

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Membres

Pr P. ALLAIN	Dr G. FOURNIS
Dr F. AUMJAUD	M. B. FROMAGE
Dr J. BARRÉ	Pr J.-B. GARRÉ
Pr O. BEAUCHET	Pr B. GOHIER
Dr F. BONNAL	M. C. HESLON
Dr M. BRIÈRE	Pr D. LE GALL
Mme E. BRUSSON	Dr D. LEGUAY
Dr L. BUSSIERE	Dr E. LEJARD
Pr V. CAMUS	Dr V. LEON
Dr D. DENES	Dr A. MOUSELER
Dr A. DESORMEAUX	Dr M.-P. OMBREDANE
Dr F. ETCHARRY-BOUYX	Dr D. PELTIER
Dr A. FARRAÏ	Dr J. PLANSON
Dr L. FLOCH	Dr M. QUINTARD
Dr G. FONSEGRIVE	Dr D. ROBERT

Ouverture des inscriptions/billetterie : Mercredi 15 juillet 2015
Nombre d'inscrits limité à 500

Site Billetterie :

<https://www.weezevent.com/12eme-rencontre-de-geronto-psychiatrie-et-de-psycho-geriatrie-en-anjou>

Formation Continue : demande par mail à
Psychiatrie-Adultes@chu-angers.fr

Tarifs 2015:

Tarif plein : 30€ - Tarif étudiant : 5€ - Tarif Formation Continue : 75€

Gratuit pour les membres du Comité Scientifique
mais inscription obligatoire via le site Billetterie

Site Internet : Portail de la Psychiatrie Angevine

Cette journée est organisée avec le soutien des laboratoires :
[ASTRAZENECA](#) - [OTSUKA/LUNDBECK](#)

12^{ème} Rencontre de Géronto-psychiatrie et de Psycho-gériatrie en Anjou

Judi 19 novembre 2015

" Handicap mental et vieillissement :
quels accompagnements ?"

Greniers Saint Jean
Rue Gay Lussac - ANGERS



Pr Bénédicte GOHIER, Psychiatre - CHU Angers
Pr Jean-Bernard GARRÉ, Psychiatrie - CHU Angers
Pr Olivier BEAUCHET, Gériatrie clinique - CHU Angers
Dr Frédéric AUMJAUD, Association des Psychiatres Ligériens
Dr Mireille QUINTARD, Psychiatre - CESAME Ste Gemme/Loire



FACULTÉ
DE MÉDECINE

CHU
ANGERS
CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE



LPPL
EA 4638

MATIN

8h30 : Accueil

Professeur **B. GOHIER**, CHU Angers
Professeur **J.-B. GARRÉ**, CHU Angers
M. **Y. BUBIEN**, Directeur Général CHU Angers
Mme **M. PLANTEVIN**, Directeur Général CESAME Ste Gemmes/Loire
Professeur **I. RICHARD**, Doyen de la Faculté de Médecine d'Angers
Professeur **D. LE GALL**, Vice-président de l'Université d'Angers

Présidents : Professeur **J.-B. GARRÉ** et Professeur **D. LE GALL**

09h30 :

Docteur **F. AUMJAUD (Géronto-psychiatre libéral, Angers)**
Points de vue et mise en perspective de la journée

10h15 :

Professeur **G. BERRUT (Chef du Pôle Hospitalo-universitaire de Gérontologie Clinique du CHU de Nantes, Président du Gérontopôle Autonomie Longévité des Pays de la Loire, Vice-président de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie)**
Handicap et vieillissement : une double relation au temps

11h00 :

Pause

11h15 :

P. GOHET (Adjoint du Défenseur des droits en charge de la lutte contre les discriminations et de la promotion de l'égalité) et O. LE MAB (Directeur de OLM Production, Paris)

Projection du film « L'avancée en âge des personnes handicapées, un défi à relever » et présentation du rapport "L'avancée en âge des personnes handicapées"

12h30 Déjeuner libre

APRÈS-MIDI

Présidents : Docteur **M. QUINTARD** et M. **C. HESLON**

14h30 :

