

Handicap et Prévention

Revue scientifique et d'information générale

Edition : Institut Supérieur de l'Éducation Spécialisée

N°34
Mai
2015



DOSSIER SUR : LES PERSONNES AGÉES POUR BIEN VEILLIR

- APERÇUS SUR LA GÉRONTOLOGIE EN TUNISIE
- L'ÉVALUATION FONCTIONNELLE ET LE PROFIL PSYCHOLOGIQUE
- EXPÉRIENCE DE L'ASSOCIATION ALZHEIMER

Edition : Institut Supérieur d'Éducation Spécialisée

Visa :

N° 2716 du 13 Novembre 1993

**Directeur de la publication
et rédacteur en chef :**

Prof. Fatma Zohra BEN SALAH née TOLBA

Secrétaire de rédaction :

Mme Hana Raouahi Triaa

Comité de rédaction :

Mme Hana Raouahi Triaa

Dr. Faouzia Maghazoua

Mr. Ben Abderrehman Med-Lamine

Mr. Tarek Sokraf

Dr. Mejda Hamadi

Comité de lecture :

Dr. Asma Thabet

Mme Jilila Azouni

Mme Kaouther Bach Chaouch

Mme Sarra Werteni Ben Ali

Comité technique :

Mme Nada Zaabi Ben Nacer

Mme Asma Chelli

Relecture et correction :

Mr. Hassen Jallia

Contacts :

Adresse : 2 Rue Jabran Khalil Jabran
2010 - Manouba

Tél. 70 604 124 - 70 604 044

Fax: 70 604 071

E-mail : directeur.ises@ises.org.tn

Site web : www.ises.rnu.tn

Conception et Impression : Simpact

Tirage : 2000 copies

Sommaire :

Dossier :

Aperçu sur la situation de la Gérontologie en Tunisie.....	2
Évaluation fonctionnelle des personnes âgées et prévention de la perte d'autonomie.....	9
Profil psychologique du sujet âgé.....	16
Les compétences professionnelles de l'Éducateur Spécialisé du 21 ^è siècle en charge des Personnes Âgées.....	19
Retraite des personnes handicapées : Quelle particularité?.....	26
La Prise en charge multidisciplinaire dans le cas de la Maladie d'Alzheimer : expériences de l'Association Alzheimer Tunisie.....	29
L'intérêt de l'appartement thérapeutique auprès des personnes âgées dans la prévention des chutes à domicile.....	32

Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leurs auteurs

Bulletin d'abonnement

Nom :

Prénom :

Profession :

Adresse :

Envoyer ce coupon à l'adresse suivante : 2, rue Jabrane Khalil Jabrane - 2010 - Manouba

4.1 Réalisations déjà accomplies

A l'heure actuelle, le secteur public de soins compte, dans ce domaine, plusieurs expériences qui contribuent toutes d'une manière ou d'une autre à l'amélioration de la qualité, de la sécurité et de la continuité de la prise en charge sanitaire de nos aînés (17).

Parmi ces initiatives innovatrices figure notamment la création d'une Unité de Gériatrie au sein du Service de Médecine interne de l'Hôpital Habib Thameur. Cette Unité compte actuellement 7 lits spécialisés en soins gériatriques. Il s'agit, sans aucun doute, d'une première expérience réussie qui ne tardera pas certainement à faire des émules comme nous le verrons un peu plus loin.

Il y a également lieu de citer :

La mise en place d'une consultation spécialisée de Gériatrie au sein du Service de Médecine interne de l'Hôpital La Rabta ;

L'installation d'une Unité de Gériatrie ambulatoire au sein de l'Hôpital Mahmoud Matri de l'Ariana. Il s'agit d'une expérience très intéressante qui est en cours de généralisation à d'autres structures hospitalières régionales ou locales. Cette unité est tenue, à l'heure actuelle, par deux gériatres formés à la Faculté de Médecine de Tunis.

Ces unités renforcent l'accès des personnes âgées aux soins de santé nécessaires et consacrent, de façon convaincante, leur droit à une prise en charge sanitaire qui répond adéquatement et efficacement à leurs besoins spécifiques.

4.2 Projets en cours de gestation

Plusieurs autres projets à vocation structurelle sont en cours de gestation dans le but de consolider et de renforcer la filière gériatrique au niveau des structures sanitaires publiques. Le projet le plus en vue consiste à créer une unité de soins gériatriques au sein du service de médecine interne de l'Hôpital Charles Nicolle à Tunis.

IV-PROTECTION SOCIALE DES PERSONNES AGEES EN TUNISIE

La protection sociale des personnes âgées en Tunisie s'articule autour de la loi n° 94-114 du 31 octobre 1994 (JORT n° 87 du 4 novembre 1994, pp. 1765-1766) qui vise à renforcer l'intégration sociale et familiale de nos aînés. Dans ce qui suit, nous passerons brièvement en revue les principes et les axes majeurs de la protection sociale des personnes âgées en Tunisie.

A-PRINCIPES FONDAMENTAUX DE LA PROTECTION SOCIALE DES PERSONNES AGEES EN TUNISIE

La protection sociale des personnes âgées est basée sur les cinq piliers essentiels suivants :

- Privilégier, autant que possible, le maintien à domicile des personnes âgées afin de leur permettre de continuer à vivre dans leur environnement familial et social habituel ;
- Réduire les inégalités sociales et garantir aux personnes âgées démunies un minimum de revenus afin qu'elles ne soient pas exclues de la société ;
- Faciliter l'accès aux soins de santé et aux aides sociales en cas de maladie ou de handicap ;
- Faire jouer la solidarité nationale afin de garantir à nos aînés une vie digne et décente ;
- Promouvoir le bénévolat et encourager la participation active des aînés aux différentes activités (sociales, économiques et éducatives) de développement.

B-AXES MAJEURS DE LA PROTECTION SOCIALE DES PERSONNES AGEES EN TUNISIE

1. Garantir la gratuité des soins aux personnes âgées démunies et sans soutien familial. Comme nous l'avons déjà indiqué ci-dessus, ces personnes bénéficient

du régime d'Aide Médicale Gratuite (AMG) (23).

2. Attribuer une allocation de solidarité aux personnes âgées nécessiteuses. Les personnes âgées sans ressources perçoivent mensuellement une aide financière régulière qui leur permet de subvenir à leurs besoins essentiels et à éviter, par conséquent, l'exclusion sociale et la marginalisation.
3. Accorder des aides financières et en nature aux familles en situation précaire qui ont à charge une personne âgée lourdement dépendante.
4. Encourager l'hébergement des personnes âgées sans soutien familial en famille d'accueil. Cette mesure a été instituée par la loi n°94-114 du 31 Octobre 1994, relative à la protection des personnes âgées. Un tel placement a pour but de favoriser leur intégration sociale et à empêcher leur institutionnalisation.

Il est important de souligner que les familles d'accueil ont droit à des compensations financières régulières. Elles peuvent également bénéficier d'aides matérielles et sociales diverses.

5. Promouvoir l'éducation et l'alphabétisation des seniors comme levier d'insertion et de lutte contre l'exclusion sociale. Cette action se fait à travers le Programme National d'Enseignement pour Adultes (PNEA) qui prône le droit à l'éducation pour tous, tout au long de la vie. Ce programme a pour objectif d'aider les personnes âgées à améliorer leur qualité de vie (23).
6. Œuvrer à maintenir les personnes âgées en activité en favorisant leur implication dans le bénévolat. C'est dans ce cadre qu'une base nationale de données a été créée pour recenser les personnes qui sont désireuses de conserver une utilité sociale et économique. Une telle action a pour finalité de favoriser, aussi

longtemps que possible, l'autonomie et l'intégration sociale de nos aînés (23).

C-ROLE DU TISSU ASSOCIATIF DANS LA PROTECTION DES PERSONNES AGÉES

1. Préambule

De manière générale, le tissu associatif tunisien joue un rôle essentiel dans la stratégie nationale de promotion sociale visant l'amélioration, effective et durable, du bien-être et de la qualité de vie des catégories de populations ayant des besoins spécifiques en termes de soins de santé et d'aide sociale. Plus particulièrement, il se situe au cœur du dispositif de soins, d'aide et d'accompagnement à domicile des personnes âgées démunies et sans soutien familial et financier.

Par le biais de ses équipes mobiles d'accompagnement médico-social, le tissu associatif prend le relais du dispositif institutionnel d'aide et de prise en charge au domicile de la personne âgée. Eu égard à la nature et l'ampleur de cette mission, il se positionne désormais comme un acteur majeur et incontournable du secteur des services à la personne et de l'aide à domicile.

Les associations de protection et d'assistance aux personnes âgées désavantagées occupent ainsi une place de choix dans le dispositif de maintien à domicile des personnes âgées qui demeure une priorité nationale absolue. Il s'agit de leur offrir la possibilité de continuer de vivre dans leur cadre de vie habituel afin de renforcer leur autonomie et de leur permettre de vieillir dans la dignité.

En plus de son rôle majeur dans la protection médico-sociale des personnes âgées les plus démunies, le tissu associatif offre à cette frange sensible de la population d'autres services tels que l'accompagnement dans les démarches administratives,

l'assistance juridique ainsi que des activités d'écoute, d'orientation et de conseil.

2. Composantes du tissu associatif

L'action du tissu associatif tunisien s'articule essentiellement autour des Associations Régionales de Protection des Personnes Agées qui jouent un rôle fondamental dans la prise en charge médico-sociale à domicile de cette frange de la population. D'autres associations plus spécialisées ont développé des actions en faveur des personnes âgées ayant des besoins spécifiques.

2.1 Les associations spécialisées dans la protection des personnes âgées

Les associations de protection des personnes âgées sont au nombre de 25 : une association au niveau du chef-lieu de chaque gouvernorat auxquelles il convient d'ajouter l'association de Ben Guerdane. Comme indiqué ci-dessus, ces associations ne prennent en charge que les personnes âgées démunies et sans soutien.

La plupart de ces associations disposent d'équipes mobiles polyvalentes composées de médecins, d'infirmiers et de travailleurs sociaux. Elles sont placées sous double tutelle : celle du Ministère de la Femme et de la Famille et celle de l'Union Tunisienne de Solidarité Sociale (UTSS). Celle-ci est placée sous la tutelle du Ministère des Affaires Sociales.

Parmi ces équipes mobiles, il y a lieu de citer l'Unité « SOS PERSONNES AGÉES » qui a été mise en place par l'Association de Protection des Personnes Agées de la Manouba. Cette Unité a mis à la disposition des personnes âgées un numéro d'appel d'urgence accessible gratuitement, et ce, afin de faciliter le signalement des situations d'urgence.

2.2 Autres Associations

Bien qu'elles ne soient pas spécialisées dans la protection des per-

sonnes âgées, certaines associations offrent des prestations tout aussi importantes en faveur de cette frange de la population.

Parmi celles-ci, il y a lieu de citer les associations suivantes qui sont spécialisées dans les services à la personne :

- Association Tunisienne de Soutien à la Famille «Yessrine» ;
- Association d'Assistance aux Grands Handicapés à Domicile (AAGHD) ;
- Association de Soutien à l'Auto-Développement «ASAD» ;
- Union Tunisienne d'Aide aux Insuffisants Mentaux (UTAIM) ;
- Association générale des insuffisants moteurs (AGIM).

2.3 Sociétés savantes

En plus de leurs activités académiques et scientifiques, les sociétés savantes contribuent, de leur côté, à la prise en charge médico-sociale des personnes âgées ayant des besoins spécifiques. Parmi ces associations savantes, il y a lieu de citer notamment :

- L'Association Tunisienne de Gérontologie (basée à Sfax, la plus dynamique) ;
- La Société Tunisienne de Gérontologie (basée à Tunis) ;
- La Société Tunisienne de Médecine Familiale ;
- La Société tunisienne de gérontologie ;
- L'Association « Alzheimer Tunisie ». Cette dernière est très active auprès des patients atteints de la Maladie d'Alzheimer et de leurs familles au profit desquels elle organise des activités de conseil, de formation et d'orientation.

3. Les centres de protection des personnes âgées

Il est important de signaler que parmi les associations régionales de protection des personnes âgées citées ci-dessus, 11 d'entre elles offrent des possibilités d'hébergement. Il existe donc au jour d'au-

aujourd'hui 11 centres de protection des personnes âgées qui hébergent près de 720 personnes qui répondent à des critères de sélection, notamment sociaux, très stricts. Seules les personnes dépourvues de tout soutien familial peuvent y être hébergées. Le centre de protection des personnes âgées de la Manouba est le plus connu d'entre eux. Il héberge à lui seul près de 120 personnes.

C-ROLE DU SECTEUR PRIVE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGÉES

Sur le plan social, la contribution du secteur privé dans la prise en charge des personnes âgées demeure insuffisante tant sur le plan qualitatif que quantitatif. En effet, nous ne disposons toujours pas de véritables maisons de retraite médicalisées. Les quelques résidences disponibles sont de taille réduite et leurs prestations se limitent presque au simple hébergement. De même, les structures spécialisées dans l'accueil temporaire sont très peu nombreuses et pas nécessairement bien structurées. Il convient, enfin, de noter que le secteur privé tunisien connaît actuellement la prolifération, de manière anarchique et peu contrôlée, de sociétés qui proposent, entre autres, des services d'accompagnement et d'aide à domicile (aides à domicile, auxiliaires de vie...).

V-MESURES CONTRIBUTANT A L'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE ET SOCIALE DES PERSONNES AGEES

1. Préambule

Les initiatives déclinées dans ce paragraphe sont d'une grande importance dans la mesure où elles ont incontestablement un impact positif sur la qualité des prestations et des services sanitaires et sociaux fournis aux personnes âgées. Il s'agit notamment de :

- La formation et l'initiation de base et continues des professionnels sanitaires et sociaux aux spécificités des soins gériatriques et à l'approche multidisciplinaire pour leur permettre de répondre aux besoins intriqués et complexes des personnes âgées ;
- La recherche gérontologique qui a un rôle indéniable à jouer dans l'identification des déterminants fondamentaux de l'état de santé des populations âgées et, par voie de conséquence, dans l'élaboration des stratégies notamment préventives visant la promotion et l'optimisation de l'état de santé et du bien-être de ces populations.

2. Les activités de formation

2.1 La formation gériatrique

2.1.1 Les formations initiales

Actuellement, tous les personnels médicaux et paramédicaux appelés à donner leurs soins aux malades âgés reçoivent un enseignement spécifique de Gériatrie (3, 4, 5). En effet, toutes les institutions concernées (Facultés de Médecine, Ecoles Supérieures des Sciences et Techniques de la Santé, Instituts et Ecoles des Sciences Infirmières) ont intégré cet enseignement dans le cursus de formation initiale de tous les futurs prestataires de soins.

Une autre initiative mérite d'être citée, c'est la création au sein de l'Ecole Supérieure des Sciences et Techniques de la Santé de Sfax d'une filière visant la formation de « Techniciens supérieurs en soins généraux aux personnes âgées ». Il est, enfin, important de signaler qu'à la Faculté de Médecine dentaire de Monastir, des notions très avancées de Gérodonologie sont incluses dans la formation de base de nos futurs chirurgiens-dentistes.

2.1.2 Les formations post-universitaires

A l'heure d'aujourd'hui, nos Facultés de Médecine ont toutes développé

une formation post-universitaire qualifiante en Gériatrie sanctionnée par un diplôme de Mastère spécialisé (6). Ces formations diplômantes se répartissent comme suit :

- 3 mastères spécialisés de Gériatrie dans les Facultés de Médecine de Tunis, Sfax et Sousse ;
- 1 CEC de Gériatrie à la Faculté de Médecine de Monastir ;
- 1 mastère spécialisé de Gérontopsychiatrie au sein de la Faculté de Médecine de Monastir.

2.1.3 Les formations continues

La formation continue en Gériatrie est conçue à la fois comme un besoin impérieux (pour développer, mettre à jour et adapter les connaissances et les aptitudes de tous les professionnels) et un outil d'une grande nécessité (pour améliorer la qualité, l'efficacité et la sécurité des prestations et des services) (7, 13).

