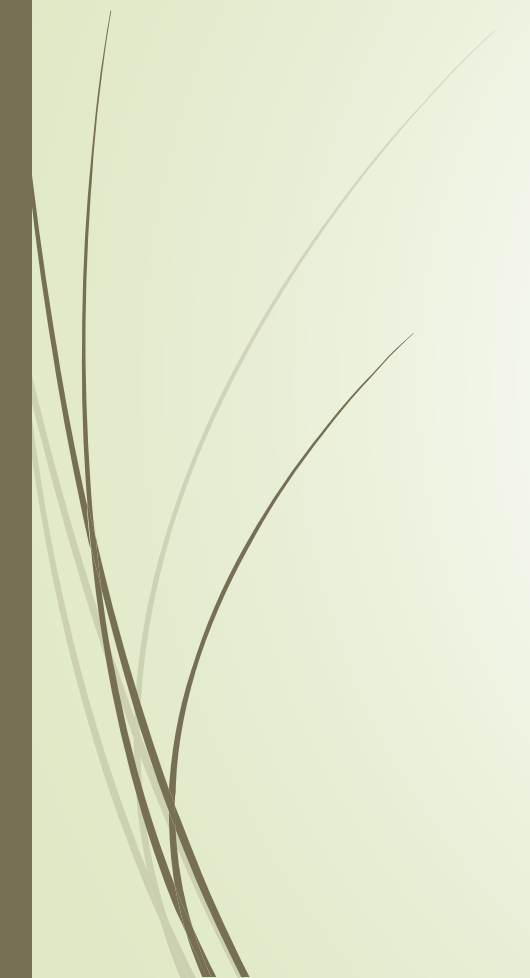




HANDICAP & VIEILLISSEMENT


Dr Pierre ALBERTI
13 janvier 2026





VIEILLISSEMENT



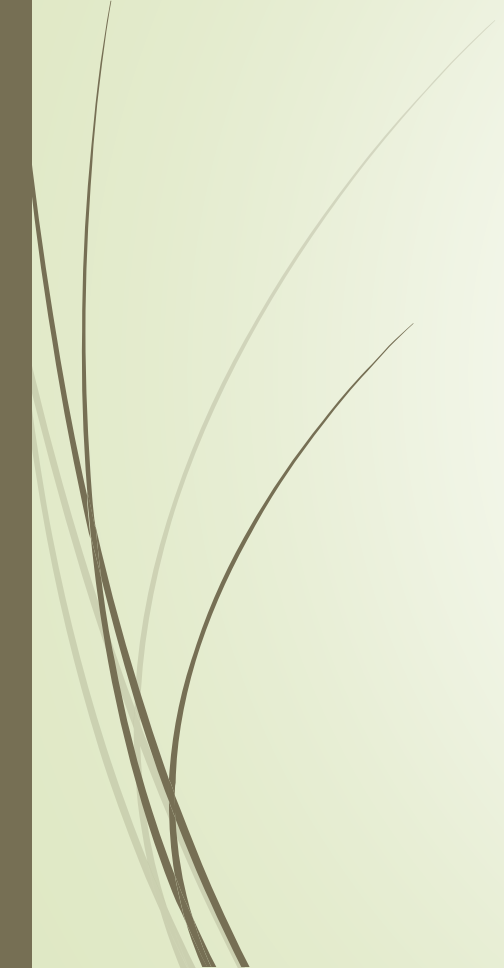
- 
- Phénomène normal, lent et progressif, irréversible et inéluctable (dépend de nombreux facteurs, positifs ou négatifs)


 - Espérance de vie :
 - durée de vie moyenne au moment de la naissance
 - s'améliore régulièrement (progrès médicaux, amélioration de l'hygiène de vie)

 - 2 cas exemplaires de vieillissement réussi :
l'archipel d'Okinawa et la Suède (alimentation équilibrée, activité physique adaptée régulière et relations sociales riches)



PHYSIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT



- 
- Diminution de la masse maigre et augmentation de la masse grasse
 - Cardio-vasculaire :
 - augmentation délétère de la masse cardiaque
 - rigidification des artères et augmentation de la pression artérielle
 - Respiratoire :
 - diminution des capacités respiratoires
 - diminution efficacité des muscles respiratoires
 - diminution de l'absorption de l'oxygène





