en évidence des difficultés dans l'information des différents services (SPF, etc.). En effet, parmi les personnes reconnues par PHARE, 36% ont vu apparaître leur handicap visuel après 65 ans, ce qui n'est pas pertinent (le pourcentage aurait dû être de 0%).

Quoi qu'il en soit, parmi tous les sujets répondants (N = 294), nous pouvons avancer qu'une grande majorité n'est pas reconnue par PHARE, soit 48,3% (142 personnes).

Un élément reste interpellant : sur 142 personnes, 52 personnes (soit 26,6%) ne sont pas reconnues par PHARE alors que leur handicap visuel est apparu avant 65 ans, condition pour s'inscrire à ce service. Comment expliquer ce résultat ? On pense au manque d'information, à la question de la reconnaissance ou de l'acceptation de son handicap visuel essentiel au lancement des démarches, la question de la pathologie évolutive de la déficience visuelle (avant 65 ans, le handicap n'était pas si important ne nécessitant dès lors pas de démarches),...

- Lien entre personnes reconnues par PHARE et leur degré de satisfaction au niveau de la communication

Nous avons choisi de d'opérer un croisement uniquement pour mesurer l'apport des aides techniques dans le domaine de la communication.

Bien sûr, ces adaptations peuvent aussi aider les personnes à mieux effectuer leurs tâches ménagères, les courses, les déplacements,... Mais l'apport principal de ces aides permet de faciliter l'accès à la lecture et l'écriture. Il nous semble donc difficile de mesurer la plus-value qu'apportent les aides techniques dans les autres situations de la vie quotidienne.

	Degré de satisfaction au niveau de la communication			Total (N=213)
	T	Part	/	
Reconnues par PHARE	51 (59,3%)	32 (37,2%)	3 (3,5%)	86 (100-86%)
Non-reconnues par PHARE	61 (48%)	62 (48,8%)	4 (3,1%)	127 (100% - 89,4%)

Insistons ici sur le fait que pour des raisons d'égalités, les associations telles que la nôtre tentent de répondre de la même manière aux personnes reconnues ou non par PHARE. Par ailleurs, nous avons mis en place des fonds permettant de financer en tout ou en partie certaines aides techniques. Ainsi, sauf pour l'achat d'aides techniques onéreuses, les personnes âgées de plus de 65 ans dont s'occupe la Ligue Braille ne perçoivent pas totalement l'impact véritable de cette mesure.

## VI.- CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Au vu de notre hypothèse principale, nous pouvons confirmer que les services et aides existants permettent le maintien à domicile ou contribuent à retarder l'entrée en maison de repos. Il ne s'agit pas ici de prôner une totale désinstitutionnalisation. Cependant, à la lecture des chiffres exposés dans notre recherche et dans toutes les enquêtes traitant de cette question, l'entrée en institution fait rarement l'objet d'un choix de vie. Cette décision est le plus souvent dictée par des paramètres liés à l'état de santé et à la dépendance de plus en plus croissante qui en résulte.

S'il est vrai que les services d'aides et de soins à domicile sont fortement implantés et répondent aux demandes émises, nous souhaitons tout de même signaler une série de manques exprimés par les personnes interrogées. Les aspects négatifs que nous mettons en avant s'expliquent par le cumul de la déficience visuelle et de l'âge avancé. Le « turn over » du personnel, la qualité du travail et le nombre d'heures jugé parfois insuffisant figurent parmi les remarques formulées. Les changements de personnel peuvent être difficilement contrôlés. Nous insistons dès lors sur la nécessité de multiplier les sensibilisations à destination de ce secteur d'activité.

Des gestes simples comme l'importance de maintenir l'environnement de la personne lors des travaux de nettoyage, l'information de déplacement d'objets, l'implication de la personne lors de rangements,... sont indispensables.

Dans le but de permettre aux personnes d'accroître leur indépendance en l'absence d'un professionnel, diverses aides sont préconisées mais impossibles à offrir sans l'intervention financière des personnes elles-mêmes. Ainsi par exemple, au sein du domicile, les aides techniques peuvent faciliter la lecture d'étiquettes, la cuisine, le tri des vêtements, la couture, la lecture du courrier, la possibilité de remplir des formulaires ou des virements,... Toutes ces tâches pourraient être réalisées en tout ou en partie par les personnes ce qui augmenterait leur autonomie. Cela aurait un impact direct sur l'estime qu'elles ont d'elles-mêmes car le fait de se sentir dépendantes ou plus fortement handicapées génère un sentiment de fatalité par rapport à la déficience visuelle.