C'est pour cette raison que le Ministère de la Santé Publique a œuvré à inscrire l'enseignement de la Gériatrie dans le cadre de la formation continue de tous les professionnels de la santé. Celle-ci est organisée notamment par l'Institut National de Santé Publique (Unité de Recherche et d'Information sur la Vieillesse), la Direction des Soins de Santé de Base (dans le cadre du programme national de santé des personnes âgées) et les Directions Régionales de Santé Publique, et ce, dans le cadre de conférences, séminaires, forums et congrès régionaux, nationaux et internationaux (20).

Il est également important de signaler que le tissu associatif est très actif dans le domaine du recyclage, du perfectionnement et du développement professionnel continu des professionnels de santé. Il y a lieu de citer notamment l'apport considérable de l'Association Tunisienne de Gérontologie (ATUGER) et la Société Tunisienne de Médecine de Famille qui contribuent très énergiquement à l'effort national visant

l'initiation de tous les professionnels de santé aux spécificités des soins pour personnes âgées.

2.2. La formation au métier d'auxiliaire de vie

C'est le tissu associatif qui s'est investi le premier dans la formation des auxiliaires de vie sociale qui jouent un rôle primordial dans l'accompagnement au quotidien des personnes âgées à domicile (15, 20). En effet, cette formation a été initiée pour la première fois par l'Association d'Assistance aux Grands Handicapés à Domicile. Il y a lieu également de mentionner que l'Unité Centrale de Formation des Cadres relevant du Ministère de la Santé Publique a pris l'initiative de créer, sur une courte période, au sein des instituts des sciences infirmières, une formation au métier d'auxiliaire de vie sociale. L'objet de cette formation était de dispenser à des candidats un enseignement diplômant (19).

3. Les activités de recherche

Conscient et convaincu de l'apport de la recherche dans le processus d'aide à l'action et à la décision en Gérontologie, le Ministère de la Santé Publique a entrepris, via l'Unité de Recherche sur le Vieillessement de l'Institut National de Santé Publique, un grand nombre de travaux de recherche parmi lesquels il y a lieu de citer notamment les études suivantes :

- Enquête nationale médico-sociale sur l'état de santé et les conditions de vie des personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile (2) ;
- Estimation de l'espérance de vie sans incapacité (EVS) de la population tunisienne âgée (8) ;
- Etude sur la prévalence et les déterminants des démences au sein de la population tunisienne âgée de 65 ans et plus vivant à domicile (16, 18) ;
- Etude sur la situation actuelle et les perspectives d'avenir du

Vieillessement en Tunisie (10) ;

- Etude sur la prévalence et les facteurs de risque de la perte d'autonomie au sein de la population tunisienne âgée (12) ;
- Etude nationale sur la santé et les soins médicaux de la population tunisienne qui a accordé une place considérable à la description de l'état de santé des personnes âgées (9).

Ces études ont permis de mettre en évidence les caractéristiques et les besoins socio-sanitaires de cette tranche sensible de la population. Parmi ces résultats il y a lieu de citer les données essentielles suivantes :

- * L'analyse de la part des années vécues sans incapacité au sein de l'espérance de vie totale a montré qu'en Tunisie, la plus grande partie du temps restant à vivre à 65 ans pour les hommes comme pour les femmes est du temps libre d'incapacité sévère. L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans s'élève à 12,9 ans pour les hommes et à 13,7 ans pour les femmes soit respectivement 90,8% et 88,4% de la valeur de leur espérance de vie au même moment (8).
- * Environ 5% de la population âgée de 65 ans ou plus est dépendante dans les activités essentielles de la vie quotidienne (12) ;
- * La prévalence des démences au sein de cette population se situe à 3,7% (4,6% chez les femmes et 2,8% chez les hommes) ; la forme la plus fréquente en est la Maladie d'Alzheimer qui représente près de 70% de l'ensemble des cas de démence (16, 18).
- * Concernant les facteurs de risque cardiovasculaire, ces études ont montré que 32% des personnes âgées de 65 ans et plus sont hypertendues (41,3% des femmes et 22,6% des hommes). Quant à la prévalence du diabète, elle est estimée à 11,6% chez les personnes âgées de 65 ans et plus et à 13,6% chez celles âgées de 65 à 74 ans. L'obésité concerne quant

à elle 15,6% de la population tunisienne âgée de 65 ans et plus vivant à domicile (2, 14).

- * Il ressort également de ces études que 22,6% des personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile ont déclaré avoir chuté au moins une fois dans les 12 derniers mois (26,9% des femmes contre seulement 18,5% des hommes). De même, 21% d'entre elles présentent un syndrome dépressif. Quant au sentiment d'insatisfaction des vies passées et actuelles, il concerne respectivement 26,7% et 34,7% de la population tunisienne âgée de 65 ans et plus (2).
 - * Dans le domaine des relations interpersonnelles, ces études ont permis de constater que seule une faible proportion des personnes âgées de 65 ans et plus vivent seules (6,5%). Elles ont également mis en évidence qu'environ 6 personnes âgées sur dix vivent en couple ; les hommes plus souvent que les femmes (78,4% vs 35,1%) (2, 9).
- Quant à la solidarité entre les générations dans notre société, elle est illustrée par le fait que 83,9% des personnes âgées reçoivent une aide de leurs enfants. Pour 6 personnes âgées sur 10, cette aide est financière et les femmes sont significativement mieux soutenues financièrement que les hommes. En outre, seuls 1,8% (IC95% : 1,3% - 2,3%) des sujets âgés présentent un indice d'aide sociale faible (2, 14). Par ailleurs, l'investigation du handicap d'intégration sociale tel qu'il a été défini par la Classification Internationale des Handicaps (C.I.H.), a permis de mettre en évidence la bonne intégration sociale de nos personnes âgées. En effet, seuls 3,5% (IC95% : 2,7% - 4,3%) de nos sujets âgés ont présenté un indice de relations interpersonnelles faible (2, 11).

VI-BIBLIOGRAPHIE

1. Institut National de la Statistique (Tunis, Tunisie). « Statistiques démographiques et Sociales », <<http://www.ins.nat.tn/indexfr.php>>, 18 février 2014.
2. Said HAJEM. Etat de santé et conditions de vie des personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile. Méthodologie et résultats de l'étude nationale. Institut National de la Santé Publique, Office National de la Famille et de la Population, Ministère des Affaires sociales et Organisation Mondiale de la Santé. Rapport de fin d'étude. 1 Vol., 179p., janvier 1997.
3. Said HAJEM. Guide gérontologique à l'usage du généraliste. Document édité par l'Institut National de Santé Publique. 1 Vol., 63p., juin 1999.
4. Said HAJEM. La Gériatrie : Formation et Coordination des Soins. Actes du Forum national (organisé le 04 Mars 1999) sur la place de la gériatrie et de la gérontologie sociale dans la formation et l'exercice des médecins en Tunisie et la coordination des soins gériatriques. Document édité par l'Institut National de Santé Publique. 1 Vol., 112p., juin 1999.
5. Said HAJEM. L'aide à domicile : le temps de l'affirmation, Réflexion sur le maintien à domicile des personnes âgées en Tunisie. Rapport du comité national de réflexion réuni du 10 au 16 mai 1999. Document édité par l'Institut National de Santé Publique. 1 Vol., 92p., septembre 1999.
6. Said HAJEM. Le Diplôme D'Etudes Supérieures Spécialisées (DESS) de Gériatrie de la Faculté de Médecine de Tunis : Objectifs, Organisation et Programmes. Document édité conjointement par l'Institut National de Santé Publique et la Faculté de Médecine de Tunis. 1 Vol., 48p., septembre 2001.
7. Said HAJEM. Les perspectives d'avenir de l'enseignement de la Gériatrie et de l'hospitalisation à domicile en Tunisie. Document édité par l'Institut National de Santé Publique. 1 Vol., 83 p., juin 2002.
8. Said HAJEM. Espérance de vie sans incapacité de la population tunisienne âgée. Document édité par l'Institut National de Santé Publique. 1 Vol., 60 p., juillet 2002.
9. Said HAJEM. Etat de Santé et Consommation médicale de la population tunisienne en 2000-2001 : A travers les résultats de l'étude nationale sur la santé et les soins médicaux. Tome 1 : Etat de Santé. Document édité par l'Institut National de Santé Publique. 1 Vol., 525 pages, décembre 2003.
10. Said HAJEM. Le Vieillessement de la population tunisienne : un enjeu majeur pour le système sanitaire et social. Document édité par l'Institut National de Santé Publique. 1 Vol., 307 pages, février 2005.
11. Hajem S., Dziri C., Lebib S. Le handicap dans les rôles de survie ! Etude au sein de la population tunisienne âgée de plus de 65 ans vivant à domicile. Gérontologie, 2005, 134 : 39-51.
12. Said HAJEM, Nouredine MEJRI. La dépendance au sein de la population tunisienne âgée : Causes et conséquences d'un enjeu sanitaire et un risque social. Document édité par l'Institut National de Santé Publique. 1 Vol., 210 pages, mars 2006.
13. Said HAJEM, Chalbi BELKAHIA. Guide pour le bon usage des médicaments chez le sujet âgé. Document édité par l'Institut National de Santé Publique. 1 Vol., 60 pages, mai 2006.
14. Kamoun N, Hajem S, Guaddana N, Achour N, Slimane H. Diabète, hypertension, obésité chez les sujets âgés : étude à propos de 981 tunisiens âgés de 65 ans ou plus. La Revue de Gériatrie, tome 31, n°7, septembre 2006, 477-486.
15. Said HAJEM. Mise au point récapitulative sur les formations émergentes générées par la transition épidémiologique en Tunisie. 1 Vol., 37 pages, juillet 2008.
16. HAJEM S, MRABET A. Epidémiologie des démences en Tunisie. La Tunisie Médicale 2008 ; Vol 86 Supp. (n°07) : 744 – 745.
17. Said HAJEM. Les droits à la santé et aux soins médicaux des personnes âgées en Tunisie. Document édité par l'Institut National de Santé Publique. 1 Vol., 27 pages, octobre 2008.
18. Said HAJEM. Plan national de lutte contre la maladie d'Alzheimer et les pathologies apparentées. Document édité par l'Institut National de Santé Publique. 1 Vol., 41 pages, septembre 2009.
19. Said HAJEM. Situation actuelle et perspectives d'avenir de la filière d'auxiliaire de vie sociale. Document édité par l'Institut National de Santé Publique. 1 Vol., 13 pages, mai 2010.
20. Said HAJEM. Situation actuelle et perspectives d'avenir de la formation en Gériatrie. Document édité par l'Institut National de Santé Publique. 1 Vol., 22 pages, mai 2010.
21. Said HAJEM. Stratégie nationale pour le développement de l'hospitalisation à domicile. Document édité par l'Institut National de Santé Publique. 1 Vol., 25 pages, septembre 2011.
22. Said HAJEM. Stratégie nationale de prévention et de prise en charge de la dépendance. Document édité par l'Institut National de Santé Publique. 1 Vol., 23 pages, juin 2012.
23. The Elderly in Tunisia. Increased Solidarity and Spontaneous Contribution to Development Efforts. Document édité par le Ministère des Affaires Sociales. 1 Vol., 39 pages, avril 2002.

Evaluation fonctionnelle des personnes âgées et prévention de la perte d'autonomie.

O.Kharrat*, S.Dziri*, L.Ghidaoui, I.Aloulou*, C.Dziri*, FZ Ben Salah**Mme H.Ferchichi*

*Service de médecine physique Réadaptation Fonctionnelle de l'Institut National d'Orthopédie M.Kassab

**Institut Supérieur de l'Éducation Spécialisée La Manouba

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population et la pandémie de maladies chroniques qui l'accompagne obligent les systèmes socio-sanitaires à cibler davantage les soins à long terme et à adopter une approche fonctionnelle de la maladie centrée sur les incapacités et les handicaps qu'elle génère [1]. Il est plus difficile de rester autonome dans le grand âge qu'aux époques précédentes de la vie tant les équilibres somatique et psychique sont précaires [2]. Considérée au plan purement fonctionnel, l'autonomie est assimilée à la faculté d'accomplir seul les actes de la vie quotidienne nécessaires à la sécurité et à la satisfaction des besoins.

Vue sous cet angle, l'autonomie comprend trois grands volets [2] :

- La maîtrise des déplacements et de la communication
- Les activités corporelles et domestiques ;
- Les activités intellectuelles et psychomotrices

Il convient donc d'être en mesure de pratiquer une évaluation fonctionnelle objective de la personne âgée, afin de pouvoir mettre en place précocement des stratégies de prévention et/ou de compensation pour éviter la perte partielle ou complète de l'autonomie sur tous ses volets. Toute évaluation nécessite des outils précis, objectifs et reproductibles. Il faut toujours commencer par la réalisation d'une évaluation « classique », complétée par des tests plus spécifiques et orientés. L'objectif de ce travail est d'essayer de détailler les moyens les plus utilisés pour l'évaluation et la prise en charge de la perte d'autonomie chez le sujet âgé.

DETERMINANTS ORGANIQUES :

Une altération de l'autonomie est en général multifactorielle. Les facteurs aboutissant à la perte d'autonomie sont de trois ordres : organiques, sociaux et psychologiques [2]. De ce fait il faut commencer toujours par l'étude des antécédents et les traitements suivis étant donnée la fréquence de la polypathologie et de la polymédication chez les sujets âgés. Il faut aussi consulter toutes les ordonnances et essayer de les alléger dans la mesure du possible en évaluant le rapport bénéfices/risques et le risque d'iatrogénie par des outils comme START et STOP [3].

Les urgences somatiques, notamment infectieuses, métaboliques, cardiovasculaires, abdominales et neurologiques, sont d'autant plus

à redouter que l'altération de l'autonomie est rapide en quelques jours, voire d'un jour à l'autre [2]. Un autre réflexe à acquérir systématiquement est de se demander s'il n'y a pas un syndrome « post-chute », c'est-à-dire une peur de chuter de nouveau entravant brusquement l'autonomie [3].

EVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ LE SUJET AGE :

Chez ces patients une évaluation adaptée de la douleur est nécessaire. L'évaluation de la douleur fait appel à la même stratégie que chez le sujet plus jeune mais avec quelques spécificités, liées davantage aux pathologies associées au vieillissement. Les atteintes sensorielles, les pathologies touchant la cognition (accident vasculaire cérébral, Parkinson, démences, traitements sédatifs) vont étiéner les capacités relationnelles [4].

Comme chez le sujet plus jeune, il faut identifier le caractère aigu ou chronique de la douleur et privilégier systématiquement l'autoévaluation, même s'il semble exister quelques troubles cognitifs. Il est ainsi impératif de mesurer l'intensité de la douleur, d'en préciser les localisations, les caractéristiques (nociceptive ou neuropathique), l'évolution ainsi que ses facteurs de variation, le retentissement affectif et fonctionnel et enfin l'impact sur la qualité de vie [4].

Les outils d'évaluations de la douleur sont ceux validés par la HAS dans les recommandations publiées en 1999 chez l'adulte douloureux chronique [5] et celles de 2000 pour les patients âgés ayant des troubles de la communication verbale [6].

L'Échelle Visuelle Analogique (EVA), l'échelle Verbale Numérique (EN), l'échelle Verbale Simple (EVS) et les

planches de visages ont été validées en gériatrie chez les patients aux fonctions cognitives intactes ou ayant des troubles cognitifs modérés c'est-à-dire un Mini-Mental State Examination (MMSE) ≥ 18 par consensus d'experts [7]. Par contre, lorsqu'il faut faire une hétéro-évaluation il est conseillé d'utiliser Dolopius et PACS-LAC (Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate). L'idéal serait de désigner un soignant référent pour le repérage du (ou des) trouble(s) du comportement indicateur(s) de douleur et l'évaluation devra être répétée sur la nyctémère, en prenant en compte l'avis de la famille [7].

MOYENS D'EVALUATION :

Il existe de nombreuses échelles d'évaluation de l'autonomie qui répondent à des objectifs variés visant à pointer les incapacités, analyser les capacités restantes, estimer la charge en aide à la vie, classer la personne dans des groupes d'autonomie théoriquement homogènes. Nous allons présenter les principales évaluations décrites plus spécifiquement pour la personne âgée.