Mme **J. CHARRON (Infirmière au Centre de Santé Mentale Angevin, Ste Gemmes/Loire)** et Docteur **J. PLANSON (Assistante spécialiste psychiatre au CHU d'Angers et au Centre de Santé Mentale Angevin, Ste Gemmes/Loire)**
L'accueil des personnes handicapées mentales vieillissantes en EHPAD

15h15 :

E. BONNEAU (Directeur de l'Association Handi-Espoir, Coëx)
Vieillir avec son « enfant » handicapé
"Celui des deux qui reste se retrouve en enfer » Jacques Brel,
Les vieux

16h00 :

Docteur **C. HAZIF-THOMAS (Chef de service de Géronto-psychiatrie et Président du Comité d'Ethique du CHRU de Brest)**
L'égalité des chances devant le vieillissement

16h45 :

Clôture de la journée par le Professeur **B. GOHIER**.

17h00 Fin

Handicap mental et vieillissement : quels accompagnements ?

Mise en perspective de cette journée

***Rappel des fondamentaux de ces journées.** Dans mon exposé, je ferai un petit détour sur l'origine et les attendus lors de la création de ces journées de gérontopsychiatrie et psychogériatrie en Anjou. J'aimerai aussi mettre en avant les professionnels, les formateurs mais aussi les décideurs qui ont pris des initiatives malgré les difficultés du travail dans les milieux du handicap et en gérontologie. Cette première partie me semble indispensable pour aborder un degré de complexification supplémentaire que représente la thématique de la personne handicapée vieillissante. (Sujet Vieillissant Âgé Handicapé)

Notre journée, la douzième, se veut, comme à chaque fois, être une rencontre, une vraie. C'est peut être un rappel pour ceux qui nous suivent régulièrement depuis 12 ans mais l'idée principale qui a émergée dès le départ, *c'est le croisement des idées et la lecture clinique dans une rencontre trans-générationnelle.

Pourquoi évoquer cela aujourd'hui ? Tout simplement parce que « handicap mental et vieillissement : quels accompagnements ? » invite à l'invention. Invention concerner en terre inconnue, et pour cela, il est indispensable de s'entendre donc avant tout de ***se connaître dans sa praxie**. Le monde que nous allons aborder, handicap mental et gérontologie est un monde difficile voire dangereux.

Tout d'abord, pour s'entendre,* il ne peut y avoir que des nuances de couleurs, (qui font des « coups leurres ») au profit d'un Autre, par qui on est là, pour, celui pour qui on est là. Autrement dit, c'est la reconnaissance de notre spécificité statutaire dans un schéma de choix de politique générale qui nous autorise à être là pour cette Personne Handicapée âgée vieillissante.* Coups de leurres car notre implication personnelle ne peut être passée sous silence. *Ces bordures floues favorisent la rencontre. Sur la diapo je n'ai pas mis la lecture du fond de personnalité, elle est dans la marge dans la page d'écriture et dans le cachot du château !

Ma pratique en cabinet m'amène à recevoir énormément de professionnels du médico-social en souffrance. Je dirai même, de plus en plus.

Ainsi, nous ne pourrons avancer, que si nous sommes capable de lire correctement, dans un premier temps notre propre activité professionnelle et, c'est ensuite, dans un partenariat avec les autres (professionnels ou pas) que pourra émerger* la notion d'équipage. Cette praxie prime à mon sens, sur la notion galvaudée de travail en équipe. En d'autres termes dans la notion