➤ Digestif :

- . bouche : denture qui s'use, voire disparaît
- diminution de la sensation de soif
- diminution de la salivation
- . diminution des flux gastriques
- . ralentissement du transit digestif, voire des fonctions hépatiques

➤ Locomotion :

- . enraidissement articulaire
- . diminution de la masse musculaire
- . risque de chute
- . diminution de la densité osseuse

- 
- 
- Sensoriel : . diminution de la vue
. diminution de l'audition
. modification du goût
(appétence pour le sucre, dégoût pour la viande)
. diminution de l'odorat
. toucher : soit hyper, soit hyposensibilité

 - Rénal (++) : diminution de la filtration glomérulaire

- 
- Cognitif : perte de neurones dès la naissance car ne se reproduisent pas, s'accélère en cas de maladie neuro-dégénérative

Mais notion de RESERVE COGNITIVE = plasticité cérébrale, permet de compenser les pertes, à stimuler tout au long de sa vie (dès l'enfance)

la **mémoire** : déclin progressif et léger normal

l'**attention** : déclin progressif et léger norma

difficultés d'inhibition : parasitages

Ces pertes modérées correspondent au Mild Cognitive Impairment (déficit cognitif léger) qui est normal



➔ Cognitif :

Intelligence : 2 types

- l'*intelligence fluide* qui permet de s'adapter aux situations nouvelles (sensible au vieillissement)
- l'*intelligence cristallisée* qui utilise les compétences apprises pour répondre aux problèmes = automatique (bien préservée avec le vieillissement)