1. Evaluation des troubles cognitifs :

Les fonctions cérébrales supérieures, cognitives et comportementales, incluent les systèmes mnésiques, le langage, les capacités attentionnelles, sensorielles élaborées (visuelles, auditives, somatosensorielles) et pratiques, les fonctions exécutives et leurs composantes comportementales. Les modalités de révélation des troubles cognitifs peuvent donc être très diverses (plaintes mnésiques, manque du mot, troubles psychiques et comportementaux...) [8-9]. L'identification des manifestations précoces de l'atteinte du système nerveux central est difficile. L'interrogatoire de l'entourage du sujet âgé à la recherche de difficultés évocatrices de troubles cognitifs dans la vie quotidienne est

souvent riche d'enseignements. Dans ce cadre nous pouvons chercher une désorientation dans le temps et l'espace ou des difficultés dans les quatre activités de la vie quotidienne (téléphone, moyens de transport, budget, prise de médicaments). Pour repérer le déclin cognitif, plusieurs tests psychométriques rapides d'utilisation ont été validés (MMSE, batterie cognitive (B2C), tests de cinq mots...) [10, 11, 12] avec une sensibilité et une spécificité propre à chacun pour le repérage des démences.

Des échelles sont aussi utiles pour étudier la répercussion des troubles cognitifs sur les activités de la vie quotidienne comme ADL (Activities of Daily Living) et IADL (Instrumental Activities of Daily Living) [13,14].

2. Evaluation de l'équilibre

Trois tests moteurs facilement réalisables et reproductibles nous permettent d'évaluer la motricité et son retentissement chez la personne âgée qui sont le Test de Tinetti, le Test Moteur Minimum et le Get Up and Go Test.

2.1. Test de tinetti

L'article original de Tinetti [15] relevait d'une démarche globale visant à évaluer la mobilité grâce à une description sémiologique complète des anomalies de l'équilibre et de la marche. Cette évaluation clinique devait permettre d'orienter le clinicien vers une pathologie expliquant la perte de mobilité et de proposer des mesures thérapeutiques ou de réadaptation [16]. L'observation des anomalies de l'équilibre repose sur 13 tâches posturales cotées selon trois niveaux (normal, adaptatif et anormal) et neuf situations au cours de la marche cotées selon deux niveaux (normal et anormal). La cotation de ces items est complexe.

Tinetti a présenté ultérieurement une échelle réduite à sept items cotés selon deux niveaux qui apparaît corrélée au risque de chute [17]. Très peu d'études ont retrouvé une

valeur prédictive du test de Tinetti pour le risque de chute [16]. Le Test de Tinetti paraît être essentiellement un outil pédagogique de bonne qualité permettant d'évaluer avec une grande précision sémiologique les anomalies de l'équilibre et de la marche du sujet âgé [16]. C'est loin d'être le gold standard attendu en clinique ou en recherche, même si en termes de faisabilité ce test reste le test d'équilibre le plus approprié pour évaluer l'équilibre de populations très âgées [16].

2.2. Test moteur minimum

C'est un test rapide (11 mn) et simple [16]. Ce test comporte 20 items pour apprécier les aptitudes motrices en positions couchée, assise, debout et à la marche [18]. Chaque item est coté 1 ou 0 selon que l'exécution de la tâche est possible ou selon que la réponse à l'item est oui ou non. En plus des 20 items cotés ce test prend aussi en compte la notion d'une ou de plusieurs chutes au cours des six derniers mois et la capacité à se relever du sol. Le Test Moteur Minimum est particulièrement utile lorsque la réalisation du test de Tinetti est impossible [18]. Comme beaucoup de tests posturaux il ne prédit pas bien le risque de chute [18].

2.3. Get up and go test

Ce test permet d'évaluer la coordination entre posture et mouvement à travers une succession de tâches complexes : se lever d'une chaise, marcher, faire demi-tour et venir se rasseoir [19]. La cotation manque de précision et est trop qualitative, variant de 1 (aucun risque de chute durant le test) à 5 (gravement anormal avec un risque de chute permanent) [16]. Les grades 2, 3 et 4 correspondent à des anomalies posturales et de marche plus ou moins marquées et difficiles à objectiver : lenteur anormale, hésitations, démarche titubante, mouvements anormaux du tronc ou des membres inférieurs ce qui explique que la reproductibilité interobservatrice n'est

pas excellente [16]. Il est à noter que la relation entre le score au « Get Up and Go » et le risque de chute n'a jamais pu être établie [16].

La version modifiée, chronométrique, appelée Timed Up and Go ou TUG [20] paraît plus intéressante. Il est proposé de retenir 12 secondes comme valeur seuil de normalité chez le sujet âgé [16]. La faisabilité du TUG dans une population de sujets très âgés dont certains présentent des troubles cognitifs restent néanmoins discutée [16]. Comme les autres tests posturaux l'intérêt du TUG pour prédire la chute est très modeste [16].

2.4. Test d'appui monopodal

L'appui monopodal ou One leg balance est un des tests les plus utilisés pour la mesure clinique de l'équilibre statique [21]. Sa simplicité d'utilisation et sa fiabilité en sont les raisons. Plusieurs auteurs [22] ont préconisé l'utilisation de ce test pour évaluer les sujets âgés.

Pour réaliser ce test, il faut demander au sujet de tenir le plus longtemps possible debout sur un pied, les bras le long du corps, en face d'un repère visuel disposé sur le mur. Le chronométrage peut être manuellement jusqu'à une durée maximale de 60 secondes. Il faut noter pour chaque patient la durée maximale d'appui sur chaque jambe, le nombre d'appuis nécessaires pour tenir et la capacité de se tenir pour une durée supérieure à 5 secondes.

3. Evaluation de la dépendance:

L'évaluation de la dépendance peut se faire par plusieurs échelles :

3.1. Mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF)

La mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF) est un système uniforme de données mis au point et validée par le département de rééducation et de réadaptation médicales de l'Université de Buffalo A New York en 1987 [23]. Sa traduction

française a été validée par Minaïre [24]. La MIF est une échelle d'autonomie qui sert à évaluer l'incapacité du patient, c'est à dire, sa dépendance, en mesurant, non pas ce que le patient pourrait faire, mais ce qu'il fait réellement en situation.

Cette échelle comporte 18 items regroupés en 6 rubriques (soins personnels, contrôle des sphincters, mobilité/transferts, locomotion, communication, conscience du monde extérieur). Chaque item est coté de 1 à 7. La cotation finale va de 18 (dépendance maximale) à 126 (normal). Un score ≤ 80 justifie le recours à une tierce personne.

La MIF nous semble être un très bon outil d'évaluation fonctionnelle de la dépendance en milieu Gériatrique. Elle permet de guider le travail de réadaptation et d'orienter le devenir du patient [25].

3.2. Autres moyens d'évaluation :

Lors d'une évaluation de la dépendance, les instruments d'évaluation validés seront choisis. L'échelle des activités de vie quotidienne (Activities of Daily Living ADL) [13] est simple, rapide à renseigner et valider. Elle est considérée comme une référence dans la littérature internationale. Cette grille de plus prédit fortement le pronostic en terme de morbi-mortalité.

Pour l'évaluation de la dépendance chez des sujets âgés vivant à leur domicile, il est nécessaire d'évaluer les activités courantes qui nécessitent une utilisation des fonctions cognitives dites instrumentales. L'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (Instrumental ADL) est la plus utilisée [14]. Les activités ainsi évaluées sont la capacité d'utiliser le téléphone, de faire les courses, de préparer un repas, de faire le ménage, de laver le linge, d'effectuer un voyage ou des transports urbains, de prendre un traitement médicamenteux et de gérer un budget personnel.

La grille AGGIR (Autonomie Gériatrique Groupes Iso Ressources) sert à évaluer l'état fonctionnel et à classer les besoins du sujet au sein d'un référentiel à 6 niveaux. Cette grille est utilisée à des fins réglementaires.

D'autres grilles ont été proposées pour des utilisations variées, telles que l'évaluation de la charge en soins d'un service ou le suivi d'un sujet. Dans ce cadre nous pouvons citer celle de la Société Française de Gériatrie (Grille de Kuntzmann) ou la grille Gérotona.

4. Perspectives tunisiennes :

En Tunisie, on pourrait proposer une évaluation de la personne âgée selon la grille d'évaluation du Handicap qui existe en Tunisie en 1ère ligne et pourrait s'appliquer aux personnes âgées afin de lister leurs problèmes de santé et de dépister leurs capacités restantes par rapport aux situations de handicap, dans le but de proposer une prise en charge individualisée selon leurs besoins [26].

Cette grille se compose de 4 pages, chacune détaillant des spécificités particulières :

1^{re} page: identification

2^{re} page: organes/fonctions atteintes (0 à 4)

3^{re} page: situations de la vie quotidienne (0 à 4; 9 si non cotation)

4^{re} page: besoins conséquents = traitement, rééducation, appareillage, infirmier, psychologue, tierce personne (temps partiel / temps plein), autre

Son utilisation chez la personne âgée permet de prescrire de façon orientée les diverses thérapeutiques et juger de l'évolution.

UNE ÉVALUATION POUR UNE PRISE EN CHARGE ADAPTÉE

Après une évaluation exhaustive nous pouvons organiser une prise en charge adaptée selon les évaluations préalables, décrite en terme de prévention sur les 3 niveaux avec

référence aux recommandations de la Haute Autorité de Santé Française en 2005 [27] mais aussi et surtout en adéquation avec les demandes de la personne âgée et/ou de ses aidants. En pratique, il conviendrait de pouvoir appliquer ces consignes dans une stratégie de prise en charge ambulatoire de la personne âgée soit à titre externe (dans une structure proche du domicile) soit au domicile de la personne âgée. Ainsi, nous pouvons décrire différents intervenants potentiels selon les besoins spécifiques de la personne âgée.

Les objectifs de cette prise en charge étant de maintenir les activités physiques minimales pour garder un certain degré d'autonomie pour se tourner, s'asseoir et se remonter dans un lit, soulever le bassin allongé, se laver, s'habiller, manger, boire, s'asseoir au bord du lit, avoir un bon équilibre en position assise, se verticaliser d'un lit/fauteuil, pivoter et marcher.

Ainsi il faut donc insister sur les bienfaits de l'activité physique, permettant d'entretenir l'équilibre et l'état orthopédique, contrôler la courbe pondérale, équilibrer le métabolisme, favoriser les fonctions cardio-vasculaires et respiratoires, la coordination et la socialisation sans oublier l'apport psychologique.

1. Prévention:

Elle se doit d'être précoce grâce à la prévention de toutes les affections de l'enfance ou de l'âge adulte jeune avec répercussions à long terme, aux programmes nationaux (diabète, HTA, ...), au traitement rapide des affections survenant chez la personne âgée, au dépistage et au traitement des déficiences sensorielles (vision, audition) et à la prévention du syndrome d'immobilisation de la personne âgée.

Il faut souligner l'importance d'un programme de rééducation adapté, rapidement instauré, devant tout symptôme susceptible d'en-

traîner une perte d'autonomie, provisoire ou durable.

La Médecine Physique-Réadaptation Fonctionnelle assure la coordination et l'application des mesures pour prévenir et réduire les conséquences depuis le début de l'affection jusqu'à la réinsertion (à domicile et familiale pour la personne âgée), et même de surveiller la qualité de la réinsertion. De nombreux moyens de rééducation existent et doivent être utilisés à bon escient selon l'approche globaliste de la personne âgée en tenant compte du maximum de bénéfices avec le minimum de contraintes.

La prise en charge rééducative de la perte d'autonomie chez la personne âgée fait intervenir de nombreux intervenants en particulier la Médecine Physique-Réadaptation Fonctionnelle qui assure un rôle de prévention aux 3 niveaux (l'aire, l'aire et l'aire) en utilisant divers moyens selon un programme personnalisé au cas par cas.

Les moyens sont nombreux, chacun ayant un but bien défini (avec ses indications, contre-indications, précautions de réalisation). Nous pouvons citer :

- Massages (massothérapie)
- Postures et mobilisations passives
- Kinésithérapie active
- Kinébalnéothérapie (crénothérapie/thalassothérapie)
- Physiothérapie
- Ergothérapie
- Appareillage

La Médecine Physique-Réadaptation Fonctionnelle permet de maintenir un état trophique, musculaire, articulaire, postural, d'équilibre satisfaisant chez la personne âgée, concordant avec une meilleure qualité de vie et un impact psychologique.

1.1. La prévention primaire

Doit commencer tôt, à domicile et consiste en l'information et les conseils aux familles ou aux personnes âgées elles-mêmes.

A cette phase précoce de l'intervention, il faut agir sur la qualité

de l'environnement et sur le mode de vie, comme par exemple certains facteurs favorisants faciles à corriger, il faut éviter les sols glissants, la présence de tapis, les lieux mal éclairés, les salles de toilettes non équipées de barres d'appui, les meubles trop bas. D'autres facteurs sont à corriger tels que l'habillement, des chaussures mal adaptées, même si celles-ci sont « consacrées par l'usage », des vêtements de mise difficile, l'accessibilité non adaptée du logement (escaliers, pas de rampe, ...). La mobilité de la personne âgée est un domaine où le kinésithérapeute est particulièrement habilité à intervenir. Il faut rappeler l'influence particulièrement néfaste de la non-activité et de la non-sollicitation sur l'équilibration d'où l'intérêt d'inciter les jeunes retraités à maintenir une activité physique régulière.

Le kinésithérapeute peut, lui-même, animer des groupes en utilisant des programmes spécifiques en fonction des tranches d'âge (cf OMS).

Le maintien des fonctions cognitives est un domaine où l'ergothérapeute et le neuropsychologue sont particulièrement habilités à intervenir, ici il faut mettre en évidence l'influence particulièrement néfaste de la non-activité et de la non-sollicitation sur les fonctions cognitives et la mémoire et ainsi inciter les jeunes retraités à maintenir une activité mentale et des réunions en société régulières (selon leurs affinités), ou réunion de groupes éventuellement.

1.2. La prévention secondaire

Le dépistage des premiers signes de déficiences est une étape essentielle. Il suppose un examen médical rigoureux s'appliquant à tester systématiquement les réactions d'adaptation posturale et un regard non fataliste sur les troubles de faible importance et d'installation souvent insidieuse.

Il s'agit d'une population à risque qui devrait pouvoir être suivie et bénéficier de séances collectives d'animation

physique spécifiquement orientées sur la prévention de la chute.

Les objectifs de cette prévention secondaire sont la maintenance des automatismes, le développement des compensations et l'acquisition du relever du sol.

Parallèlement, l'entretien de la trophicité musculaire et de la souplesse articulaire est essentiel, en privilégiant les stimulations cutanées podales, ainsi que la sollicitation de l'adaptation posturale et des réactions de protection, les assouplissements de l'articulation tibio-tarsienne et la répétition des gestes fonctionnels. Plus les gestes sont automatisés, plus la dépense énergétique est faible. Tout laisse à croire qu'en favorisant ainsi l'économie des réserves énergétiques, nous favorisons l'initiative motrice et nous réduisons les facteurs d'entrée dans la dépendance.

Il faut toujours rechercher les troubles vésicosphinctériens et anorectaux qu'il faut évaluer et prendre en charge.

1.3. La prévention tertiaire

C'est la réadaptation après un événement plus grave, comme une chute. Les limitations fonctionnelles entraînées par l'affection peuvent aller de la simple appréhension (avec réduction du périmètre de marche) jusqu'à la régression psychomotrice (RPM) aiguë brutale. La durée pendant laquelle la personne âgée est immobilisée au sol, incapable de se relever, conditionne la gravité du pronostic.

Un autre élément déterminant est l'absence de réaction de protection au moment de la chute (réactions parachutes) avec risque de véritable phobie de la station debout.

En rééducation, la stimulation des réactions de protection doit être faite dans des conditions optimales de sécurisation et être précédée par des exercices d'adaptation posturale.

Il y a souvent des difficultés chez le sujet âgé à coordonner l'adaptation posturale et l'activité volontaire, d'où l'intérêt d'utiliser en station debout

des exercices nécessitant un contrôle volontaire.