« En fait, pour la personne âgée, c'est son intégration sociale globale et sa capacité d'accomplir les tâches de la vie quotidienne qui déterminent sa santé. Un groupe consultatif de l'Organisation Mondiale de la Santé a d'ailleurs recommandé la capacité fonctionnelle comme étant une meilleure mesure de la santé chez les personnes âgées et un meilleur instrument de prédiction du recours aux services médicaux que la gravité et le nombre de maladies. » (revue Canne Blanche, 2000, p6) Or, inutile de rappeler le coût de ces aides spécifiques. Dès lors, l'acquisition de ces aides ne peut être accessible qu'aux personnes ayant d'importantes ressources financières, ce qui constitue une importante inégalité.

Par ailleurs, les services d'aides spécialisés ne sont pas subsidiés par le service PHARE lorsqu'elles apportent des aides aux personnes non reconnues. Nous attirons l'attention sur le fait que certaines associations se verront obligées de sélectionner le public auxquels elles s'adressent si les politiques restent inchangées.

Il nous semble donc indispensable de réitérer la revendication formulée par l'ensemble des associations oeuvrant auprès des personnes de plus de 65 ans victimes de troubles ou maladies handicapantes. L'enjeu est donc d'apporter des solutions, ne fut-ce que partielles dans un premier temps, pour alléger le poids du handicap.

Nous sommes pleinement conscients de l'impact budgétaire du financement des aides techniques mais des discussions doivent s'intensifier avec le secteur pour commencer à dégager des pistes d'améliorations.

Soulignons ici le début de solution apporté par le plan « bien vivre chez soi » mis en place par la Ministre en charge de la politique des personnes handicapées et des personnes âgées, Eliane Tillieux.

La plus-value apportée aux personnes âgées ou porteuse d'un handicap est d'une part, l'information des aides et services susceptibles de leur venir en aide et, d'autre-part, le conseil en matière d'aménagement du domicile et d'aides techniques.

Nous déplorons cependant l'absence de moyens financiers pour l'achat ou même le prêt des aides techniques conseillées.

Une autre initiative à souligner est celle mise en place par la Dienststelle, l'office germanophone d'aide aux personnes handicapées.

Ils ont réalisé une étude en 2005 auprès du public de plus de 65 ans. Il en est ressorti que 86% des personnes de plus de 65 ans interrogées ont pu rester plus longtemps à la maison grâce aux aides et adaptations octroyées. Le maintien à domicile a permis d'éviter un placement en maison de repos et de soins (MRS). Dans 14% des cas, le placement en MRS a quand même eu lieu, néanmoins, il a été retardé d'au moins 38 mois (plus de 3 ans) grâce aux aides octroyées. Si on suit cette logique, on pourrait supposer que le maintien à domicile diminuerait les coûts à charge de l'INAMI liées au placement en MR/MRS. Pourrait-il, à terme, y avoir un transfert de ces fonds non utilisés vers le poste aménagement du domicile et aides techniques ?

Quoi qu'il en soit, depuis janvier 2009, la réponse apportée par la Dienststelle est la suivante : Toutes les personnes âgées de plus de 65 ans bénéficient des mêmes aides. Une intervention financière n'existe plus que pour les adaptations de la salle de bain. Toute autre adaptation est réalisée sous forme de location – prêt de matériel. Pour les interventions explicitement demandées (adaptations techniques et cours de locomotion), il n'y a pas d'intervention financière pour l'achat mais bien une mise à disposition avec une participation personnelle adaptée aux revenus de la personne. Les personnes ayant un revenu très bas ne paient aucune participation.

D'autres difficultés spécifiques vécues par notre public sont également à souligner ici. Ces questions nécessitent des réponses inexistantes à ce jour ou insuffisamment développées.

Comme nous l'avons vu plus haut, le degré d'insatisfaction le plus élevé se situent au niveau des loisirs.

Les loisirs et l'offre de transport sont intimement liés. Il importe donc de réfléchir à un accès facilité au transport afin de permettre aux personnes qui le désirent de se déplacer aisément pour des raisons autres que pour les besoins de nécessité. Elles devraient pouvoir exercer des activités organisées ou non sans être entravées par des impératifs d'ordre logistique. Cela permettrait aux personnes de jouir d'activités organisées en soirée par exemple ou le weekend. Nous pensons par exemple aux activités culturelles : théâtre, concerts, cinémas. Nous songeons également au plaisir d'organiser des sorties de manière spontanée, à la vue d'une météo clémente.

Les solutions existantes telles que les minibus de la STIB sont à encourager et à développer davantage.

On le voit dans notre tableau relatif au transport, une grande partie des répondants (36%) ont recouru aux taxis. Cette offre personnalisée et disponible de façon plus étendue répond donc forcément mieux au besoin en terme de mobilité.