LES 3 MODES DU VIEILLISSEMENT

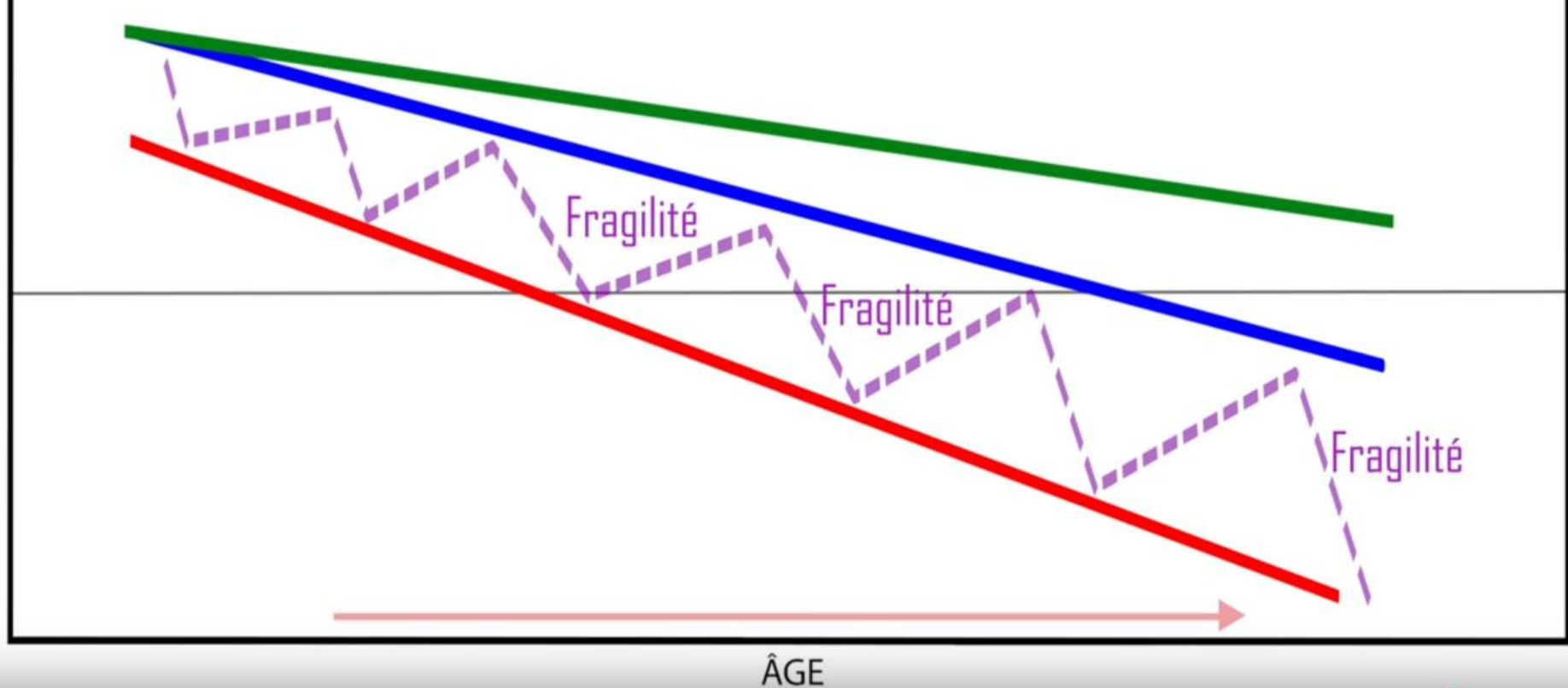
A
u
t
o
n
o
m
i
e

D
é
p
e
n
d
a
n
c
e

Vieillesse réussie

Vieillesse normale

Vieillesse pathologique



ÂGE



➤ Vieillessement NORMAL

En adéquation avec son espérance de vie sans altération liée à une pathologie

En fin de vie, période courte ou moyenne de dépendance

➤ Vieillessement PATHOLOGIQUE

Vieillessement aggravé par des pathologies

La dépendance survient tôt, pendant plusieurs années avant le décès, lui-même plus précoce que l'espérance de vie

➤ Vieillessement RÉUSSI

Les fonctions de l'organisme et cognitives restent à un niveau élevé au-delà de l'espérance de vie (souvent grâce à des attitudes préventives)



MAIS ne pas négliger le versant
psychologique :

il faut être satisfait de sa vie personnelle et
donc savoir faire le deuil des déficits quel
que soit leur degré !

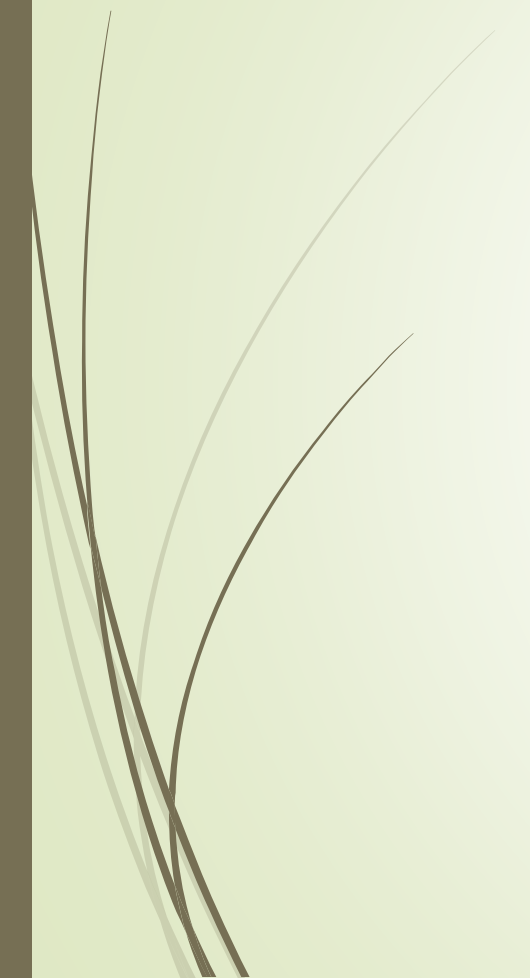


CONCLUSION

- ▶ VIEILLISSEMENT = Phénomène avec une atteinte progressive et inéluctable de toutes les fonctions métaboliques, physiques et cognitives plus ou moins pathologiques, dépendant de nombreux facteurs
- ▶ Mais que l'on peut atténuer grâce à une hygiène de vie adaptée et si on a les moyens sur le plan psychologique d'accepter ses pertes



« CHÂTEAU DE CARTE »





HANDICAP et VIEILLISSEMENT






DEFINITION :