d'équipage, chacun est responsable de sa spécificité au profit du groupe et en assume sa pleine et entière responsabilité. Il convient de fonctionner en son nom propre et non pas chercher à se retrancher derrière un capitaine. Ce capitaine devient actuellement de plus en plus fantomatique avec les lourdeurs administratives, juridiques et économiques. Il n'y a qu'une grille de lecture, alors qu'il faudra en inventer d'autres. Tout est tellement traçable *que le trait s'amincit et ne donne que des normes et des constantes opposables, reproductibles. On est à l'intérieur ou on est à l'extérieur du cadre imposé, cela renvoie au 0-1 binaire. D'ailleurs, l'informatisation à outrance et trop rapide à mon sens pour les spécialités à rencontres humaines favorise une position où le grand Autre est devenu un inconnu difficile à investir au sens symbolique, Nous avons tous été confronté à la panne, au dysfonctionnement informatique et, tant qu'à faire, au besoin lui faire porter le chapeau. Cela sera de sa faute si cela ne marche pas, je veux dire si la demande, la rencontre ne peut se faire.* l'espace entre soi et l'autre, entre sa compétence et celle de l'autre, de la commande dans un cadre et la réponse sur le terrain. Ces expériences pratiques ne peuvent s'exprimer que dans une surface. Et, plus nous sommes dans la relation humaine fragilisée, tel que dans le cas du vieillissement du handicapé mental, et plus, nous avons à prendre en compte cette surface. Pour faire équipage il faut être armé contre la frilosité des échanges. Accepter le nuancier, sans se départir de qui l'on est et qu'est-ce que l'on fait là.

Cette acceptation n'est pas une négation de ses propres limites. Ce sont des champs de compétences importants qui doivent simplement être correctement définis et assumés par chacun. C'est de cette lecture à coups de nuances, nuances « de coups leurre » d'une certaine gérontopraxie que s'est affinée au fil du temps des concepts outils comme ; Sujet Vieillissant Âgé, gérontopsychiatrie et psychogériatrie pour ce qui est de la lecture neuro-psycho-gérontologique ou gériatrique. Ces inventions m'ont été indispensables pour exister professionnellement. Et par là, j'ai essayé de proposer une lecture décalée par rapport aux autres intervenants et ainsi, ne pas être un récitant atteint de psittacisme, un simple exécutant d'une technique apprise, celle qui ne s'autorise uniquement que par une intervention protocolaire.

Cette journée accueille comme à son accoutumée des professionnels qui viennent donc s'expérimenter pour, à la fois conforter leur noyau dur (leur savoir), mais aussi, affiner leurs bordures,* parfaire leurs nuanciers de couleurs. La combinaison, amélioration du noyau dur spécifique professionnel (formation) associée à la souplesse, la largeur de ce qui diffère favorisant une praxie assumée. Praxie assumée dès lors que l'Autre ne cherche pas à

anéantir tout nuancier et fonctionner uniquement dans un cahier des charges dichotomique, échelier à un seul barreau. Le trait (qui sépare d'une coupe sèche); on est dedans ou on est dehors. La largeur de fonctionnement n'empêche pas de se reconnaître dans des interdits systémiques et personnels, dans la loi et l'éthique.

Je vais décliner maintenant les différents intervenants que l'on peut rencontrer.

Certainement concernés pour eux même, mais pas que pour cela, durant ces journées il y a ces anciens professionnels, qui restent *comme les corsaires du jeu de croquet. Ils sont là, prêts à aider. A nous aider. Ils ont finis leurs parties mais restent disponibles pour ceux qui sont en pleine activité professionnelles. Ils doivent nous aider mais, sans s'imposer. En effets, les plus jeunes ont une histoire différente, et rester un corsaire, ne pas fonctionner en pirate ce n'est pas toujours gagné. Etre là avec son expérience, sa bonne volonté et, en même temps ne pas représenter l'avenir, autre que celui d'être là, voire un usger, n'est pas chose facile. Ils peuvent néanmoins être des ralentisseurs du balancier idéologique excessif sans pour autant avoir peur du changement. Autrement dit, ne pas avoir peur de perdre est une manière de mieux comprendre son propre vieillissement. Je ne parle pas de vieux qui eux, sont là pour être consultés mais qui donc n'interviennent pas directement.

Donc lors de ces journées nous tenons à ce qu'il ait, aussi, *des jeunes vieillissants, des vieillissants qui ne le savent pas car ils sont en devenirs, des futurs professionnels (des étudiants, des apprenants, des curieux d'eux-mêmes qui sont là en pays gérontologiques pour des raisons pas encore trop claires). Il y a aussi des titulaires fraîchement nommés, et nous avons tenu, à ce qu'il y ait une intervention en binôme l'une d'entre eux. Ces jeunes vieillissants n'ont pas le même cerveau que nous autres, tout au moins ils ne l'utilisent plus du tout comme nous (cf Petite Poussette de Michel SERRES). Ce qu'il faut intégrer c'est que nous allons, plus tard, dépendre d'eux. Jusqu'à il n' a pas longtemps, le différentiel générationnel arrivait à gérer le décalage de fonctionnement psychique, spatio-temporel car nous étions dans un référentiel de taille humaine, mais, progressivement cette gestion prend une dimension pixélisée. Il y a beaucoup de handicapés du fait informatique, il y aura beaucoup de démences informatiques. (défaut d'apport au bon endroit du cerveau de complément informatique)