D'autres offres plus locales existent mais sont souvent moins connues par le public et dépendent de structures ou de communes. Il nous semble utile de mieux coordonner ces offres et d'harmoniser les services rendus pour que tous les bruxellois aient accès aux mêmes aides.

Pour les déplacements de proximité, nous invitons les autorités en charge des travaux publics à être attentives à la régularité des trottoirs sous peine de provoquer un sentiment d'insécurité lié à la peur constante de tomber.

Enfin, comme nous l'avons fait dans nos précédents rapports, nous souhaitons insister sur le manque d'informations. Celle-ci est essentielle sous peine d'avoir un impact concret en terme de restrictions d'aides liées à l'âge. Une personne reconnue handicapée avant 65 ans par le Service Public Fédéral Sécurité Sociale ne pourrait pas, dans le même temps, être reconnue par les fonds communautaires ? Nous pensons qu'une meilleure synergie entre les services publics serait bénéfique et soulagerait ces personnes devant parfois faire face à un nombre important d'opérateurs.

On le constate, les aides dispensées par des individus ou structures étrangères à la personne ne lui sont, dans certains cas, pas suffisantes.

Les proches jouent un rôle très important dans le maintien à domicile des personnes âgées. Il faudrait donc que ces aides puissent être valorisées par exemple, en développant le budget d'assistance personnelle et en créant un statut d'aidant proche. Il ne s'agit pas de rémunérer toute aide motivée par des valeurs d'entraide et de solidarité. Nous pensons au contraire qu'un soutien psychologique et financier aux aidants permettrait que de bonnes relations puissent subsister. Les personnes âgées ont peur de « déranger » leurs proches et sacrifient leur bien-être pour être certain de maintenir les liens qui les unissent. De leur côté, les proches peuvent ressentir leurs aînés comme une charge.

Pour leur apporter un peu de répit, nous suggérons le développement de structures de courts séjours.

Réinsistons ici sur les difficultés supplémentaires des personnes n'ayant pas de proches sur qui s'appuyer.

Pour tous, le soutien psychologique est essentiel. Pour les personnes qui peuvent difficilement se déplacer, nous trouverions intéressant d'ajouter aux panels de services offerts par les structures d'aides à domicile des psychologues pouvant se rendre chez les usagers.

En conclusion, le défi qui se pose est de permettre à cette catégorie de la population de vivre, de participer à la vie sociale, de préserver ou maintenir autant que possible leur autonomie.

« L'accroissement de l'espérance de vie n'est pas une fin en soi et si notre société a donné des années à la vie, elle doit aussi s'investir pour donner de la vie à ces années. » (La Canne Blanche, 2000, p5)

## **VII.- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

Atlas des besoins et des acteurs à Bruxelles (2007). *Vivre chez soi après 65 ans* - Observatoire de la santé et du social.

BAREEL P-B. (2000). *Vivre vieux et heureux*, La Canne Blanche, n°2, pp.2-13.

BAREEL P-B. (2011). *Vivre chez soi malgré l'âge ou le handicap*, La Canne Blanche, n°1, p.12-16.

BLANC A. (dir.), (2010). *Les Aidants familiaux*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, pages 199 à 221 (Collection handicap vieillissement société).

BARTHOLOME C., LELEU M. (2011), *L'adéquation des services d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement au vieillissement des personnes handicapées en Région de Bruxelles-Capitale : les défis*, rapport de recherche, Observatoire de l'accueil et de l'accompagnement de la personne handicapée (Cocof/Phare)

CARADEC, V. (2004). *Vieillir après la retraite. Approche sociologique du vieillissement*. Sociologie d'aujourd'hui, Paris : PUF.

FONTAINE, R. (2007), *Psychologie du vieillissement*, Paris, Dunod

LECUYER, R. (1994). *Le développement du concept de soi de l'enfance à la vieillesse*, PU Montréal.

LEGER, J.-M., TESSIER, J.-F., MOUTY, M.-D. (1989). *Psychopathologie Du Vieillissement - Assistance Aux Personnes Âgées*, Paris : Doin.

NOUAILHAT, G. (2010). *Handicap visuel et vieillissement*, *Voir demain*, n°441, p 3-19.

QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L. (2005). *Manuel de recherche en sciences sociales* (3e ed.). Paris: Dunod.

Cours polycopiés « *Vieillissement* » (2005-2006), Faculté de Médecine de Strasbourg, [http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/medecine/cours\\_en\\_ligne/e\\_cours/vieillissement/vieillissement\\_normal\\_item54.pdf](http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/medecine/cours_en_ligne/e_cours/vieillissement/vieillissement_normal_item54.pdf)

<http://www.semainedeliguebraille.be/>



## **VIII.- ANNEXES**

Annexe 1 - Le questionnaire