- ▶ « 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 de connaître de surcroît les effets du vieillissement jusqu'à entraîner une réduction du champ des activités, notamment sociales » (CNSA)
- ▶ C'est-à-dire que les personnes handicapées vieillissantes ont connu leur situation de handicap avant de connaître les effets du vieillissement : baisse supplémentaire des capacités fonctionnelles déjà altérées



SOCIOLOGIE

- ▶ l'allongement de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap est un phénomène récent
 - ▶ les structures d'accueil ne sont pas toujours adaptées
- 



PHYSIOLOGIE et SPECIFICITES

► PHYSIOLOGIE :

L'âge physiologique est en général supérieur à l'âge chronologique :

- réserve physiologique et/ou cognitive diminuée
- amoindrissement des capacités fonctionnelles
- accès à la santé plus difficile

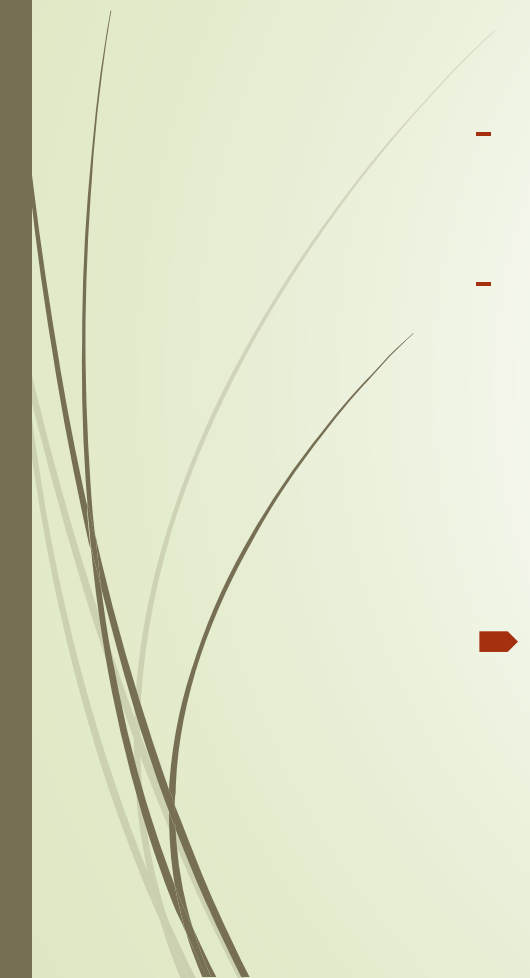


➤ SPECIFICITES :

- les aidants freinent parfois la prise en charge
- les personnes handicapées échappent souvent aux actes médicaux de prévention
- les conseils de prévention sont moins accessibles (handicaps moteurs, réserve cognitive altérée, surprotection des aidants)
- vieillissement accéléré des handicaps ou directement lié à l'handicap
- difficultés de communication



Il faudrait prendre en charge la prévention dès 40 ans :

- avec les mêmes actes de prévention que la population générale
 - apprendre à communiquer (atteintes cognitives) et comprendre les troubles du comportement (qui traduisent en général un mal-être psychique ou physique)
 - Et ne pas oublier que la personne handicapée est la première personne à interroger pour organiser son avenir !
- 



CONDUITE A TENIR

- **Déterminer les profils**
(se rapprocher des 3 types de vieillissement)
- 

PROFIL ROBUSTE (= *vieillesse réussie*)

- Avancée en âge avec maintien ou atteinte très modérée des capacités fonctionnelles
- Prévenir (bien vieillir et éviter le passage à un profil fragile) :
- Principalement par l'hygiène de vie (alimentation / exercice physique adapté / hygiène bucco-dentaire / maintien des capacités à parler, manger, sourire, respirer... / vaccinations / entretien des capacités fonctionnelles pour les AVQ / sommeil / entretien de la vie sociale ++ / attention à la iatrogénie ...)
= PREVENTION PRIMAIRE
- Pratiquer les dépistages .systématiques (sensoriels, cancers ...)
.des pathologies cardio-vasculaires,
endocriniennes asymptomatiques

PROFIL FRAGILE (= *vieillesse normale*)

