

Le vieillissement de la personne handicapée mentale

Nancy Breitenbach définit trois formes de vieillissement dans une conférence qu'elle a donnée dans le cadre de journées d'études sur le vieillissement, le 18 mars 2000, pour l'APMH (Association genevoise de parents et d'amis de personnes mentalement handicapées). Il s'agit :

- **du vieillissement classique ou habituel ;**
- **du vieillissement particulier ;**
- **du vieillissement pathologique.**

Un extrait de cette conférence est paru dans le bulletin de l'association en juin 2000 (bulletin de l'APMH¹, « Le vieillissement », juin 2000, page 14-15).

Le vieillissement classique ou habituel

Il correspond aux ralentissements et aux dysfonctionnements progressifs associés à l'âge auxquels tous les êtres humains sont assujettis à des degrés variables. La majorité des personnes présentant une déficience intellectuelle manifesteront, en vieillissant, les mêmes « symptômes » de l'âge que ceux qui caractérisent d'autres êtres humains d'un âge avancé.

Leur espérance de vie s'approchera de celle de la population en générale et leurs problèmes de santé seront similaires, de même que les traitements.

Toutefois, la présence d'une déficience intellectuelle peut compliquer la reconnaissance de ces évolutions ordinaires. Par exemple : comment déceler une déficience auditive chez une personne handicapée qui ne maîtrise pas le langage parlé ?

¹ APMH : association genevoise de parents et d'amis de personnes mentalement handicapées.

Le vieillissement particulier

Il reflète certaines conditions de vie qui sont propres aux personnes mentalement handicapées.

Nous pouvons citer par exemple, les effets à long terme de la prise de médicaments de type neuroleptiques, les effets à long terme de chutes correspondant aux crises d'épilepsies, ceux de l'alimentation difficile ou des états immobiles prolongés.

Le vieillissement pathologique

C'est un vieillissement banal et une surcharge pathologique. Il correspond à environ 30% des avancées en âge. Il s'agit du vieillissement précoce ou de la démence sénile (Alzheimer), du diabète, de la bronchite chronique, de la grippe etc. En général, lors du vieillissement, nous constatons une diminution des capacités fonctionnelles de réserve, c'est-à-dire la possibilité de compenser les pertes suite à un phénomène pathologique.

Contrairement aux idées reçues, il n'y a pas de vieillissement précoce chez les personnes handicapées mentales, sauf chez les personnes Trisomiques 21. Philippe Gabbai² est formel : « Un véritable vieillissement précoce est exceptionnel. Il ne s'observe que dans certaines pathologies génétiques, en particulier la trisomie 21 ; dans certains syndromes d'arriérations mentales profondes, encéphalopathiques... ; dans les phénomènes d'usure précoce particuliers aux handicaps moteurs. »

« En conclusion, tout comme le vieillissement du reste de la population, le nombre de bougies n'est pas une valeur absolue. Il s'agit la plupart du temps de vieillissements différentiels, déterminés en partie par l'étiologie et le niveau du handicap mental, mais tout autant (peut-être plus) par les conditions de vie des personnes. »³

² Gabbai Philippe, cité dans Breitenbach Nancy, « une saison de plus », p.89-90

³ Breitenbach Nancy, « une saison de plus », p.90

Les crises de désadaptation du milieu de la vie

Il arrive fréquemment que vers l'âge de 40 - 50 ans, nous pouvons rencontrer des « crises de désadaptation du milieu de la vie » qui entraînent un phénomène de régression et provoque une rupture d'équilibre. Nous distinguons trois grandes modalités :⁴

Les dépressions

Elles peuvent être identifiées par le biais de différents symptômes : le désinvestissement des activités tels que les ateliers, les loisirs (ils n'ont plus envie) ; les plaintes hypocondriaques ; l'apparition de troubles comportementaux, l'irritabilité, la colère, l'intolérance à la frustration.

La décompensation abandonnique

Pratiquement toutes les personnes handicapées mentales ont une certaine conscience des blessures narcissiques qu'elles ont provoquées dans leur entourage. Pour les parents, il y a toujours un décalage entre l'enfant imaginé et l'enfant réel. Si l'enfant est handicapé, ce décalage est très grand. La personne handicapée s'attaque donc à l'Objet (les parents) et de ce fait, elle a peur de la punition en retour qui serait l'abandon. Cette angoisse est inconsciente.