Même dans les formes minimales, il faut insister sur les changements de position (coucher-debout ; assis-debout) et ne pas hésiter à fournir une aide à la marche si elle est une condition à la mise en confiance.

Se relever du sol doit être entrepris systématiquement, même s'il nécessite en début de progression une aide importante de la part du kinésithérapeute.

La chute induit la peur chez la personne âgée, mais elle insécurise également l'entourage. L'explication des objectifs de la rééducation et des moyens utilisés contribue à rassurer et à démontrer la réversibilité du processus. La chute du vieillard s'entoure d'une aura fataliste qu'il faut à tout prix démanteler [27].

2. Autres moyens de la prise en charge

2.1. Entretien articulaire

En dehors d'une affection spécifique de l'appareil loco-moteur, la conservation ou l'amélioration des amplitudes articulaires doit privilégier la mobilité de la tibiotarsienne.

La mobilité du rachis, en particulier le rachis cervical, est sollicitée lors des mouvements fonctionnels.

2.2. Renforcement musculaire

Il faut privilégier les techniques de renforcement musculaire quand un déficit musculaire précis a été identifié, ou répétition d'exercices fonctionnels, sans oublier les programmes supplémentaires d'autorééducation entre les séances.

2.3. Travail des transferts

Il faut essayer de préserver les capacités de transferts ou les récupérer après un épisode aigu, en particulier il faut travailler le transfert de la position assise à la position debout et les retournements et lever du lit. Pour cela, nous pouvons utiliser les moyens de répétitions de séquences du mouvement tels que le passage en

Activité physique adaptée réalisée en groupe permettant le renforcement musculaire global, les assouplissements du rachis et le travail de l'équilibre



latérocubitus, la descente des talons hors du lit, le passage assis au bord du lit en poussant sur les membres supérieurs, le passage assis-debout (placement des pieds), la prise d'appui sur les accoudoirs, la stabilisation de la tête dans l'espace avec fixation du regard, la flexion antérieure du tronc, la poussée sur les membres inférieurs, stabilisation en position debout. Pour le passage debout-assis nous pouvons travailler l'inclinaison du tronc en avant avec stabilisation de la tête, la prise d'appui sur les accoudoirs avec flexion des genoux.

2.4. Maintien des fonctions d'équilibration

Doit commencer par une évaluation des capacités avec recherche de la projection antérieure du centre de masse en cas de rétropropulsion, un déclenchement des déséquilibres

intrinsèques et un déclenchement des déséquilibres extrinsèques par poussées thoraciques ou par utilisation de plans instables.

La prise en charge comportera une réautomatisation des stratégies d'adaptation posturales et de protection avec modulation de la base d'appui en visant progressivement la position unipodale, les stimulations sensorielles (privation de la vue, stimulations podales) et la réalisation de 2 tâches simultanées par exemple le contrôle postural et une tâche cognitive ou un mouvement volontaire complexe.

2.5. Travail de la marche

La rééducation de la marche est inscrite dans un programme comportant des exercices d'équilibre et des exercices fonctionnels de lever de fauteuil et de retour en station assise. Pour cela nous utilisons des consignes verbales cadencées pour faciliter le rythme, en variant la vitesse et la direction. D'autres exercices sont préconisés comme la montée et descente d'escaliers et les exercices de marche en double tâche, tout en surveillant l'adaptation à l'effort.

En cas de trouble de l'équilibre, il faut conseiller l'utilisation d'une aide technique de marche adaptée.

2.6. Travail du relever du sol

L'apprentissage du relever du sol fait partie des techniques essentielles dans la prévention de l'autonomie.

La descente au sol est faite activement par le sujet chaque fois que cela est possible. Avec une prise d'appui, le sujet pose un genou au sol, puis l'autre. Le redressement débute en position assise (attitude spontanée du sujet si chute mécanique), puis le sujet cherche latéralement un appui des membres supérieurs par une rotation du tronc, qui entraîne celle du bassin et facilite le placement des membres inférieurs pour se mettre à 4 pattes; puis il y a un passage à genoux, la position en chevalier servant et le redressement à la station debout avec les membres supérieurs. Ces séances

sont de courte durée avec temps de repos.

2.7. L'antalgie

La participation régulière à l'exercice aide au contrôle des douleurs persistantes. Parfois il faut recourir au massage et/ou à la physiothérapie.

2.8. L'éducation du patient et de l'entourage

La continuité de la stimulation au mouvement pendant la séance et dans les activités de la vie quotidienne suppose une éducation et une formation des aidants familiaux et de l'ensemble des professionnels intervenant auprès de la personne âgée.

L'entretien de l'activité entre les séances peut faciliter l'entretien de la marche avec l'aide de l'entourage.

2.9. En cas de détérioration cognitive

Chez ces patients, il est particulièrement recommandé pour l'évaluation d'utiliser des mises en situation fonctionnelle pour simplifier la démarche, affiner les bilans, utiliser certains comportements fonctionnels à des fins rééducatives et éviter les situations d'échec. Il faut progresser par objectifs successifs en usant de patience et de persévérance.

L'utilisation de repères spatiaux et temporels et la qualité des consignes constituent les éléments essentiels de la relation au soin.

2.10. Aménagement du domicile

Les stratégies d'aménagement concernent surtout les aires de mobilité, la salle de bains et les toilettes.

Il faut également penser aux stratégies de l'agencement pour la préparation des repas ainsi qu'aux stratégies d'adaptation des éclairages et avancer des propositions d'améliorations pour faciliter les actes de la vie quotidienne et diminuer le risque de chute, sans oublier les propositions d'aides techniques et d'aides à la marche.

Conseils pour éviter des facteurs vestimentaires ou d'environnement favorisant la chute



CONCLUSION :

Le vieillissement de la population s'accompagne de risque de survenue de déficiences, de perte d'autonomie et de demande de soins spécifiques destinés aux sujets âgés.

Le risque de perte d'autonomie est à évaluer au mieux et à prévenir, pour en éviter les redoutables conséquences, grâce à des moyens relativement simples, mais à savoir mettre en place précocement.

REFERENCES :

1. Hébert R, Raiche M, Dubois MF, Gueye NR, Tousignant M. Développement d'indicateurs pour valoriser des actions de prévention et de réadaptation de la perte d'autonomie des personnes âgées. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 2012;60:463-472
2. Kagan Y. Perte d'autonomie : bilan, prise en charge. EMC-Médecine 2 (2005) 475-487

3. Lang JO. STOPP-START : du nouveau dans la détection des prescriptions médicamenteuses inappropriées dans la population âgée. *La Revue de Gériatrie*, 2010 ; 35 (5) : 341-8
4. Rat P, Bonin-Guillaume S. Douleur du sujet âgé et difficulté d'évaluation. *Douleurs*, 2008;9:2-8
5. HAS 1999 : Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire.
6. HAS 2000 : évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale.
7. Hadjistavropoulos T, Herr K, Turk DC, Fine PG, Dworkin RH, Helme R, et al. An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. *Clin J Pain* 2007;23:51-543
8. Benoit M, Robert PH, Staccini P, Brocker P, Guerin O, Lechowski L, et al. REALFR Group. One-year longitudinal evaluation of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. The REALFR Study. *J Nutr Health Aging* 2005;9 (2):95-9.
9. Lechowski L, Forette B, Teillet L. Diagnosis of dementia. *Rev Med Intern* 2004;25(5):363-75
10. Derouesné C, Poitrenieu J, Hugonot L, Kalafat M, Dubois B, Laurent B pour le GRECO : Mini-mental state examination (MMSE) : outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. Version française consensuelle. *Press Med* 1999;28(21):1141-8.
11. Robert PH, Schuck S, Dubois B, Lepine JP, Gallarda T, Olie JP, et al. Validation of the Short Cognitive Battery (SCB). Value in screening for Alzheimer's disease and depressive disorders in psychiatric practice. *Encephale* 2003;29(3 Pt 1):266-72.
12. Dubois B, Touchon J, Portet F, Ousset PJ, Vellas B, Michel B. Les cinq mots, épreuve simple et sensible pour le diagnostic de maladie d'Alzheimer. *Presse Med* 2002;31(36):1696-9.
13. Katz S, Dowty TD, Cash HR. Progress in the development of the index of ADL. *gerontologist* 1970;10:20-30.
14. Lawton M, Brody EM. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9:179-86.
15. Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1986;34:119-26.
16. Pèrennou D, Decavel P, Manckoundia P, Penven Y, Mourey F, Lauray F, Pfitzenmeyer P, Casillas JM. Évaluation de l'équilibre en pathologie neurologique et gériatrique. *Annales de réadaptation et de médecine physique* : 2006 ; 48 : 317-335
17. Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med* 1988;319: 1701-7.
18. Mourey F, Camus A, d'Athis P, Blanchon MA, Martin-Hunyadi C, de Rekenne N, et al. Mini motor test: a clinical test for rehabilitation of patients showing psychomotor disadaptation syndrome (PDS). *Arch Gerontol Geriatr* 2005; 40:201-11.
19. Mathias S, Nayak US, Isaacs B. Balance in elderly patients: the «get-up and go» test. *Arch Phys Med Rehabil* 1986;67:387-9.
20. Podsiadlo D, Richardson S. The timed «Up & Go»: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39:142-8.
21. Jamlo GB, Nordell E. Reliability of the modified figure of eight - a balance performance test for elderly women. *Physiother Theory Pract* 2003;19:35-43
22. Vaillant J, Martigné P, Vuilleme N, Caillat-Miosse JL, Parisot J, Juvin J, Nougier V. Modification des performances au Timed « Up and Go » test et à l'appui monopodal par l'addition d'une charge cognitive : valeur discriminative des résultats. *Annales de réadaptation et de médecine physique*. 2006 ;49:1-7
23. Keith RA, Granger CV, Hamilton BB, Sherwin FS. The functional independence measure: a new tool for rehabilitation. In: Eisenberg MG, Griesik RC. *Clinical Rehabilitation*. New York, Springer-Verlag. 1987; 16-18
24. Minaire P. La mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF). Historique, présentation, perspectives. *J Réadapt Med* 1991;11:168-74
25. Buja JM, Carlier P, Belkacemi A. Intérêt de la mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF) dans un service de rééducation et de réadaptation gériatriques. *Ann Réadaptation Med Phys* 1995; 38 : 435-441
26. Ministère des Affaires Sociales Décret 2005-3086 du 29 nov 2005 Grille d'évaluation du handicap
27. Recommandations pour la pratique clinique Masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile. HAS 2005

Argumentaire

Références non citées :

- Brochure Ministère de la Santé MPR en gériatrie
- Brochure Ministère de la Santé AP chez PA
- Activité Physique: Contextes et effets sur la santé - Synthèse et recommandations
- Expertise collective INSERM. Avril 2008 Site du Ministère de la Santé: pdf 635 Ko (168pages)
- http://ist.inserm.fr/basisrapports/activite-physique/activite-physique_synthese.pdf
- « Les pratiques physiques et sportives chez les tunisiens. Regards croisés. » édité par l'Observatoire National du Sport 2010

Profil psychologique du sujet âgé

BACH CHAOUCH Kaouther, THABET Asma, BEN SALAH Fatma Zohra

Introduction :

La vieillesse ou « 3ème âge », est la dernière étape de la vie. C'est une crise existentielle, qui fragilise l'individu et nécessite des efforts d'adaptation à la diminution progressive et continue de ses performances et de ses fonctions somatique, psychique et sociale.

Elle se caractérise par la vulnérabilité personnelle et la précarité de la santé physique et mentale.

Cependant, le vieillissement suit un rythme différent d'un individu à un autre, ce qui rend difficile la délimitation de la vieillesse. L'OMS a retenu la limite de 65 ans pour définir les personnes âgées :

- Les gérontains : entre 65 et 75 ans
- Les Vieillards : entre 75 et 90 ans ;
- Les grands vieillards : au-delà de 90 ans.

On divise le vieillissement en deux périodes :

- La pré-sénescence comprise entre 45 et 65 ans (après la crise du milieu de la vie).
- La sénescence à partir de 65 ans.

Dans ce qui suit, on mettra en évidence les retentissements de la vieillesse sur la personne du sujet âgé, en mettant l'accent sur plusieurs aspects notamment quelques traits spécifiques de sa personnalité qui peuvent aboutir parfois à la morbidité psychique.

RETENTISSEMENTS DE LA VIEILLESSE :

L'impact de la vieillesse est notable à plusieurs niveaux : la psychologie du vieillard va pâtir de la dégradation des performances physiques et mentales, de l'apparition de douleurs, de limitations fonctionnelles, d'éventuelles maladies chroniques ou handicaps et de l'idée de l'approche de la mort.

1. Sur le corps :

Les différentes fonctions du corps présentent une baisse générale des performances avec diminution de la capacité d'accommodation et de l'acuité sensorielle.

2. Sur la sexualité :

Le corps perd de son attrait physique et se déssexualise. La sexualité perd de son importance, même si elle est loin d'être finie à cet âge. Les

performances sexuelles diminuent, les désirs ignorent le vieillissement et les contraintes extérieures s'accroissent ce qui peut susciter des conflits.

3. Sur les fonctions cognitives :

Le vieillissement n'entraîne pas une baisse systématique de toutes les facultés intellectuelles ; certaines d'entre elles peuvent même se développer exp : l'étendue des connaissances, du jugement, de l'aptitude de surmonter des situations critiques.

Par contre d'autres facultés déclinent avec l'âge comme la faculté d'observation, la mémoire, la capacité de concentration et la faculté d'association. Ainsi, on note une baisse des performances qui nécessitent une adaptation mais une augmentation de celles qui se basent sur l'expérience.

4. Sur l'intelligence :

On distingue deux formes d'intelligence :

- fluide qui permet de résoudre des problèmes nouveaux
- cristallisée qui aide à la mise en jeu dans les raisonnements, les acquisitions et se base sur l'accumulation des expériences antérieures.

Le cerveau droit siège de l'intelligence fluide vieillit plus vite que le gauche, il y a alors dégradation de l'aptitude à s'adapter aux situations imprévues.

- Quant à d'autres composantes qui sont liées à l'intelligence, certaines sont préservées comme la capacité verbale, la vitesse d'expression, la capacité d'apprendre par contre la capacité de résolution de problèmes décline de plus en plus et les sujets âgés sont moins aptes à organiser et inté-

grer l'information.

5. Sur la mémoire :

La mémoire comporte

- la mémoire immédiate (entrée des données),
- la mémoire à court terme et la mémoire à long terme

Les pertes de mémoire les plus importantes semblent survenir à l'étape de l'entrée des données.

La mémoire de travail qui permet d'effectuer les opérations intellectuelles reste bien préservée mais reste dépendante des capacités d'attention qui diminuent. Par ailleurs, la mémoire à long terme reste la moins perturbée.

En général, la mémoire baisse avec l'âge pour tous les paramètres.

6. Sur l'attention :

Il est difficile pour le sujet âgé de se concentrer, c'est le cas surtout de l'attention partagée.

7. Sur la personnalité :

Le processus de vieillissement s'effectue sur le plan psychologique selon notre propre organisation psychique et notre capacité à faire face aux différents traumatismes. L'éducation reçue, le niveau de culture, le mode de vie façonnent la personnalité du sujet âgé.

D'autre part que la personne âgée connaît à cette période des ruptures successives qui peuvent perturber son équilibre psychique :

- perte des amis et des proches, veuvage, départ des enfants, etc.
- perte de son travail et de ses relations sociales.
- Altération de ses capacités physiques et mentales, et par conséquent de l'autonomie.
- perte de sa beauté, de sa puissance, de ses capacités de séduction et de la fécondité (surtout pour la femme).

Toutes ces pertes engendrent une blessure narcissique plus ou moins importante et le sujet âgé devra

faire alors son deuil d'une certaine image de lui-même.

