

# LE CHALLENGE DU VIEILLISSEMENT SINGULIER DES PERSONNES EN SITUATION D'HANDICAP INTELLECTUEL RETOUR D'UNE PREMIÈRE EXPÉRIENCE EN HÔPITAL DE JOUR GÉRIATRIQUE

7<sup>e</sup> congrès de la Société Francophone de Psychogériatrie  
et de Psychiatrie de la Personne Âgée

Jeudi 4 juin 2026

ST05 - Vieillessement des personnes en situation de handicap intellectuel : leviers cliniques et  
organisationnels pour une prise en charge dédiée

Dr Marie-Hélène Coste, PH gériatre

Hôpital de jour des Charpennes – Institut du Vieillessement HCL – CMRR de Lyon



**7<sup>e</sup> Congrès**  
Société Francophone  
de Psychogériatrie et de  
Psychiatrie de la Personne Âgée  
SF3PA  
La Psychiatrie de la Personne Âgée en mouvement  
Jeudi 4 et vendredi 5 JUN 2026  
Université Catholique de Lyon - UCLy - LYON  
[www.sf3pa-congres.com](http://www.sf3pa-congres.com)

**HCL**  
HOSPICES CIVILS  
DE LYON

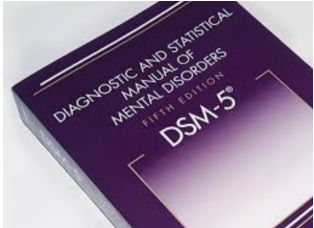
**L'INSTITUT DU  
VIEILLISSEMENT**

[www.chu-lyon.fr](http://www.chu-lyon.fr)

# CONFLITS D'INTÉRÊT

**AUCUN**

# PRÉAMBULES



# DÉFINITION ET CADRES NOSOGRAPHIQUES

CARACTÉRISTIQUES DU HANDICAP MENTAL : DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (DI) ET DU COMPORTEMENT ADAPTATIF, LIÉE À UNE ALTÉRATION DU DÉVELOPPEMENT MENTAL

4

## Selon la classification diagnostique américaine (DSM-V)

- déficit significatif du fonctionnement intellectuel et des capacités adaptatives, aux retentissements observables avant l'âge de 18 ans.
- 3 dimensions composent le diagnostic : QI < norme populationnelle, comportements adaptatifs altérés (conceptuels, sociaux, pratiques), survenue précoce.

## 6 types de handicap (Loi du 11 février 2005) :

moteur, sensoriel, mental, psychique, cognitif, polyhandicap

### Personnes en situation de handicap mental

→ « personnes qui rencontrent des limitations du fait d'une déficience des fonctions mentales et intellectuelles et d'une déficience du comportement adaptatif. »

### Handicap mental vieillissant

→ « une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap [mental] avant de connaître les effets d'un vieillissement »

## Selon la classification diagnostique européenne (CIM-11 / OMS)

- Arrêt ou développement incomplet du fonctionnement mental, caractérisé par une altération, durant la période du développement, des facultés qui déterminent le niveau global d'intelligence (fonctions cognitives, langage, motricité et capacités d'adaptation sociales).
- Le retard mental peut accompagner un autre trouble mental ou physique ou survenir isolément.
- Les capacités intellectuelles et l'adaptation sociale peuvent changer et, même si elles sont très médiocres, être améliorées par une formation et une rééducation appropriées.

### 4 degrés de déficience mentale

- léger QI entre 50-69
- moyen QI entre 35-49
- sévère QI entre 20-34
- profond QI < 20