L'esprit de cette journée est donc à la fois, le renvoi à la spécificité de l'intervenant, mais aussi à la lecture particulière de chacun d'entre nous, avec nos références théoriques. Ce long rappel en préambule a pour effet, de signifier que l'avancée en âge n'est pas une mince affaire pour soi et sa déclinaison en fonction de sa dizaine d'âge civil, il est facile d'en lire l'impact global. Et, y consacrer sa vie comme métier et pas simplement comme travail, pour ne pas s'y perdre, il convient de bien savoir d'où l'on parle et à qui l'on

s'adresse. Ces journées sont des invitations à se souvenir que toutes formations est une déformation. Par ailleurs, et nous le verrons tout au long de cette journée l'importance des aidants familiaux et des professionnels dans le repérage des évolutions du handicap. Il y aura donc des signes spécifiques ou prématurés du vieillissement qui amèneront à prendre en compte des aménagements techniques, psycho-sociaux et thérapeutiques. C'est bien le repérage des signes du vieillissement et leur intégration dans le projet personnalisé de chaque personne handicapée qui est en cause.

Après la déclinaison spécifique des professionnels, un mot ,un rappel important concernant les aidants familiaux. « La prise en charge d'un enfant handicapé dure plus longtemps qu'une carrière professionnelle alors que c'est un emploi à temps plein ».

Alors, dans la mesure où l'accompagnement gérontologique hors institution est aussi largement développé mais peu explicité, je profite de cette tribune pour évoquer sommairement* la *gérontopsypraxie, la pratique de la psychiatrie gériatrique en ville.

Les psychiatres libéraux travaillent plus particulièrement en direct et sans outils autres que la rencontre clinique. Nous avons depuis longtemps élaborés, expérimentés la notion *de Signature dans notre pratique. Signature signifiant la façon d'exercer notre pratique professionnelle. Cette manière d'être, limite forcément notre champs des possibles mais en même temps permet, à condition de s'y maintenir d'optimiser une pertinence (qui bien souvent en fait nous échappe). Cela ne nous empêche pas pour autant de travailler en collaboration avec d'autres, mais nous connaissons plus particulièrement le champ de nos limites. En effet, nous sommes confrontés à notre solitude. Il y a ainsi peu de dilution de responsabilités. Cela ne nous empêche pas d'avoir un carnet d'adresse, c'est ce que d'autres appellent, un réseau. Nous n'avons rien contre le travail en équipage même si nous sommes parfois un peu trop discrets en communication ! Je tiens à dire que même dans des situations de handicap mental, de dépendances dues à l'âge, il y a des limites au secret partagé.

Pourquoi se long préambule ? La pratique gérontologique est en soi une pratique à risque, travailler dans le monde du handicap renvoie inévitablement à notre fragilité. Ainsi réunir ces deux perspectives Handicap mental et vieillissement invite inévitablement à un positionnement étayé.

En effet, « Qu'est ce réussir son vieillissement psychique ? » , je m'appuierai sur un article de P.M CHARAZAC de 2013 *qui définit le vieillissement psychique comme l'ensemble des processus par lesquels l'adulte parvenu à l'âge de la maturité fait face aux changements corporels de la vieillesse. (On peut rajouter le paramètre du changement social également). Cette évolution dépend inévitablement de la structure de personnalité. La structure de

personnalité résultant des interactions les plus précoces de l'enfant et de son environnement maternel et familial. Les capacités adaptatives du milieu de vie sont donc expressément interrogées. Aidants familiaux ou professionnels, pour ne pas avoir trop peur, il vaut mieux être informé, formé à ses (s. e. s) propres changements afin d'éviter les phénomènes contre transférentiels négatifs. Je ne m'étendrai pas sur cette notion actuelle du bien vieillir comme projet de vie où je relève une perversion au sens littéral du terme (déviation d'un élan vers une fin légitime, essentielle, au profit d'une autre qui ne l'ai pas. En tant qu'existant particulier, l'homme a à devenir ce qu'il n'est jamais intégralement, il a à s'humaniser toute sa vie durant. La santé n'est pas la fin de l'homme. B. QUENTIN Philosophe)