- ▶ Agir pour prévenir la transformation pathologique, ou revenir à un profil robuste
(fragilité = état potentiel de vulnérabilité sans pathologie associée)
- ▶ Rechercher les critères de fragilité
- ▶ Prévenir : idem précédemment
- ▶ Dépister :
 - des pathologies fréquentes peu symptomatiques ou à symptômes atypiques
 - des pathologies plus spécifiques à chaque type de handicap



Corriger : les facteurs de risques de pathologie
(= PREVENTION SECONDAIRE)

- alimentation
- éliminer les toxiques
- traiter les pathologies chroniques
- renforcer les rééducations fonctionnelles
- mise en place d'aides techniques

PROFIL PATHOLOGIQUE (= *vieillesse pathologique*)

Pathologique =

- apparition de pathologies chroniques incapacitantes avec perte d'autonomie ou aggravation de celle-ci
 - ou apparition d'autres syndromes gériatriques
-
- Devant tout changement de comportement, suspecter une douleur et/ou une pathologie aiguë (savoir donner un traitement antalgique pour démasquer d'autres symptômes ou simplement faciliter l'examen clinique)
 - Différer la perte des capacités



Limiter les complications (= le « suraccident »)

(PREVENTION TERTIAIRE)

- réévaluation régulière de l'ordonnance
- suivi et adaptations nutritionnelles +++
- réévaluation régulière de la mobilité, installation si mobilité réduite
- adaptation du lieu de vie habituel, modalités professionnelles, environnement social. Connaître ses évènements de vie

CONCLUSION

- ▶ Le vieillissement débute plus tôt chez la personne handicapée en raison de réserves fonctionnelles (physiques et cognitives) moindres et d'une accélération des déficits liés au handicap
- ▶ Important de : . faire une prévention précoce
 - . s'appuyer sur les capacités préservées, valoriser la personne, renforcer l'aide aux aidants ou les remplacer si nécessaire
 - . entretenir la vie sociale (! retraite)
- ▶ Dans la pratique, pour les aidants, il faut continuer à stimuler ...mais pas uniquement : il faut savoir reconnaître les modifications physiques et de comportement pour pouvoir alerter
- ▶ Attention : dans la mesure du possible, ne pas faire pour elle mais avec elle !



2 exemples



1^{er} cas

- ▶ Henri B., né en 1947 à Dakar
- ▶ A 6 mois : méningite compliquée d'une encéphalite
Séquelles : hémiparésie (AVC)
 surdité avec mutisme
- ▶ Retour en France :
 - pas de prise en charge spécifique, pris en charge par ses parents à domicile, très protecteurs
 - relations sociales quasi-inexistantes



Au décès des 2 parents, est accueilli en EHPAD en 2010 (63 ans)

➤ Diagnostic de sourd-muet

hémiparésie

déficit mental léger

➤ Autonomie limitée pour certains gestes de l'AVQ

➤ Après stimulation :

autonomie retrouvée


participe à la vie de l'Ehpad

s'approprie le fonctionnement d'une tablette

➤ Décédé en 2025 d'une pathologie secondaire à son AVC

2e cas

- Catherine R., née en 1962
- A 18 mois, découverte d'une tumeur cérébrale opérée, lourdes séquelles : hémiplégie
déficience mentale légère (difficultés d'apprentissage)
- Élevée par ses parents, puis sa mère seule au décès du père, puis 1 sœur a rejoint le domicile pendant 10 ans en raison des difficultés de la mère
- Accueillie en EHPAD en 2025 suite à l'apparition de troubles cognitifs chez la mère, la sœur ne pouvant plus gérer les 2

- 
- À son arrivée en EHPAD, il a été constaté une relation très fusionnelle entre la fille et la mère, cette dernière continuant à s'occuper de sa fille malgré ses troubles (cognitifs et physiques), sa fille la sollicitant en permanence malgré la présence des équipes.
 - Mécontentement des frères et sœurs en raison de l'absence d'anticipation. Mise en difficulté des équipes.
 - MAIS : excellente adaptation à l'Ehpad, participent à la vie sociale (Ehpad et activités extérieures), semblent heureuses ce que ne renvoie pas la famille (compréhensible).