La personne handicapée interprète ce qui se passe dans sa vie comme un abandon (par exemple le placement). Les professionnels sont donc complices de cet abandon car pour elle, nous sommes ceux qui l'ont prise à sa famille.

Les symptômes sont :

- Une espèce de quête, d'avidité affective dévorante constamment insatisfaite ;
- Des conduites de brisure : au moment où tout se passe bien, il y a passage à l'acte : « Surtout ne crois pas que tu es capable de me satisfaire ! ». Il y a donc un phénomène de rejet et le risque de répétition du phénomène abandonnique. Souvent, lorsqu'on lit les anamnèses de ces personnes, nous constatons une succession de ruptures.

⁴ Gabbai philippe, « l'avancée en âge des personnes handicapées mentales et physiques », Misery, conférences donnée le 31 octobre 2001 et intervention clinique au Home-Atelier La colline, 1670 Ursy le 18 février 02, notes

La décompensation psychotique

Apparition d'angoisses majeures persécutoires, un sentiment de morcellement corporel. Les personnes ne peuvent plus changer d'espace (repli dans un coin).

Ces patients présentaient généralement des structures pré-psychotiques existantes et avaient déjà une intolérance aux changements.

Un seul événement peut provoquer une explosion de la façade (changement de moniteur, déménagement, décès d'un parent...).

Les processus d'adaptation au vieillissement

Les causes majeures des décompensations sont souvent l'inadéquation des démarches pédagogiques et thérapeutiques ainsi que le besoin de réinterroger les projets : sous-stimulation ou sur-stimulation. L'un comme l'autre peuvent avoir une influence sur l'état psychique de la personne.

Comme sous-stimulation, nous pensons aux personnes qui fréquentent des ateliers protégés depuis des années et qui font toujours le même travail. Lucchinacci⁵ attribue une « détérioration mentale » à 47 % des travailleurs vieillissants en ateliers protégés à cause de l'immobilisme et du manque de stimulation dans les ateliers :

⁵ Lucchinia A, cité in Breitenbach Nancy, « Une saison de plus », p.76

Le vieillissement spécifique aux différents handicaps

Les personnes épileptiques

Chez les personnes épileptiques, avec l'avancée en âge, les crises deviennent plus rares. Le cerveau serait moins irritable avec le vieillissement. A ce moment, on peut diminuer la médication, mais pas la stopper.

L'épilepsie est une maladie neuro-psychiatrique. C'est pourquoi, si un patient stabilisé se remet à faire des crises, il ne faut pas changer tout de suite la médication mais rechercher les causes ailleurs : trop de stimulations, trop de changements, etc. Les dangers avec ces personnes sont les traumatismes crâniens à répétition à la suite de chutes qui détériorent le cerveau. D'où l'importance du port d'un casque pour leur sécurité.

Les personnes IMC graves

Ces personnes ont été très stimulées pour la marche dès leur plus jeune âge au prix d'efforts considérables. Avec l'avancée en âge, la perte soudaine de cette acquisition est très mal vécue par le patient et par l'équipe éducative. Dès lors, on peut utiliser la chaise roulante pour de longues sorties, mais garder la verticalisation et les appuis.

Leur capacité cognitive reste très bonne malgré l'avancée en âge et on peut utiliser avec eux les outils de la téléthèse pour leur permettre de s'exprimer.

Les personnes polyhandicapées

Avec l'avancée en âge, nous constatons l'aggravation de nombreux problèmes physiques à différents niveaux :

- Neuro-orthopédique : Hypertonie pyramidale. Nécessité de donner des bains, faire des massages, kinésithérapie douce, hydrothérapie (soins palliatifs et de prévention) ;
- Problèmes digestifs : deux problèmes quasi constants : celui de la constipation et celui du reflux gastro-oesophagien ;
- Problèmes respiratoires : ils sont dus aux troubles de la déglutition : la nourriture passe dans les bronches et provoque des infections pulmonaires.

Si les « fausses routes » provoquent des situations d'étouffement plusieurs fois par jour, il est nécessaire d'avoir recours à la gastrostomie.