*** Vivre dans le monde du handicap et de la dépendance oblige à se situer le mieux possible dans sa propre trajectoire de vie en tant que Sujet Vieillissant** tel était le thème qui a été développé précédemment. Ces différentes pratiques, professionnels aux horizons divers, corsaires, jeunes en déformations, familles et bénévoles sont là pour nous inviter à des rencontres, des rencontres pour « disputer » et faire émerger de la création.

Pour ne pas trop nous perdre, le comité d'organisation a tout particulièrement proposé l'angle du médico-social gérontologique et gériatrique, ce qui n'empêchera pas les autres approches et réflexions et nous comptons sur vous pour enrichir les propos des intervenants.

Le changement d'heure d'intervention du Pr Gilles BERRUT contrarie un peu le déroulement gériagogique (mot d'Yves PELISSIER) de cette journée. En effet je l'ai déjà écouté sur un thème proche lors des soirées d'Anjouphiléthique, où il apporta avec une grande clarté son expérience clinique et sa connaissance des milieux gérontologiques pour positionner les notions de vieillissement, handicap, autonomie et dépendance. C'est justement cette reconnaissance des « autorités dites de tutelles » qui fait qu'il ne pourra être parmi nous que cette après-midi, il est selon la formule ; retenu par de nouvelles fonctions auxquelles on ne peut déroger. Intervenant en fin de journée, il fera donc un rappel, une synthèse, une mise en perspective de ces notions en y rajoutant je l'espère la notion de handicap. Bien évidemment il est tout excusé pour ce contre temps.

Je devais donc remercier le Dr Cyrill HAZIT-THOMAS d'avoir bien voulu échanger son horaire de parole. Cyrill est chef de service de gérontopsychiatrie et président du comité d'éthique du CHRU de Brest. Ça c'est la partie statutaire mais il y a aussi le travailleur, rat de bibliothèque et l'insatiable publicateur d'articles où il a repris énormément de points de clinique gérontologique. En effet, depuis de nombreuses années il a revisité de la séméiologie psychiatrique et actualisé des concepts. Il fait partie de cette

génération qui également fait invention en effectuant des synthèses après d'après recherches bibliographiques, d'expérimentations cliniques dans des lieux différents et surtout il est capable de travailler en bordure de sa spécialité comme le fit en son temps son prédécesseur Brestois le Dr Jean MAISONDIEU

(Psychiatre de la marine, alcoologue de formation et qui proposa en son temps un concept polémique mais invitant à la dispute, le concept de Thanatose). Malheureusement des soucis de santé d'un de ses enfants l'empêchent d'être parmi nous aujourd'hui. Cyril vient sortir un nouveau livre.....

Ensuite nous avons voulu proposer des expériences. Une première intervention de Messieurs P.GOHET et O.LE MAB soutenue par un film d'une trentaine de minutes avant la pause déjeuner. Le nom de Patrick GOHET apparaît depuis plusieurs années dans les différents rapports et études concernant notre sujet et c'est un grand honneur pour nous de l'accueillir aujourd'hui. Il a été le rapporteur d'un travail sur la coordination et la continuité des soins des personnes handicapées.

Du fait de la réorganisation de la matinée ces deux orateurs auront un peu plus de temps et vous aurez, espérons-le, la possibilité de les questionner.

Et nous reprendrons à 14h30 avec l'exposé de Mme J CHARRON, infirmière au Centre de Santé Mentale Angevin de St Gemmes/Loire et du Dr J PLANSON, assistante spécialiste, psychiatre au CHU d'Angers et au Centre de Santé Mentale Angevin de St Gemmes sur Loire.