Conscient de ces pertes et du peu de temps qui lui reste à vivre, le sujet âgé va adopter un nouveau rôle dans la famille et un nouveau style de vie socio-économique et sa personnalité sera caractérisée par :

- Un sentiment de vulnérabilité, avec diminution du contrôle émotionnel qui se traduit par une irritabilité, une impatience et une sensibilité, pouvant conduire à des attitudes de repli et d'isolement.
- Un égocentrisme, un désinvestissement du futur, avec concentration sur le présent ou le passé, qu'il enjolive, pour agrémenter le présent.
- Une passivité et une dépendance des autres : d'où l'importance du rôle que peuvent jouer ces derniers, dans l'équilibre psychologique des personnes âgées.
- Une régression psychologique : qui peut se traduire par :
 - des plaintes hypochondriques, fréquemment rencontrées chez les vieillards, pouvant traduire soit la recherche sécurisante d'une relation affective ou d'un attachement, auprès de l'entourage ou des équipes soignantes ; soit la fuite d'un conflit dans les plaintes somatiques.
 - une hypersensibilité aux flatteries, avec recherche insatiable d'attention et d'affectivité.
 - un intérêt accru pour l'argent, avec goût à la possession et une difficulté de partager.
- On assiste parfois à des régressions massives, qui font penser à des moyens archaïques de lutter contre l'angoisse de mort.
- Une sous-estimation de soi, pouvant conduire à la dépression (très fréquente à cet âge) et même au suicide (qui est le plus réussi à cette étape de la vie) due essentiellement à la perte du statut social et au remaniements de la vie familiale.

Certains changements de dimension de la personnalité comme présentés ci-dessus peuvent apparaître sans trouble de la personnalité. L'apparition de symptômes d'ordre pathologique dépendra des conflits intrapsychiques antérieurs, de la dynamique personnelle et de l'entourage. On cite comme :

PRINCIPAUX TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ :

1- La dépression : c'est le trouble affectif le plus commun, il existe en proportion égale chez l'homme et la femme.

2- Les réactions d'angoisse : Les réactions d'angoisse se manifestent par la crainte et l'anticipation anxieuses d'un mal alors même qu'il est difficile de déterminer de quoi l'on a peur. L'objet de l'angoisse est en effet généralement mal défini.

Les réactions d'angoisse proviennent souvent d'un sentiment d'impuissance devant la vie. On peut craindre l'avenir, la mort ou la difficulté de vivre.

3- L'hypochondrie ou névrose d'angoisse :

Elle se manifeste par une préoccupation angoissée concernant certaines parties du corps que le sujet croit lésées ou malades.

La maladie sert donc à justifier le besoin de dépendance envers autrui. La maladie étant plus menaçante pour les gens âgés, ceux-ci finissent souvent par convertir leur inquiétude en réaction d'angoisse exagérée, c'est-à-dire en hypochondrie.

4- Les réactions paranoïaques :

La paranoïa est un sentiment de méfiance à l'égard des personnes ou des forces extérieures perçues comme capables de nuire.

Les réactions paranoïques augmentent pendant la vieillesse. Cette augmentation peut s'expliquer par le fait que la surdité et les troubles de la perception sont fréquents chez les personnes âgées.

Peut-être les personnes qui n'entendent pas très bien finissent-elles par mal interpréter certains propos et prêter aux autres des intentions hostiles ou agressives.

5- Le délire :

Les délires de persécution ou de préjudice (les questions d'argent, peur d'être abusé)

6- La confusion mentale :

Le sujet âgé est conscient de ses défaillances et souffre de troubles de la mémoire qui peuvent être aggravés par l'anxiété et l'humiliation par un entourage maladroite.

Les souvenirs lointains affluent à la conscience et se mêlent avec le vécu présent (les liens de parenté sont intervertis).

Conclusion :

La santé mentale de la personne âgée est tributaire de l'hérédité, du milieu de l'interdépendance entre sa maturation physique et psychologique, de la conservation de ses habiletés psychologiques et de sa capacité de résoudre les conflits.

L'image la plus simple de la personne âgée mentalement en bonne santé est celle d'une personne qui s'adapte: elle conserve des liens affectifs satisfaisants avec les autres, ne réagit pas de manière automatique aux situations, supporte assez bien le stress et ne constitue pas un fardeau pour elle-même ni pour les autres.

Bibliographie,

- C. Aufray, C. Chéver, C. Ganière, F. (2014). Effets de l'âge et de la capacité de mémoire de travail sur l'exécution d'instructions de complexité variable chez d'adultes jeunes et âgés. www.sciencedirect.com.
- A. Amad, P. A. Geoffroy, G. Vaiva, P. Thomas (2012) personnalité normale et pathologique au cours du vieillissement : diagnostic, évolution et prise en charge. Pôle de psychiatrie, université Lille Nord de France, CHRU de Lille, France, www.sciencedirect.com.
- L. Bouffard (2012) le bonheur de vieillir : une approche «positive» du vieillissement. Université de Sherbrooke, Québec, Canada. www.sciencedirect.com.

Répertoire national des compétences des seniors

PRÉSENTATION

La création du répertoire national des compétences des seniors s'inscrit dans le cadre d'une meilleure exploitation des compétences nationales parmi les personnes âgées et les retraités, chacun dans sa spécialité, dans des activités volontaires et associatives. Le répertoire national des seniors est une banque de données relatives à des seniors retraités compétents qui ont exprimé leur volonté de transmettre bénévolement leurs expériences et de les mettre au profit de la communauté et de continuer ainsi à contribuer au processus de développement.

Objectifs

- Consolider et valoriser le rôle des personnes âgées et des retraités au sein de la famille et de la société. Leur permettre de continuer à être actifs et productifs.
- Préserver l'équilibre physique et psychique des personnes âgées et

- leur éviter la solitude et l'isolement.
- Stimuler l'esprit du bénévolat chez les personnes âgées et les retraités et développer leur contribution à l'œuvre de développement du pays.
- Mettre à profit leurs expériences et leurs compétences.

Contenu

Un listing des seniors compétents inscrits au Répertoire, selon leurs spécialités.

Un Listing des Organisations et Associations nationales ainsi que de leurs filiales, susceptibles d'accueillir et de mettre à profit ces compétences dans l'action du bénévolat.

Les adresses des Organisations, Associations et Institutions favorisant le volontariat et aux activités desquelles on peut participer.

Domaines d'activité

Encadrement, Conseil et Orientation dans les espaces disponibles au niveau des Organisations, Associations, Conseils municipaux et ré-

gionaux et institutions des secteurs public et privé, dans différents domaines.

Quelques exemples d'activités:

- La médiation pour la consolidation des liens familiaux.
- L'encadrement des jeunes qui comptent lancer un projet dans le secteur privé et leur soutien pour la réussite de ce projet.
- L'assistance des jeunes ayant un projet de mariage
- L'assistance des enfants sans soutien familial
- La contribution à l'enrichissement des activités éducatives et de loisirs dans les établissements pour enfants
- L'octroi d'aides scolaires aux enfants des familles démunies
- Encadrement des jeunes recrutés...
- Une fiche d'inscription au Répertoire des compétences des seniors.

Les compétences professionnelles de l'Éducateur Spécialisé du 21^e siècle en charge des Personnes Âgées

Med Lamine Ben Abderrahman

Institut Supérieur de l'Éducation Spécialisée

Dans le monde entier, dans les pays développés comme dans les pays en voie de développement, la pyramide des âges accuse une nette transformation. La durée de la vie s'est considérablement allongée depuis quelques dizaines d'années. En effet, la population adulte âgée de 60 ans et plus ne cesse d'augmenter grâce à l'allongement de la durée de la vie. Les préjugés développés à propos des personnes âgées sont très nombreux. Par exemple, on croit que la vieillesse est synonyme de déclin biologique et physiologique ; de perte des facultés intellectuelles ; de perte d'indépendance, voire d'autonomie et d'incapacité de subvenir aux besoins élémentaires.

Ces notions de défaillances physique et intellectuelle prévalent encore dans l'opinion publique des tunisiens. Ces derniers, dans leur immense majorité, stigmatisent la vieillesse et développent des préjugés nombreux quant à la capacité d'apprendre des personnes âgées. Un simple sondage d'opinions le confirme. On croit que les séniors :

- sont moins intelligents parce qu'ils sont vieux,
- qu'ils ne sont plus capables d'apprendre,
- qu'ils oublient tout,
- qu'ils sont incapables de penser correctement,
- qu'ils n'ont plus de créativité, etc.

Or, Si « apprendre » signifie généralement acquérir des connaissances que l'on ne possédait pas avant, ce verbe peut aussi signifier : « Continuer à s'éduquer, c'est-à-dire à changer, à évoluer, à poursuivre de manière continue et jusque dans l'âge le plus avancé ses mouvements de croissance personnelle ». En effet, comme le souligne fort bien la psychologie cognitive : « il est possible d'apprendre toute sa vie ». Le besoin d'apprendre est lié aux conditions essentielles de survie de l'être humain : « Continuer d'apprendre, d'évoluer, de s'adapter, d'interagir avec son entourage et son environnement, c'est continuer à vivre. ». S'appuyant sur cette idée, nos aînés ont beaucoup de choses à nous dire, et nous devons leur donner les moyens de se faire entendre en permanence dans la société. Il est temps de mettre un terme à la stigmatisation d'une génération entière et de valoriser son expérience et son savoir.

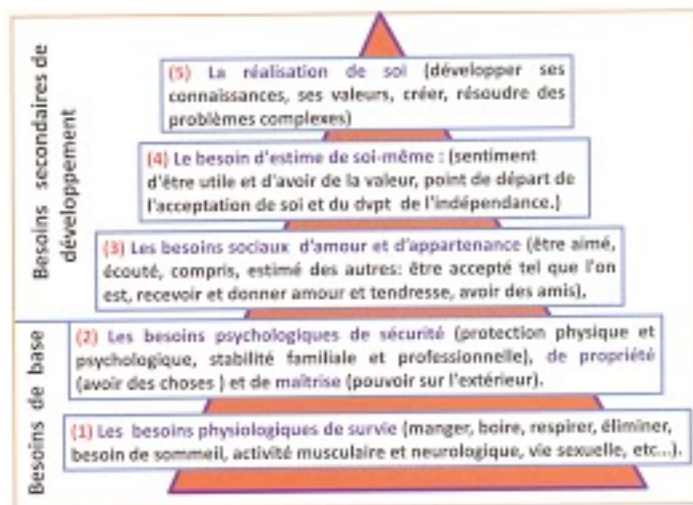
La personne âgée a, en effet, besoin d'être considérée comme un être vivant, riche d'un vécu antérieur, d'une émotivité, d'une affectivité, de désirs. Il a besoin d'un accompagnement de plus en plus spécialisé. Il devient évident que l'Éducation Spécialisée peut jouer un rôle central en permettant aux personnes âgées de rester indépendantes, de suivre l'évolution de leur société et de mener une vieillesse active et accomplie. L'éducateur spécialisé d'aujourd'hui peut-il être cet accompagnateur ? Quel rôle aurait-il à jouer ? Quelles caractéristiques et compétences professionnelles devrait-il développer ?

Cadre théorique de référence

Dans ce travail, nous nous inscrivons dans la pensée d'Abraham Maslow (1916-1972), de Karl Marx (1845-1846), de Carl Rogers (1902-1987), et de Kurt Lewin (1939).

Maslow et la «pyramide» des besoins de l'être humain.

Selon Maslow, les besoins humains sont organisés selon une hiérarchie où, à la base, on retrouve les besoins physiologiques élémentaires et à son sommet, on retrouve les besoins psychologiques et affectifs d'ordre supérieur. Ce sont ces besoins qui créent la motivation humaine.



Quels enseignements tirer ?

- La population âgée n'est pas un groupe homogène. Nombre de seniors sont en bonne santé et actifs, mais un grand nombre, en particulier ceux qui vivent dans des conditions précaires, sont exposés à l'isolement, à la pauvreté, à l'exclusion sociale et à la perte de la dignité humaine.
- Les besoins des personnes âgées sont différents et variés. Ils ventilent en 5 catégories (besoins physiologiques, besoins psychologiques, besoins sociaux, besoins d'estime de soi, besoins de réalisation de soi).
- Le lien entre les divers niveaux de besoins est différent selon les personnes.
- La relation entre les niveaux est de type dialectique. Chaque niveau provient du précédent et prépare au suivant.

- Dans tous les cas, un besoin physiologique urgent passe avant un besoin d'un niveau supérieur. Mais en revanche, le 5ème niveau, n'est jamais complètement atteint et toujours à rechercher davantage.

Moralité, en termes pédagogiques, il faut savoir distinguer les **objectifs urgents** et utiles des **objectifs supérieurs** (importants ultérieurement) et être capable de les opérationnaliser.

Dans son livre "l'idéologie allemande", Karl Marx écrit : « De chacun selon ses capacités, à chacun selon ses besoins ». Ce principe signifie que chacun travaillera selon ses capacités et recevra des biens de consommation selon ses besoins, qui seront ceux d'un homme évolué et cultivé. Transposé dans le monde de l'Éducation Spécialisée, ce principe deviendrait : « Toute personne âgée apprendra selon ses capacités

et recevra des biens éducatifs de consommation (cognitifs, moraux, physiologiques, psychologiques, sociologiques, médicaux, culturels et/ou spirituels...) selon ses besoins ».

Cette citation laisse émerger 3 principes ou règles en **Éducation Spécialisée**.

- 1- L'éducateur spécialisé doit tenir compte des capacités réelles de la personne âgée, c'est-à-dire, lui permettre d'apprendre à son propre rythme. Aussi les activités qui lui seraient proposées devraient-elles être adaptées à ses capacités réelles.
- 2- L'éducateur spécialisé doit tenir compte de la priorité d'un besoin sur un autre. Les besoins retenus seraient ceux dont la satisfaction à promouvoir est prioritaire pour l'évolution favorable de la personne âgée.

3- Tout apprentissage doit satisfaire un besoin immédiat, prioritaire, urgent.
Une simple comparaison entre "modèle pédagogique" et "modèle andragogique" éclairera davantage.

	Modèle pédagogique (l'enfant)	Modèle andragogique (adulte)
1- Besoin d'apprendre	Pour utilisation ultérieure	Pour utilisation immédiate
2- Concept de soi	L'effort et jrs dépendant de l'enseignant	Capable d'autonomie et d'autogestion
3- Rôle de l'expérience	Seule compte celle de l'enseignant	A besoin de connaître l'expérience de l'autre mais il n'est pas prêt à nier la sienne.
4- Volonté d'apprendre	Apprendre de qui lui permet de réussir (dosage de la volonté)	Apprendre de qui lui permet de résoudre ses pbs et satisfaire ses besoins urgents.
5- Rôle de l'appt	L'enfant s'intéresse au contenu	s'intéresse au processus, c-à-d à la méthodologie
6- Motivation	Extrinsèque : je travaille pour être récompensé	Elle peut être (extrinsèque et/ou intrinsèque)

Qu'est-ce qu'un Educateur Spécialisé, de façon générale ?

Si un rapprochement peut être fait entre l'enseignant traditionnel et l'Educateur Spécialisé, on pourrait dire que la mission de l'enseignant est centrée sur les programmes scolaires communs fixés par le Ministère de l'Education qui prescrit ses tâches et les résultats dont il est redevable. Ici, on est dans le fermé (*éducation formelle*). Par contre, l'Educateur spécialisé est amené à rencontrer un tout public, avec une multitude de difficultés tant à la fois sociales, morales ou encore physiques. Sa mission, contrairement à l'enseignant, met l'accent sur les attentes sociales, d'une part et sur les besoins des personnes handicapées, d'autre part. Il ne dispose pas d'un programme fini prescrit ni d'objectifs définis préalablement. C'est lui-même qui confectionne ses programmes éducatifs, en fonction des besoins variés des personnes dont il a la charge, et travaille activement pour l'amélioration du bien-être moral, physique, psychologique, social et/ou médical... de la personne à besoins spécifiques.

Dans ce cas, on est dans l'ouvert (*éducation informelle*).

Qu'est-ce qu'un Educateur Spécialisé en charge des personnes âgées ?