Monsieur E. BONNEAU, directeur de l'Association Handi-Espoir, de Coëx nous développera les difficultés de vieillir avec un enfant handicapé.

Enfin comme convenu, le Professeur BERRUT clôturera par son intervention cette journée.

*Considérations générales sur handicap mental et vieillissement et mises en perspectives

Le vieillissement des personnes handicapées est une problématique sociale, sanitaire et politique. En effet, les personnes handicapées connaissent aujourd'hui comme le reste de la population une augmentation spectaculaire de leur espérance de vie.*(lire la diapo) pourquoi ? * (commenter diapo)

*Les écrits proposent, la catégorisation handicap mental voulant dire atteintes cognitives ou encore qui qualifie à la fois la déficience intellectuelle et les conséquences qu'elles entraînent au quotidien. Il y a également le handicap psychique qui inclut aussi bien des névroses graves ou des psychoses, c'est-à-dire, d'une manière générale un trouble chronique par un dysfonctionnement de la personnalité, avec des capacités relationnelles, d'autonomies et d'adaptations perturbées. Le handicap psychique est multiforme et variable dans le temps, oscillant par des phases de stabilité et de décompensation psychique. Les autres formes de handicaps sont les handicaps moteurs, et les handicaps sensoriels. Les malades épileptiques, schizophrènes, trisomiques 21 et ceux atteints de traits autistiques ont été plus particulièrement recensés et étudiés.

A la suite de cette observation le comité d'organisation de cette journée a donc proposé la thématique du handicap mental dans une acception large. Nous pensons essentiellement au handicap psychique mais il faut reconnaître qu'il est bien difficile de complètement dissocier les handicaps par déficiences cognitives de ceux occasionnés par les troubles d'ordre psychiatriques. Des éléments de psychopathologie imprègnent le plus souvent la déficience, les déficits moteurs, sensoriels ou le vécu d'une maladie spécifique. Notion de pluri-handicap.....

Compte tenu de l'hétérogénéité du public de cette journée sur le handicap mental que nous situerons dans son acception déficience cognitive et psychique l'interrogation « quels accompagnements » avec des témoignages et des positionnements théoriques nous a semblé le mieux correspondre aux différentes attentes.

Comment accompagner ce vieillissement dans les meilleures conditions ?

Comment adapter nos politiques pour répondre aux besoins de ce public de plus en plus nombreux ?

Ces défis sont d'autant plus difficiles à atteindre que les mondes du handicap et celui de la dépendance due à l'âge ont été longtemps disjoints. *Johan PRIOU dans « vieillir handicapé » (ouvrage collectif sous la direction de Yves JEANNE) relate la notion de convergence en l'illustrant « à la manière de Coluche. » C'est l'histoire du jaune et du blanc d'œuf...Le blanc d'œuf représenterait les personnes handicapées et le jaune, les personnes âgées, et la convergence, au moment où le nombre de personnes âgées dépendantes croît fortement, ressemblerait à une omelette où on ne verrait plus que le jaune.

Pour illustrer à grands traits « handicap mental et vieillissement" et ouvrir ainsi la journée, je me suis inspiré de points de vues très différents. Je vous invite tout particulièrement à prendre connaissance des Etude des CREA (Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveurs de personnes en situations de vulnérabilité). Notamment ceux d'Alsace, de la Région Nord, d'Auvergne. L'ensemble de ces textes m'ont été fournis par Mme Corinne PICHELIN directrice du CREA à Nantes. *Le travail du CREA d'ALSACE en 2014 est rapporté de manière très complète par le Dr Katia MANGENEY. Un appui non négligeable également par plusieurs livres dont ; *« le vieillissement des personnes handicapées mentales », sous la direction de Gérard ZRIBI, dernière édition en 2012, la première date de 1992. Autre livre *« Les personnes Handicapées âgées, où en est-on ? » du comité national de coordination de l'action en faveur des personnes handicapées, rédaction coordonnée par Bernard BELIN. Par ailleurs j'adresse mes remerciements a un malade Frédéric GIL. Schizophrène quarantenaire qui a accepté de me fournir un écrit très pertinent sur ses difficultés du fait de son avancée en âge. Joëlle FREMONDIERE éducatrice spécialisé à l'ESAT Croix Rouge de Doué la Fontaine qui par sa longue expérience a pu accompagner des travailleurs en situation de handicap mental cognitif et psychique, elle a pu développer ce que ressentent les professionnels qui eux même avancent en âge.

La loi du 11/02/2005 considère que le handicap résulte de l'interaction entre les incapacités d'une personne et l'inadaptation de son environnement. Cette reconnaissance de cette double cause témoigne d'une évolution considérable par rapport à la période antérieure qui se concentrait sur les incapacités individuelles.

Selon Bernard AZEMA et Nathalie MARTINEZ en 2005 dans un article de synthèse indiquaient que, « La prise de conscience de cette nouvelle

longévité est attribuée en France à René LENOIR qui en 1976 indiquait de manière péremptoire « Les débilés profonds mouraient presque tous à l'adolescence. Ils atteignent maintenant l'âge mûr et nous aurons dans dix ou quinze ans, de grands handicapés du troisième âge ». Notons que les colloques organisés par les CREAL en Rhône-Alpes (1986) et à La Baule (1988) constituent les premiers actes de cette prise de conscience collective.

C'est en octobre 2010 que le Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) dans un dossier technique appose les bases d'une première définition de la personne handicapée vieillissante (PHV) :

* « Une personne handicapée vieillissante est une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap (quelle qu'en soit la nature ou la cause) avant que de connaître les effets d'un vieillissement. La situation de handicap a donc précédé le vieillissement. » Notons que la tranche d'âge 45-55 ans est celle où apparaît plus spécifiquement cette notion de vieillissement chez le handicapé*

Ces effets consistent en l'apparition simultanée : *(schéma de BOUCHON 1984)

- D'une baisse supplémentaire des capacités fonctionnelles déjà altérées du fait du handicap
- D'une augmentation du taux de survenue des maladies liées à l'âge, maladies dégénératives et métaboliques pouvant aggraver les altérations des fonctions déjà présentes ou en occasionner de nouvelles
- Mais aussi d'une évolution de leurs attentes dans le cadre dans le cadre d'une nouvelle étape de vie.

« Le vieillissement des Personnes Handicapées vieillissantes est caractérisé par ses aspects multifactoriels et non linéaires ainsi que par l'importance des phénomènes de compensation adaptables et une variété individuelle ». (CREAL Auvergne)

Au niveau Européen les avancées sont très différentes en fonction de l'histoire socio- politique de chaque pays.

Hors Europe retenons que ce sont les Etats-Unis qui ont impulsés dès les années soixante un vaste mouvement de désinstitutionalisation des personnes handicapées ce qui a fait prendre conscience de cette question du vieillissement. »

Devant l'ampleur du phénomène actuel, les responsables politiques et les pouvoirs publics cherchent à comprendre la « spécificité » de cette prise en

charge pour planifier l'offre médico-sociale. A l'heure actuelle, il n'y a pas de référentiel clinique du vieillissement des personnes handicapées nous dit K. MANGENEY. Mais devant l'hétérogénéité du vieillissement et des handicaps comment faire des cohortes homogènes ? Néanmoins il convient d'être vigilant pour ne pas confondre vieillissement physiologique avec une « incapacité rééducable ». Monsieur GOHET reviendra certainement sur cette nécessité d'établir des outils de repérages adaptés. UNAPEI a mis au point un outil Modèle d'Accompagnement Personnalisé (MAP) qui complète la grille Autonomie, Gérontologie, groupe Iso-Ressource (AGIR).

De manière synthétique notons ce que propose B. AZEMA

- une diminution des capacités fonctionnelles déjà altérées par le handicap
- une difficulté d'adaptation physique, psychique et sociale
- une disparition progressive parallèle des aidants naturels
- une augmentation du taux de survenu des maladies liées à l'âge
- une évolution de leurs attentes dans le cadre d'une nouvelle étape de leur vie
- un alourdissement global de la prise en charge
- une santé bucco-dentaire souvent oubliée
- une méconnaissance des troubles sensoriels
- une émergence des cancers
- des troubles mentaux souvent sous diagnostiqués
- un mauvais suivi des problèmes gynécologiques
- une moindre formulation des plaintes, des douleurs