- C'est quelqu'un qui est capable de guider, d'influencer, d'inspirer et de favoriser le changement et l'engagement actif des personnes âgées dont il a la charge.
- Il travaille activement à ce que chaque participant puisse croître dans tout son être et à ce que la société bénéficie de cette croissance globale des personnes concernées.
- Son rôle s'approche de celui du «*leadership démocratique*» de Kurt Lewin.
- Il est au service de la personne âgée et se destine avant tout à l'amélioration de son bien-être moral.
- Il ne cherche pas à être servi par autrui, au contraire, il est là pour servir les personnes autour de lui.
- La notion de service qui se trouve au cœur de sa mission et de sa vision du leadership lui confère le statut de l'*éducateur leadership éthique*.

Les compétences professionnelles de l'éducateur leadership éthique ?

Ces compétences correspondent aux compétences comportementales qui sont de 3 types (émotionnelles personnelles, émotionnelles sociales et émotionnelles andragogiques).

Les compétences émotionnelles personnelles

Ces compétences reposent sur quatre concepts principaux :

- 1- La conscience de soi : c'est-à-dire la capacité de l'éducateur spécialisé à comprendre ses émotions, à reconnaître leur influence à les utiliser pour guider ses actions.
- 2- La maîtrise de soi : sa capacité à maîtriser ses émotions et impulsions et à s'adapter à l'évolution de la situation.
- 3- La conscience sociale : sa capacité à détecter et à comprendre les émotions d'autrui et à y réagir.
- 4- Enfin, la gestion des relations : la capacité à inspirer et à influencer les autres tout en favorisant le développement et à gérer les conflits.

Les compétences émotionnelles sociales

a. Service des autres : les aider, les motiver, savoir communiquer, gérer des conflits, accompagner, initier le changement, travailler en équipe, etc.

b. La considération positive inconditionnelle (C. Rogers)

Pour que le jugement et/ou évaluation qui provient de l'éducateur spécialisé fasse progresser la personne âgée, il faut qu'elle se la réapproprie et l'intègre comme si c'était son auto-évaluation son point de vue personnel.

Moralité : l'éducateur spécialisé devrait s'abstenir de juger et accepter tout ce qui vient de la personne âgée comme étant le meilleur de ce qu'il peut donner.

c. L'empathie (C. Rogers)

Être empathique c'est être capable de sortir de soi-même pour comprendre le monde subjectif de l'autre « comme si » on était cet autre sans éprouver pour autant les mêmes émotions que lui.

Les compétences émotionnelles pédagogiques

« La pédagogie commence par la reconnaissance de la résistance de l'autre comme signe de son identité de sujet. Briser cette résistance par n'importe quel moyen, ce serait nier l'autre comme sujet et donc miner le sens même de l'entreprise éducative » (Cifali, 1994)

Dans le souci de ne pas entraver l'acte éducatif, une « attitude contenante » de la part de l'éducateur spécialisé est exigée. Qu'est-ce qu'une fonction contenante ? c'est la capacité à « accueillir » et à « absorber » les malchances, les agressions, les tensions, les excitations... de la personne âgée, sans lui renvoyer en retour ses propres affects.

3 modalités d'expression de la « fonction contenante »

Modalité 1: fonction d'apaisement
Il faut savoir apaiser des personnes

âgées excitées en prononçant de temps à autre quelques paroles pondérées, neutralisées et sereines d'appel au calme/à l'ordre.

Modalité 2: fonction d'adossement
C'est la capacité à contrôler les mouvements émotionnels et pulsionnels de la personne âgée. Cette fonction permet à l'éducateur spécialisé, par exemple, de deviner les signes de baisse de l'intérêt de la personne âgée à temps pour la relancer, ou les signes d'énervement pour calmer à temps le jeu.

Modalité 3: fonction d'endossement
Consiste à minimiser la responsabilité de la personne âgée pour en prendre sa part ou au contraire l'augmenter pour la valoriser. En effet, face à des personnes âgées en grande difficulté qui ne parviennent à s'attribuer la responsabilité ni de leurs réussites ni de leurs échecs, une petite phrase comme « c'est un peu de ma faute, j'aurais dû mieux vous expliquer ce qu'il fallait faire mais vous, vous auriez dû me dire que vous n'avez pas compris ma consigne ». Ou remercier la personne âgée d'avoir apporté son aide pour résoudre un problème, ou réaliser une tâche, etc.

Les domaines d'intervention de l'éducateur spécialisé

L'Éducation à la santé et au bien-être de la personne âgée constitue le domaine d'intervention privilégié susceptible d'intégrer toutes les compétences professionnelles de l'éducateur spécialisé. Ce domaine peut être médical, mental, sanitaire, cognitif, alimentaire, spirituelle, esthétique, etc...

Les objectifs visés

- Améliorer le fonctionnement sensoriel des personnes âgées ;
- Augmenter leur autonomie dans la réalisation des actes de la vie quotidienne ;
- Améliorer leurs fonctions cognitives, en particulier l'orientation

dans l'espace et dans le temps, les mémoires ;

- Augmenter l'utilisation active du temps ;
- Augmenter la quantité d'interactions sociales, la qualité des relations familiales ;
- Améliorer l'image ou la perception que les personnes ont d'elles-mêmes.

Les besoins éducatifs à satisfaire ?

Besoins d'hygiène : l'hygiène corporelle de la personne et du milieu dans lequel il vit.

Besoins diététiques : ensemble des règles à suivre pour équilibrer l'alimentation (ration calorique, apport d'éléments indispensables) et l'adapter aux besoins individuels.

Besoins procéduraux : l'ensemble des « savoir-faire » gestuels et intellectuels : marcher, se servir d'un couteau et d'une fourchette, s'habiller, faire un nœud de cravate, dessiner, chanter, jouer d'un instrument de musique ; jouer aux dames, aux échecs, ...

Besoins culturels : intégration d'informations venant de l'extérieur afin de maintenir une vie intérieure en contact direct avec la réalité extérieure (se tenir informé de ce qui se passe au niveau local et international = condition sine qua non de la citoyenneté responsable et participative).

Besoins psychologiques : restaurer la confiance en soi, la motivation, le dynamisme des personnes âgées.

Besoins sociaux : les activités se font en groupe et s'appuient sur la convivialité et l'émulation conférées à une prise en charge collective. Façon de lutter contre la solitude, contre l'ennui, préserver au maximum la personne de la dépendance physique et morale, ainsi que valoriser et intégrer la personne âgée dans la société.

Besoins cognitifs : par des activités ayant pour but de stimuler les facultés cognitives et les ressources disponibles que la personne âgée a tendance à ne plus solliciter telles que l'attention, la concentration, ... et de favoriser l'utilisation par la personne âgée de ses circuits cérébraux de mémoire et de ses structures mentales.

Besoins esthétiques : musique, art, beauté, ordre, etc.

Besoins d'actualisation de soi : les besoins de compréhension cognitive (créativité, exploration, connaissance, etc.).

Quelle pédagogie utiliser ?

- Une "pédagogie interactive" orientée vers une formation centrée sur la personne qui apprend en s'exerçant.
- On ne tient pas compte de l'erreur. L'erreur est la condition de tout apprentissage. Elle oblige à réfléchir et à rectifier.
- Il ne s'agit pas de réussir quelque chose mais de vivre un moment de plaisir, de recherche face à un objet, une tâche.
- Pas de commentaires négatifs, pas de "note".
- Le seul fait de participer, de réfléchir, de chercher une solution entretient la dynamique du cerveau. Peu importe le résultat, les neurones ont bougé !
- Une "pédagogie d'éveil" sollicitant le potentiel sensoriel de la personne âgée pour réactiver sa mémoire ancienne, ouvrir les « tiroirs » où sont rangés des connaissances, des émotions, des moments vécus.

Les objectifs des activités d'éveil

- Conserver et stimuler les fonctions intellectuelles de la personne âgée : mémoire verbale ; mémoire dite sémantique (concepts, connaissances) ; mémoire imagée (mémoire symbolique) ; mémoires sensorielles.

- Solliciter les sens.
- Trouver et retrouver du plaisir.
- Nourrir son imaginaire.
- Retrouver son identité : la personne âgée est souvent dépossédée des papiers d'identité, vêtue d'habits où le fonctionnel à la priorité au détriment du respect de ses goûts.
- Réapprendre à communiquer.
- Ressentir des émotions : la chaleur humaine réchauffe le cœur.
- Trouver des appartenances nouvelles : mémoire collective.
- Réapprendre à désirer.
- Reconstituer son trajet de vie.

Les activités à proposer

Ce peut être le dessin, la terre, les jeux de société, la cuisine, la lecture, la gymnastique, le chant ou les promenades dans la nature...

Quelle posture de l'éducateur spécialisé ?

La posture du *praticien réflexif* qui détient une base de connaissances et de savoir-faire multiples.

- Qui est capable de mobiliser ses connaissances et ses compétences pour agir efficacement en situation : identification des problèmes, élaboration des stratégies de solution, prise de décision, etc.
- Qui rend compte de ses actions et de ses choix et sait les justifier.
- Qui est autonome et responsable.
- Qui réfléchit sur sa pratique.
- Qui est capable d'apprendre à partir de ses pratiques après les avoir analysées de façon critique et réfléchi sur les présupposés qui les guident et pris du recul par rapport à celles-ci.
- Qui est capable d'intégrer cet apprentissage dans sa pratique revisitée.

Moyens à utiliser :

- Tenir "un journal de bord" et/ou un "portfolio", y consigner (les échecs, les réussites, les points forts, les points noirs..., etc.) de

son parcours professionnel.

- Se mettre en situation et se voir faire pour s'auto-corriger (jeu de rôle, autoscopie...).
- Le lu, le vu du bon Educateur Spécialisé.

Quelle méthodologie utiliser ?

L'acte de prise en charge d'une personne âgée ne peut être que le résultat d'une analyse d'une situation complexe. Cet acte, travail d'une équipe pluridisciplinaire, ne peut plus se concevoir autrement qu'à travers de la concertation de tous les intervenants, médecin y compris. L'éducateur spécialisé devrait recourir à des méthodes inspirées et enrichies par ses connaissances pédagogiques, psychologiques et sociales mais aussi par l'utilisation de différents outils (tests, documents, techniques de recueil d'informations aussi bien qualitatives que quantitatives ...).

1° Le recueil des informations

Savoir manipuler les outils de recueil d'informations : l'entretien, le questionnaire, l'observation, les tests projectifs, les focus groupe, etc.

2° La synthèse et le traitement de ces informations

Savoir utiliser les concepts scientifiques pour conduire cette analyse synthèse.

3° La formulation des objectifs de l'éducation

Savoir distinguer les objectifs urgents et utiles des objectifs supérieurs (importants ultérieurement) et être capable de les opérationnaliser.

Exemples de projets possibles à envisager en Tunisie

Ces projets peuvent s'attribuer comme but et/ou slogan : « **Vieillir acteur et citoyen de sa localité.** » Ils sont « à faire exister » s'ils n'existent pas, et/ou à améliorer s'ils existent.

Il va sans dire que la Tunisie compte un trop grand nombre de seniors qui

vivent dans la précarité, sans accès aux soins médicaux et autres services de base. Ils sont marginalisés au sein même de leur famille, de leur communauté et de la société dans son ensemble.

Quel Projet pour eux ?

1- Soutenir des actions innovantes ou expérimentales qui favorisent l'implication et la participation de personnes âgées dans tous les domaines de la vie locale.

Exemple: en Tunisie, le degré d'analphabétisme est relativement élevé parmi les âgés par rapport à celui des générations plus jeunes. Les lacunes des personnes âgées en lecture et en écriture entravent leur accès à l'information et aux services, et les rendent encore plus dépendantes de l'aide des autres.

Un cours d'alphabétisation en arabe, et en français leur permettrait d'accomplir des tâches telles que :

- comprendre une ordonnance médicale,
- payer une facture,
- utiliser les transports publics,
- s'adresser sur un pied plus égalitaire aux fonctionnaires du bureau des retraites,
- organiser des activités sociales et créatrices de revenus.

Le cours devrait être axé sur des tâches faisant appel aux compétences de base et à leur utilisation dans la vie quotidienne, par exemple remplir un formulaire ou comprendre une facture/une ordonnance.

2- Offrir aux personnes âgées la possibilité de remplir de multiples fonctions dont l'importance est reconnue.

Exemple: Les seniors du 5^{ème} niveau de la pyramide de Maslow pourraient exercer des fonctions telles que la participation :

- à la gestion de micro-entreprises et de coopératives,
- à la transmission des conseils

médicaux dans les milieux défavorisés, des valeurs culturelles dans les jardins d'enfants, les écoles et les universités,

- à l'éducation de leurs pairs,
- et à la fourniture de services consultatifs, et en jouant le rôle de médiateurs et de conseillers dans les situations conflictuelles.

Les seniors du 3^{ème} et 4^{ème} niveau de la pyramide de Maslow pourraient leur être confiée la garde des enfants dans les institutions du préscolaire.

3- Soutenir des actions qui travaillent dans le sens de "l'adaptation de la société au vieillissement" et ce, par la mise en exécution des actions et stratégies suivantes :

Anticipation : anticiper pour repérer et combattre les premiers facteurs de risque de la perte de l'autonomie.

Adaptation : adapter les politiques publiques au vieillissement.

Accompagnement : améliorer la prise en charge des personnes en perte d'autonomie ; améliorer l'aide financière dont elles bénéficient ; et enfin, soutenir financièrement toute action favorisant le « Bien vieillir », et visant à améliorer le quotidien des personnes âgées.

Quelques suggestions

Suggestion 1 : envisager une formation de base commune à tous les acteurs intervenants auprès des personnes âgées qui leur permettra de les appréhender dans toutes leurs dimensions bio-psycho-sociales, d'acquiescer la maîtrise d'une démarche d'analyse de situation, de développer une pratique pluridisciplinaire qui prenne en considération les besoins et les ressources des personnes âgées.

Suggestion 2 : travailler en équipe pour penser ensemble aux problèmes multiples que vivent réellement les personnes âgées en

croisant les savoirs experts issus de l'expérience, de l'action et de la réflexion théorique.

Suggestion 3 : L'éducation des adultes destinée aux personnes âgées doit devenir une priorité du gouvernement et recevoir un soutien plus important de la part de celui-ci. Ce dernier ne saurait démissionner de sa responsabilité de permettre aux aînés d'exercer leur droit d'apprendre.

Suggestion 4 : Création et/ou multiplication des équipes/associations de bénévoles ayant pour vocation d'intervenir, à Tunis et dans les régions, dans les hôpitaux et aux domiciles des personnes âgées pour venir à leur aide.

Suggestion 5 : multiplication des établissements publics ou privés à but non lucratif accueillant des personnes âgées.

Suggestion 6 : si les conditions le permettent, penser à créer des facultés pour les personnes âgées.

Bibliographie

- B. Abderrahman M-L. (2013). Quelques idées pour la réussite de l'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap. In Revue de l'adaptation et de la scolarisation, n° 60.
- B. Abderrahman M-L. (2013). Pensée complexe et Transdisciplinaire, une perspective nouvelle pour la recherche et l'éducation dans le domaine du handicap. A paraître, In Revue de l'adaptation et de la scolarisation.
- B. Abderrahman M-L. (2012). Sens et valeur de la scolarisation des handicapés chez les professionnels de l'enseignement. Psychologie et Education n° 2012-1, pp. 43-56.
- B. Abderrahman M-L. (2011). Tunisie : Rejet et intégration scolaire des enfants porteurs de handicap. Revue Diversité : Ville Ecole Intégration n° 166, octobre 2011 pp 166-171.
- B. Abderrahman M-L. (2011). Le rapport des professionnels de l'enseignement au projet d'intégration scolaire des enfants handicapés en Tunisie. La Revue de l'adaptation et de la scolarisation, n° 53 1er trimestre 2011, pp 167-186.

- B. Abderrahman M-L. (2011). Accueil des enfants handicapés : le métier enseignant bousculé la Revue Cahiers Pédagogiques n° 490, juin 2011 pp.64-65.
- B. Abderrahman M-L. (2010). Evaluation du projet : intégration scolaire des enfants handicapés tunisiens en milieu scolaire ordinaire. Publication du Ministère des Affaires Sociales, de la Solidarité et des Tunisiens à l'Étranger.
- Clark, C.M. & Lampert, M. (1986). Quel savoir sur l'enseignement pourrait être utile aux maîtres ? quelques réflexions inspirées des recherches sur les aspects cognitifs des processus d'enseignement. L'art et la science de l'enseignement. Bruxelles : Labor, pp.185- 198.
- Cifali, M. (1994) Le lien éducatif: contre-jour psychanalytique. Paris, PUF.
- Cifali, M. (1986) « L'infini éducatif: mise en perspectives ». Les trois métiers impossibles. Paris : Les Belles Lettres, Confluents psychanalytiques.
- Huberman, M. (1989) La vie des enseignants, évolution et bilan d'une profession. Paris et Neuchâtel : Delachaux et Niestlé.
- Huberman, M. (1986) Un nouveau modèle pour le développement professionnel des enseignants. La Revue Française de Pédagogie, n°75, pp. 5-15.
- Karl Marx et Friedrich Engels, (1845), éd. Gallimard, coll. Folio, 1982.
- Kaufmann Pierre., Kurt Lewin. Une théorie du champ dans les sciences de l'homme, Paris, Vrin, 1968.
- Lewin, K., Lippitt, R. and White, R.K. (1939). Patterns of aggressive behavior in experimentally created social climates. Journal of Social Psychology, 10, 271-301.
- Maslow Abraham., (1989). Vers une psychologie de l'être, Fayard, Paris.
- Rogers, C., (2001) « L'approche centrée sur la personne – Anthologie de textes présentée par Howard Kirschenbaum et Valérie Land Henderson », Lausanne : Editions Randin Thorne B., (1994), « Comprendre Carl Rogers », Toulouse : Editions Privat.
- Schön, D. (1994). Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel. Montréal : Les Éditions Logiques.
- Schön, D. (dir.) (1996). Le tournant réflexif. Pratiques éducatives et études de cas. Montréal : Editions Logiques.

Journée scientifique de sensibilisation «Trisomie 21, une différence mais une citoyenneté à part entière»

À l'occasion de la célébration de la journée mondiale de la trisomie 21, l'Institut Supérieur de l'Éducation Spécialisée en collaboration avec l'Association Tunisienne des Personnes Porteuses de Trisomie 21, ont organisé le jeudi 12 mars 2015, une journée scientifique de sensibilisation sur le thème :

« La Trisomie 21 : Une différence mais une citoyenneté à part entière ».

Cette journée a rassemblé plus de 315 participants parmi les cadres et les intervenants des différentes associations ainsi que des unités régionales de réhabilitation, s'occupant de la prise en charge de cette population sans oublier les parents et les familles des personnes porteuses de trisomie 21.

Les thèmes abordés étaient variés allant du dépistage prénatal et diagnostique de la trisomie 21, les problèmes médicaux orthopédiques, ORL et nutritionnels chez les personnes porteuses de trisomie 21, en

passant par les problèmes d'ordre psychologique, jusqu'aux problèmes d'intégration scolaire, sociale et professionnelle de cette population.

Au terme de la journée des recommandations ont été retenues :

- Nécessité d'un dépistage précoce et d'une prise en charge éducative spécialisée et orthophonique précoce axée sur les volets cognitifs et attentionnels.
- Nécessité d'une coordination efficace entre les structures hospitalières, les associations et les parents en tant que partenaires à part entière dans la prise en charge de ces personnes.
- Lutter contre le rejet et la maltraitance des personnes porteuses de trisomie 21 par les enseignants à l'école.
- Nécessité de la sensibilisation et surtout la formation des enseignants pour mieux intégrer les



personnes porteuses de trisomie 21 à l'école

- Inciter les parents et les professionnels à défendre les droits de cette population en s'appuyant sur la réglementation en vigueur et en militant pour optimiser les textes réglementaires dans le futur en vue d'une meilleure intégration scolaire et professionnelle de ces personnes.
- Nécessité d'une prise en charge psycho-éducative intensive surtout à l'âge de l'adolescence pour faciliter les apprentissages dans des ateliers professionnels qui s'avèrent très difficiles pendant cette période d'adolescence.
- Sensibilisation de la population générale pour changer le regard envers ces personnes et faciliter leur intégration dans la société.

Retraite des personnes handicapées : quelle particularité?

THABET Asma, BACH CHAOUGH Kaouthar, L.Ghidaoui, BEN SALAH Fatma Zohra
ISES

INTRODUCTION

La valeur travail est importante chez la personne porteuse de handicap, source de valorisation personnelle, de reconnaissance sociale et de ressources financières ; Elle est constitutive d'habitudes de vie et de repères sociaux. Néanmoins, en prenant de l'âge les personnes handicapées plus que les autres vont avoir du mal à préserver les performances requises pour l'exercice de leur profession. Les premiers signes de vieillissement des personnes handicapées peuvent apparaître plus ou moins tôt selon plusieurs facteurs (type de déficience, prise en charge, traitements...).

Quel âge pour partir à la retraite pour un travailleur handicapé ?

Une question qui mérite de la réflexion ; à la quelle nous allons essayer de chercher une réponse à travers un rappel des particularités de la personne handicapée vieillissante et une revue de ce qui est en vigueur en Tunisie et dans certains autres pays.

1 - Quelques particularités concernant les personnes handicapées vieillissantes

1-Les données démographiques

- Les progrès de la médecine (techniques de réanimation, soins...) et l'évolution générale de la qualité de vie ont fait que :
- Le nombre de personnes handicapées augmente.
- Une avancée en âge des personnes handicapées est constatée avec un gain en espérance de vie.

2- La dynamique de vieillissement des personnes handicapées

- Un vieillissement « précoce » ou prématuré s'observe particulièrement pour certains types de handicap surtout en rapport avec les maladies génétiques.
- Les usures précoces sont plus l'apanage des handicaps moteurs
- Une variabilité individuelle est à considérer.

3-Les spécificités des personnes handicapées vieillissantes

- Les maladies chroniques invalidantes survenant lors des pro-

cessus de vieillissement normal viennent ajouter de l'incapacité à l'incapacité.

- Les personnes handicapées sont plus vulnérables ; plus fréquemment atteintes de problème de santé que la population générale
- Les travailleurs handicapés ont plus de tendance à pratiquer un travail manuel. La nature même des activités les rend plus susceptibles d'avoir une maladie professionnelle ou un accident corporel, qui peut engendrer une déficience surajoutée.
- Avec l'âge, l'association Handicap et vieillesse fait que les forces physiques et psychiques, l'endurance ainsi que la vitesse de récupération deviennent de plus en plus réduites.

II-Retraite des personnes handicapées : Qu'en est-il en Tunisie ?

Les aspects législatifs : Droits sociaux

Nous rappelons que

- 1-Au niveau de la Juridiction Internationale
- La Convention relative aux droits des personnes handicapées

(13/12/2007) ratifiée par la Tunisie le 11 février 2008 ; stipule dans son Article 28 : niveau de vie adéquat et protection sociale :

- Les états parties reconnaissent le droit des personnes handicapées à la protection sociale et à la jouissance de ce droit sans discrimination fondée sur le handicap et prennent des mesures appropriées pour protéger et promouvoir l'exercice de ce droit, y comprises des mesures destinées à :

a/ assurer aux personnes handicapées l'égalité d'accès aux programmes et prestations de retraite.

2-Au niveau de la Juridiction Nationale

- La Loi d'orientation n°83-2005 du 15 août 2005 relative à la promotion et à la protection des personnes handicapées ; dans le Chapitre V : les prestations sanitaires et la protection sociale; note dans son Art 16 :

- les structures compétentes procèdent conformément aux règlements en vigueur, au versement des différentes allocations, pensions et indemnités prévues par les régimes de sécurité sociale ou par les régimes de répartition des accidents du travail et des ma-

ladies professionnelles au profit des personnes handicapées ayant droit des affiliés sociaux et qui ne disposent pas d'un revenu permanent soumis à l'impôt, et ce, notwithstanding leur âge ou leur rang.

Les organismes Tunisiens de sécurité sociale

Deux caisses placées sous la tutelle de l'état assurent en Tunisie la gestion des régimes légaux de sécurité sociale et donc de la retraite :

- La CNSS Caisse Nationale de Sécurité Sociale, pour le secteur privé. Elle gère neuf régimes de pension :
 - 1-Le régime des salariés non agricoles (RSNA),
 - 2-Le régime des salariés agricoles (RSA)
 - 3-Le régime des salariés agricoles amélioré (RSAA)
 - 4-Autres : travailleurs non salarié agricoles (TNSA) et non agricole
Gens de maison
Salariés des chantiers....
- La CNRPS : Caisse Nationale de Retraite et de Prévoyance Sociale, pour le secteur public.
- La CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie, qui gère entre autres, les régimes de réparation des préjudices résultant d'accidents du travail et des maladies professionnelles.
- Le centre de recherche et d'étude en matière de sécurité sociale : chargé de l'élaboration des recherches et des études afférentes aux régimes de sécurité sociale.

Prestations en matière de sécurité sociale

Sont dispensées selon les spécificités de chaque régime

Les affiliés de la CNSS :

- Pension de retraite
- Allocation de vieillesse
- Pension d'invalidité
- Pension de retraite anticipée pour usure prématurée de l'organisme.

● **Pension d'invalidité** : est une pension mensuelle accordée après

- accord de la commission médicale de la CNSS ; lorsqu'il s'agit d'une invalidité d'origine non professionnelle, dont le taux est égal à 66,66% au moins.

Régime	Age	Cotisations validées
RSNA	< 60 ans	20 trimestres
RSAA	< 60 ans	20 trimestres
RAA	< 60 ans	20 trimestres dont 12 mois avant maladie ou accident (valide → invalide)
Autres : TNS.....	< 65 ans	20 trimestres

- La condition « période de cotisation » est non exigée si antériorité de l'immatriculation par rapport à l'invalidité (travailleur valide → invalide).
- La pension d'invalidité est convertie en une pension de vieillesse quand l'âge légal de la mise à la retraite est atteint.

● **Pension retraite pour usure prématurée de l'organisme.**

Elle est spécifique pour les salariés non agricole dont l'âge est supérieur ou égal à 50 ans, qui a cumulé plus de 20 trimestres de cotisations validées et après accord de la commission médicale.

→ La mise à la retraite pour invalidité physique suite à un accident de travail ou maladies professionnelles

L'accord de la commission médicale est la seule condition exigée.

● **Pension de retraite ou de vieillesse**

Régime	Age	Cotisations validées
- RSNA	60 ans	40 trimestres
Sauf certains métiers (convoyeurs, routiers, ouvriers verreries...)	55 ans	40 trimestres
- RSA, RSAA	60 ans	40 trimestres
- Autres	65 ans	40 trimestres

● **Allocation de vieillesse**

Régime	Age	Cotisations validées
- SA	60 ans	20-39 trimestres
- SAA	60 ans	20-39 trimestres

Les affiliés de la CNRPS

La mise à la retraite est effectuée pour les motifs suivants :

- Une atteinte de l'âge légal de retraite.
- La présence d'invalidité ; et sur demande de l'affilié.

● **Retraite pour invalidité physique**

- Invalidité non imputable au service ; deux conditions sont nécessaires :
 - Epuisement de ses droits en matière de congé de longue durée.
 - Accord de la commission.

- * Invalidité imputable au service ; trois conditions sont exigées :

- L'invalidité résulte de l'exercice de ses fonctions
- Taux d'invalidité $\geq 66\%$
- Accord de la commission médicale centrale

* la mise à la retraite pour invalidité ne nécessite pas l'ancienneté habituellement requise pour l'attribution de la pension de retraite.

● Pension de retraite

Régime	Age	Retraite anticipée
Agents civils	60 ans	57 ans (35 ans de services)
Agents du cadre actif et ouvriers accomplissant des tâches pénibles et insalubres	55 ans	

● Allocation de vieillesse

- Age 60 ans
- Ancienneté de 5 ans au moins.

III- Retraite des personnes handicapées dans le monde

Pour de nombreux pays, l'âge légal de départ à la retraite s'accompagne de longues dérogations, notamment pour invalidité ou handicap. Les durées de cotisations minimales varient d'un pays à l'autre.

En FRANCE

La mise à la retraite pour tout salarié dépend de l'âge + /- le nombre de cotisations :

Régime	Age	Cotisations validées
France	62 ans (si né après 1954) 67 ans (taux plein)	41 ans 3 mois

Cependant, il existe ce qui est appelé : **Retraite anticipée pour handicap**.

Trois conditions sont exigées pour y avoir droit :

1/ réunir une durée totale d'assurance validée

2/ totaliser une certaine durée d'assurance cotisée

3/ justifier :

- D'un taux d'incapacité permanente de moins 50 % prononcé par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).
- Ou être reconnu travailleur handicapé (ce critère sera maintenue jusqu'au 31 décembre 2015).

→ L'âge de départ à la retraite anticipée dépendra de l'année de naissance, durée d'assurance, durée cotisée, l'âge minimum étant fixé à 55 ans.

Au CANADA

Les personnes handicapées sont soumises à un régime particulier pour les retraites anticipées.

Trois conditions :

1/ IPP $\geq 80\%$ ou niveau similaire sauf cas particuliers (accident de travail ou maladie professionnelle)

2/ durée d'assurance

3/ durée cotisée

CONCLUSION

- En Tunisie : Il n'existe pas de dispositions spécifiques pour les personnes porteuses de handicap ; cependant elles peuvent être incluses dans certaines rubriques non spécifiques.
- Pour accéder à la retraite, le critère âge à lui seul n'est pas un choix pertinent pour plusieurs raisons : certaines sont liées à la singularité de la personne handicapée travailleur (type de handicap, sévérité, répercussions ...) ; d'autres sont liées à la société et la charge économique engendrée.
- La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé dans les régimes de sécurité sociale tunisiens serait intéressante dans la mesure où elle peut justement lui ouvrir droit à la retraite anticipée (sous réserve de remplir d'autres conditions qui seront fixées).
- Le centre de recherche et d'étude en matière de sécurité sociale peut mener des études sur la question en vue d'apporter des réponses adaptées au contexte tunisien en tenant compte :
 - Des attentes et des choix des personnes en situation de handicap.
 - Des aspects physiques, psychologiques, sociaux et économiques liés à la fois à l'âge et au handicap.
 - Du coût de la retraite par rapport à la situation économique du pays.
 - Du choix des priorités des décideurs politiques.

Bibliographie

- www.cnam.nat.tn
- www.cnss.nat.tn
- www.cnrs.nat.tn
- www.social.tn
- www.social-sante.gouv.fr
- www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Livre_blanc_vdef.pdf
- www.cfdt-retraites.fr
- www.ccr-retraites.fr
- www.force-ouvriere.fr/retraite-de-base-des-mesures-nouvelles-pour-les-travailleurs-handicapés-et-des-aidants-familiaux
- www.servicocanada.gc.ca
- Travail et handicap : une équation multiforme. Éditeur : Unapei, novembre 2011, 74 pages.
- Gwénaëlle Leray. L'emploi des travailleurs handicapés. Gereso édition 2014.

La Prise en charge multidisciplinaire dans le cas de la Maladie d'Alzheimer : expériences de l'Association Alzheimer Tunisie



Leila Alouane
Présidente de l'Association Alzheimer Tunisie

La maladie d'Alzheimer va progressivement priver le patient de ses capacités intellectuelles, de sa «personnalité» et de tout ce qui faisait son identité. L'objectif de la prise en charge thérapeutique est d'offrir les meilleures conditions de vie possibles au patient comme à sa famille. Le soin du patient sera orienté vers une mobilisation des fonctions cognitives résiduelles, une compensation des fonctions défaillantes, tout en tenant compte du retentissement psychoaffectif des troubles.