*La tranche d'âge de 45-55

*Le v différentiel

*Réévaluer les tt

EN Synthèse

Etude du CREAL d'ALSACE en 2014

« Elle montre un effondrement des signes de vieillissement « spécifique » ou « prématuré » au profit d'un vieillissement ordinaire (p129)

« La fragilité lors du vieillissement de la personne handicapée vieillissante en institution est essentiellement psychosociale et non pas médicale, donc limité les ruptures de prise en charges pour ne pas créer un vieillissement psychosocial prématuré ou spécifique (p133)

« Grosses lacunes dans la formation sur le handicap et le vieillissement pour tous les professionnels quelque soit ces professionnels (p134)

L'effet cohorte car les pathologies néonatale ou génétique diminuent du fait de l'avènement échographique et le meilleur suivi obstétrical (p137)....

**L'accueil des personnes
handicapées mentales en EHPAD
à propos d'un cas clinique**

Julie Charron - Infirmière en CMP

Jennifer Planson - Psychiatre

- **Infirmière en CMP rural du pôle 3.**
- **CMP conventionné avec 10 établissements:
EHPAD, hôpital local.**
- **Interventions auprès de sujets âgés ayant des troubles psychiatriques.**
- **DIU psychopathologie de la personne âgée en 2014.**
- **Mémoire autour d'un cas clinique.**

➤ **Mme L. âgée de 68 ans présente :**

- **Dysharmonie évolutive compliquée de psychose déficitaire**
- **Déficiência intellectuelle avec peu d'accès au langage**
- **Dépendance dans certains actes du quotidien, GIR 4 mais dépendance relationnelle majeure**
- **Angoisses se manifestant par des troubles du comportement**

L'histoire de Mme L.

- **Parcours émaillé de ruptures et d'abandon**
- **Vie en institution**
- **Équilibre psycho-affectif**

La vie à l'EHPAD

- **Angoisses lors de ruptures, de modifications environnementales, de frustrations :**
 - **Auto et hétéro agressivité**
 - **Conduites potomaniaques, vols**
 - **Dénudement dans les couloirs**
 - **Déambulation nocturne**
 - **Grasping relationnel**

Notre intervention

- **Passage infirmier une fois par mois**
- **Absence de psychiatre**
- **Intervention principalement auprès des équipes**
- **Absence de médecin coordinateur**
- **Traitement prescrit par le médecin traitant :**
 - **1 antiépileptique**
 - **3 antipsychotiques (Loxapac[®]Tercian[®]Dipipéron[®])**
 - **1 anxiolytique (Valium[®])**

Constat d'un échec

- **Recrudescence anxieuse de Mme L.**
- **Épuisement, impuissance, perte de cohésion et contre transfert négatif des équipes**
- **Collaboration difficile**

L'histoire de l'échec

- **Âge, dernier lieu de vie, appréciation déficitaire**
- **Pertes, ruptures : habitat, relation symbiotique, secteur**

« Envers et contre tout, la maison nous aide à dire : je serai un habitant du monde, malgré le monde. » G. Bachelard, *La poétique de l'espace*

L'histoire de l'échec

- **Organisation : normes, architecture, cohabitation**
- **Stigmatisation avec double peine : âge et maladie mentale**
- **Sectorisation**

➤ **Certains processus psychotiques :**

- **Phénomènes de clivage et de projection**
- **Rupture de l'intégrité de Soi : union-séparation, continu-discontinu, contenant-contenu**
- **Fondamentaux de l'existence attaqués : temps intime, évidence naturelle, image du corps**

Perspectives

➤ Travailler le passage

« Les rites sont dans le temps ce que la demeure est dans l'espace. » A. De Saint-Exupéry, *Citadelle*

« [...] pas de concepts, pas de pensée, pas de sas pour penser, pas de réaction, seulement des actes réflexes. » M. Benasayag, *Perversions*

Perspectives

- **Savoir complémentaire en gérontopsychiatrie pour ne pas pratiquer la gestion des « anomalies » de comportement**
- **Réflexions institutionnelles**
- **Structures spécifiques**
- **Partenariat**