Le patient doit garder le maximum d'activités et de contacts sociaux. L'aidant doit pour cela accompagner le patient dans ces gestes, mais sans faire à sa place. L'accompagnement ne fait pas office d'apprentissage et d'entraînement : il ne faut pas corriger systématiquement les erreurs du patient ou le stimuler sans cesse. Il faut pousser le patient à faire ce qu'il est capable de faire, sans le mener à une situation d'échec. Lors de réunions de famille, ou entre amis, le patient peut avoir tendance à s'isoler, à se replier sur lui-même, ne pouvant participer à la conversation. Il est recommandé qu'un membre de la famille soit l'interlocuteur privilégié et serve d'interprète auprès du patient. La communication orale sera simple, claire, douce, répétitive s'il le faut. Une communication peut aussi être véhiculée par le regard, les gestes, les sourires. Ces types de communication constituent le maintien du patient dans la relation fondamentale à «l'autre». Il faut proscrire tout propos qui pourrait être mal pris par le patient. Il faut aussi éviter les mises en échec, pour au contraire, valoriser, gratifier, positiver, même s'il y a erreur. Calme et patience serviront à amener progressivement le patient à coopérer.

Il faut apprendre au patient à utiliser au mieux ses habiletés mnésiques résiduelles. Pour mieux récupérer une information, on lui apprend à utiliser des indices de rappel; pour faciliter l'acquisition de matériel nouveau, on l'entraîne à des stratégies d'encodage : moyens mnémotechniques, imagerie mentale... Ces techniques donnent des résultats intéressants, mais il est difficile pour le patient de les transposer régulièrement dans la vie quotidienne. Il est parfois utile d'utiliser des aides mémoire ou des indices de repérage (boîtes de différentes couleurs, par exemple). Il s'agit aussi de supprimer tout ce qui peut-être source de confusion : simplification du mobilier, utilisation d'une veilleuse nocturne.

Il faut encourager les techniques de communication. Les techniques habituelles reposent sur la qualité de la relation avec le thérapeute. Là aussi, le patient doit conserver une certaine conscience de ses troubles, vouloir coopérer, et ne pas présenter de troubles majeurs du comportement. L'intervention est double dans ce contexte : cognitive, par le travail réalisé, mais aussi psychothérapeutique, par la relation, le partage avec le thérapeute.

Le maintien de l'autonomie du patient est indispensable. Cependant il est important d'évaluer les risques. Ainsi pour la conduite automobile, par exemple, il est nécessaire d'analyser le risque en fonction des déficits du patient. Si le risque apparaît lié à la désorientation temporo-spatiale, la conduite peut être autorisée avec une personne accompagnante. Mais la présence de troubles de l'attention, de signes d'agnosie visuelle ou de troubles praxiques

rend la conduite particulièrement dangereuse. Dans ce cas il faut trouver un moyen pour convaincre le patient de ne plus conduire. Dans les cas extrêmes avoir recours à la mise en panne du véhicule pour éviter le risque de voir le patient conduire malgré l'interdiction.

Le patient Alzheimer ne peut pas vivre seul mais ne doit pas non plus être changé de son milieu habituel. L'entourage doit s'organiser pour venir vivre avec lui. Dans les cas extrêmes où il est obligatoire de le

changer de domicile il faut veiller à lui recréer son cadre de vie habituel dans sa nouvelle habitation pour qu'il retrouve ses repères. Dans la maladie d'Alzheimer, la mémoire procédurale est longtemps conservée. Il semble utile ainsi de ritualiser le plus possible la vie quotidienne, de manière à ce que certaines tâches deviennent un peu des automatismes. Il faut attirer l'attention sur certains risques. Ainsi la locomotion qui n'est que très tardivement perturbée, ne doit pas faire négliger les chutes qui représentent une réelle menace pour le patient. Il est donc prudent d'aménager, dès le début de la maladie, le logement pour diminuer au mieux les risques de chutes. Un des plus grands problèmes de la maladie d'Alzheimer est le trouble du sommeil. Il représente un véritable fardeau pour l'entourage, qui ne peut résolument pas se reposer. La maintien d'une activité physique quotidienne, en évitant les siestes peut favoriser la qualité et la quantité du sommeil nocturne. Autre inconvénient, les troubles sphinctériens. Ils représentent une lourde charge pour l'entourage. Toutes les 2 à 3 heures, il faut accompagner le patient aux toilettes, pour l'inciter et le stimuler dans cette fonction. On peut ainsi retarder la mise des changes et la perte totale d'autonomie sphinctérienne. L'incontinence est d'abord urinaire et nocturne. Si elle survient dans d'autres circonstances, le médecin doit en être informé pour rechercher une infection urinaire, ou une cause locale d'incontinence. Certains patients peuvent se passer de boire après 17h00, mais ce n'est pas la règle, et cette attitude impose la plus grande prudence vis-à-vis de l'état d'hydratation du sujet. Très souvent le malade Alzheimer refuse l'hygiène corporelle. Il faut savoir le prendre et le convaincre très gentiment. Le gant, le savon, la serviette seront à disposition du patient. Il faut l'inciter à s'en

servir de lui-même. Il faut l'aider à s'habiller. S'habiller, c'est choisir, préparer ses vêtements, puis réaliser la séquence de l'habillage. Il faut laisser au patient le soin d'être l'acteur, autant que possible, de ces différentes étapes. Il faut l'aider à se coiffer voire même se maquiller s'il avait l'habitude de le faire. Ne pas oublier de les assister au moment de leur ablution. Il faut respecter leur rythme et ne pas les brusquer. Il faut respecter leur intimité. Essayer de veiller au maintien de la marche par des promenades quotidiennes. Les chaussures seront ajustées, bien lacées. L'infrastructure sera adaptée, à surface plane. Les obstacles seront éliminés au mieux, afin de prévenir tout risque de chute chez ces patients instables sur leurs jambes, parfois malvoyants ou «simplement» distraits. Faire du repas un moment privilégié, qui doit se passer dans le calme et la bonne humeur. La disposition des couverts peut avoir son importance : respecter les automatismes du patient qui trouve toujours son couteau sous sa main droite. On peut faciliter la préhension des couverts en utilisant une assiette creuse.

L'expérience de l'association:

Depuis sa création l'Association Alzheimer Tunisie, s'active à instaurer un centre d'accueil du jour ce qu'elle a pu réaliser en 2013. Ce centre comporte une équipe pluridisciplinaire, constituée d'un gériatre, un neurologue, un psychiatre, un neuropsychologue, une assistante sociale, un ergothérapeute, un orthophoniste, un kinésithérapeute, un infirmier et un nutritionniste. Malheureusement très souvent l'un ou l'autre des prestataires nous fait défaut par manque de moyens ou de temps. Ce centre a permis à l'aidant de prendre du répit mais et au patient d'améliorer au maximum ses capacités et valoriser les connaissances qu'il a pu conserver.

Les objectifs

- Permettre un moment de répit à l'aidant familial et soutenir moralement la famille
- Resocialiser la personne et diminuer son isolement
- Stimuler les capacités cognitives et d'autonomie

Le fonctionnement

Nous accueillons les couples aidant-malade au moins 2 fois par semaine. Le centre est fonctionnel de 10h à 16h. Le repas de midi est ramené par chacun et certains plats sont préparés au local par l'ensemble des participants.

Ce qui nous manque actuellement c'est le moyen de transport pour faire un ramassage des couples non motorisés.

Comment y accéder ?

Avant l'admission au centre, l'évaluation neuropsychologique est effectuée par le gériatre et le neuropsychologue du centre afin d'établir le programme de prise en charge de chacun. Tous les malades nous sont adressés par leur médecin traitant.

Quels types d'activités ?

Nous proposons un ensemble d'ateliers et d'activités ayant pour but de stimuler les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer. Les activités sont choisies en fonction des goûts et des capacités de chacun des participants. Il y a surtout :

- Atelier mémoire
- Cuisine, pâtisserie
- Jeux de société
- Activités manuelles
- Atelier de musique

La prise en charge à domicile

Les activités ne doivent pas s'arrêter au niveau du centre, bien au contraire. Notre équipe a pour rôle d'expliquer à la famille l'intérêt et



la nécessité d'un accompagnement et stimulation à domicile. Il est vrai que très souvent l'aidant est submergé par les soins physiques du malade et sa surveillance, mais il faut le convaincre de l'utilité des activités de stimulation qui auront pour conséquence de le soulager en rendant le malade plus réceptif et moins agité.

Quelles activités peut-on proposer à domicile ?

Il est vrai que la personne atteinte de maladie d'Alzheimer a un grand problème d'oubli, cependant chez chaque malade il reste un ensemble de souvenirs très souvent heureux. Il est important de profiter de ces vestiges du passé pour stimuler la mémoire de ces êtres qui nous sont chers. Parmi les activités que la famille pourrait proposer, nous pouvons suggérer :

L'album photo

Les photos ravivent en général les souvenirs. Laissez la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer réagir à sa manière aux photos, aidons la à se rappeler des noms des personnes qui lui sont chères, écoutons la relater les faits associés aux photos, n'essayons pas de la corriger si cela peut la mettre en situation d'échec. Avec ces photos nous pouvons constituer des albums par thèmes, ce qui permettra au patient de classer les photos et réorganiser ses souvenirs. N'oublions pas bien sûr

de fournir de bonnes lunettes et un bon éclairage pour une bonne vue.

La lecture

Il est vrai que certains de nos parents ne savent pas lire mais généralement ils aiment bien que quelqu'un leur lise le journal, si c'est le cas instaurer ces séances avec votre proche. Pour ceux qui ont la chance de pouvoir lire nous pouvons les aider dans leur lecture et commenter avec eux les informations. Ces exercices les aident à faire des petits efforts de réflexion.

Chez les femmes très souvent des magazines de cuisines ou de modes, exemples les catalogues de robes de soirées ou de mariées, peuvent évoquer chez elles d'agréables souvenirs.

Les « activités souvenirs »

Parfois nous pouvons stimuler nos parents par des activités qui ravivent leurs souvenirs, exemple le fait de planter des graines pour les faire germer comme ils nous l'ont fait faire lorsque nous étions enfant, ou bien faire du tissage avec un petit métier, tricoter ensemble cela stimule leur souvenir, simuler la cérémonie du bain avec les ustensiles d'usage qui vont raviver des souvenirs, dans ce cas faites lui toucher les objets, aidez le à les nommer, à définir leur utilité, se rappeler certaines anecdotes qui leur sont liées, certaines activités domestiques comme la cuisine, le raccommodage peuvent évoquer des moments agréables et donner à nos parents un sentiment d'utilité...chacun de nous peut trouver des « activités souvenirs » à faire faire par ce cher parent, des activités simples mais pleines de bons souvenirs.

Nous essayons par tous les moyens d'aider le couple aidant patient, la tâche n'est pas simple mais grâce à l'effort collectif nous espérons ramener le sourire, le répit et la paix à ceux qui même s'ils nous ont oublié restent toujours dans nos cœurs. Il ne faut jamais perdre de vue, que tout s'efface de la mémoire d'un malade Alzheimer mais rien ne peut lui faire oublier de donner et savoir recevoir l'amour !



L'intérêt de l'appartement thérapeutique auprès des personnes âgées dans la prévention des chutes à domicile

Sana HNAIEN AKROUT*, Dr Mejda HAMADI*, Sami BEN JEMAA**, Moez BOULILA***
*CRPHMAV, **HI, ***ATE

Introduction :

Chuter c'est perdre l'équilibre et tomber au sol de manière involontaire.

Les chutes représentent une cause importante de morbidité et de mortalité chez les personnes âgées. La chute est un accident fréquent à la suite duquel la qualité de vie peut être affectée et l'autonomie est diminuée.

La personne doit réapprendre à s'organiser dans la vie quotidienne, elle doit savoir prendre les précautions et être capable d'éviter les risques de chute et gérer sa vie. Cet apprentissage se fait en accompagnement avec les professionnels notamment les ergothérapeutes. Il se fait par étapes la première se fait dans un milieu sécurisé et la deuxième à domicile. L'appartement thérapeutique peut apporter une bonne solution pour combiner les deux étapes. Un projet de mise en place d'un appartement thérapeutique est en cours de réalisation au sein de CRPHMAV Manouba.

Les risques de chute des personnes âgées à domicile

Quel est l'intérêt de l'appartement thérapeutique auprès des personnes âgées pour prévenir les risques de chute?

- Certaines **activités** courantes effectuées précédemment sans grandes difficultés peuvent poser quelques «soudis» avec l'âge et présenter des risques plus élevés de chutes; par ex l'utilisation de téléphone, la préparation des repas, les courses, l'entretien du domicile, l'habillement...
- Certains **lieux** à domicile sont plus propices aux chutes et présentent un danger exemple : la cuisine, la salle de bain, les escaliers, les lieux à passage dense; le couloir, le jardin.

Adapter les habitudes de vie ainsi que l'aménagement et la sécurité de domicile sont les solutions pour prévenir les chutes et l'ergothérapeute est appelé à aborder ses objectifs au sein de l'appartement thérapeutique

L'appartement thérapeutique 1- Définition

Il s'agit d'une unité de soin permettant une meilleure organisation d'un retour et d'un maintien à domicile d'une personne hospitalisée. Il est aménagé de sorte qu'il puisse répondre aux exigences de divers handicaps tels que parapésie, tétrapésie, hémipésie, lombalgie ... et subviennent aux besoins de la personne concernée. « C'est un lieu qui est mis à la disposition de quelques patients pour un temps limité bénéficiant d'une présence importante de personnel soignant. Les patients sont associés à l'organisation et à la gestion du quotidien au sein de l'appartement ».

2) Types :

Il existe deux types d'appartement thérapeutique :

- Un appartement thérapeutique sans séjour.
- Un appartement thérapeutique avec séjour: tel est le cas de

l'appartement thérapeutique au sein du centre de réadaptation professionnelle des handicapés moteurs et des accidentés de la vie.

a) Appartement thérapeutique sans séjour

Présentation : C'est un milieu qui :

- Est passif ; n'est ni un lieu de résidence ni d'échange et d'interaction.
 - Se rapproche incontestablement du domicile.
 - Est de conception simple adapté et intégré à l'enceinte hospitalière.
- Intérêt : C'est un lieu :
- D'évaluation qui permet de confirmer l'indépendance du patient dans les activités gestuelles : habillage et toilette.
 - Éducatif par rapport à la manipulation des aides techniques.

C'est un espace qui permet :

- À la personne handicapée d'automatiser le geste, qui devient difficile ou impossible du fait de la déficience par la répétition des activités de la vie quotidienne,

dans un lieu se rapprochant du domicile.

- D'adapter le traitement en fonction des difficultés particulières à chaque personne handicapée ; difficultés que nous évaluons à la suite d'une visite à domicile. Cela peut rendre plus aisé le retour à domicile après une hospitalisation.

b) Appartement thérapeutique avec séjour

Présentation : L'appartement thérapeutique avec séjour est :

- Un lieu de vie aménagé.
- Un espace d'autonomie ainsi qu'un champ d'expérience active.
- Un logement collectif qui peut se situer à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital.

Intérêt : C'est un lieu :

- D'information pour les patients, leurs familles et les personnels du maintien à domicile sur les matériels et les aides techniques.
- D'évaluation des réelles possibilités d'autonomie de la personne handicapée.
- D'évaluation précise des besoins en :
- Aménagements spécifiques.
- Aides techniques et humaines.

C'est un espace qui permet :

- A la personne handicapée de confirmer ses capacités ; et de découvrir ses ressources par une mise en situation réelle.
- De redonner confiance à la personne handicapée tout en la mettant dans un contexte proche de sa future réalité.
- De préserver l'intimité des patients.

Projet de l'appartement thérapeutique au sein de CRPHMAV

Ce lieu de soin est en cours de réalisation au sein de CRPHMAV en partenariat avec Handicap International (HI), l'Association Tunisienne des Ergothérapeutes (ATE). A noter que l'idée de ce projet faisait l'objet de Projet de Fin D'Etudes (PFE) de l'ergothérapeute du centre. Ce lieu en cours d'achèvement sera fonctionnel durant l'année 2015.

Cette unité sera ouverte aux personnes handicapées et leur entourage. Elle servira comme lieu de visite et de stage pour les différents professionnels gravitant autour des personnes à besoins spécifiques.

Le plan se présente comme suit :



Conclusion :

L'appartement thérapeutique, grâce à tous les atouts qu'il offre, devrait certainement faciliter le retour à domicile des personnes âgées après hospitalisation suite à une chute en permettant le passage en douceur vers la vie autonome. Il est d'un grand apport pour les personnes handicapées, leurs familles ainsi qu'aux professionnels.