# ETIOLOGIES DU RETARD MENTAL : EN BREF

5

## Facteurs organiques

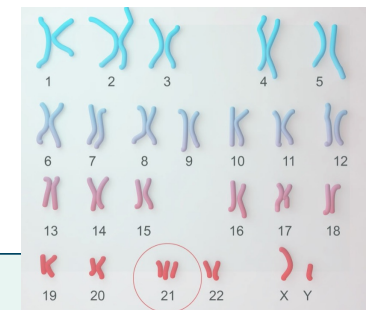
- Lésions cérébrales avec perturbations du programme génétique : syndrome de Down (T21), Syndrome de l’X fragile,...
- Maladies métaboliques héréditaires (phénylcétonurie) ou troubles métaboliques
- Maladies ou malformations acquises pendant la grossesse (rubéole, toxoplasmose, médicaments, toxiques dont foetopathie alcoolique)
- Infections pré- ou postnatales
- Accidents péri ou post-nataux ou tout au long du neurodéveloppement (grande prématurité, hypoxies/anoxies, séquelles de TC, convulsions, ...)
- Troubles du spectre autistique

La plupart des encéphalopathies s’accompagnent d’un retard mental

**Facteurs psychologiques** : Origine psychogène du retard

**Facteurs environnementaux** : Conditions de vie (alimentation, hygiène)

- Anomalies chromosomiques → principale cause de DI : 4 à 10 % des DI légères et 20 à 30 % des DI sévères.
- T21, X fragile et foetopathie OH : 30 % des causes identifiées
- T21 = première cause génétique de DI, représentant 80 % des aberrations chromosomiques détectables au caryotype
- 40 à 50% des causes sont inexplicées
- Plus le retard mental est sévère, plus la cause est identifiée



# ÉPIDÉMIOLOGIE PHV

- Augmentation du nombre de personnes avec handicap mental vieillissantes
- Augmentation de leur longévité
- Âge > 40/50 ans

INSEE 2002 : 215.000-272.000 > 40 ans

Les personnes handicapées vieillissantes : une approche à partir de l'enquête HID. 2002

UNAPEI 2009 :

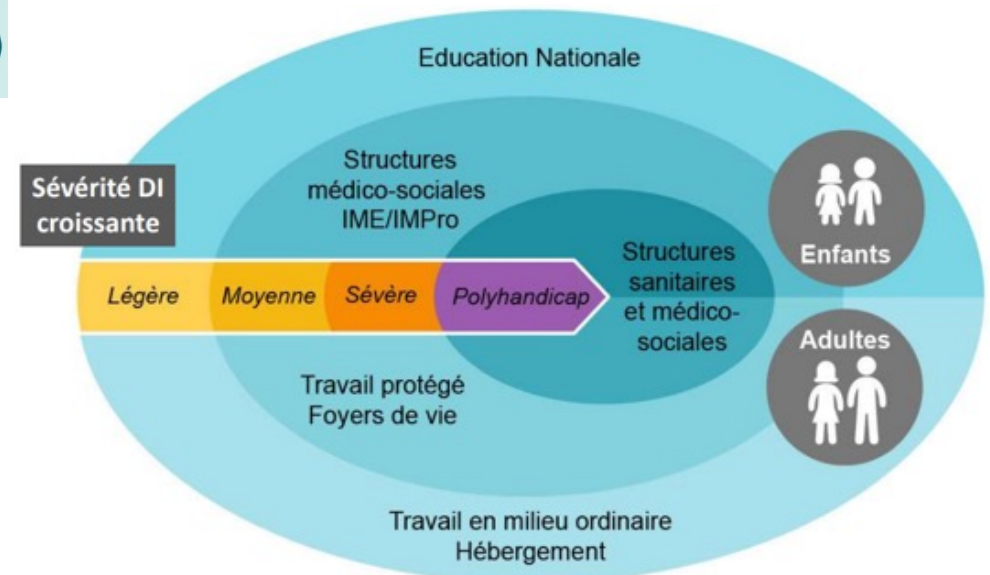
- Espérance de vie < 10-15 ans/population générale
- Espérance de vie T21 > 60 ans (vs 30 ans en 1970)

Le vieillissement des personnes handicapées mentales. UNAPEI 2009

Prévalence : 1 à 3% de la population générale  
Sexe ratio : 1,6 garçon pour 1 fille

85% ont un retard mental léger  
10 % un retard mental moyen  
3 à 4% un retard mental sévère  
1 à 2% un retard mental profond

## TRAJECTOIRES ET LIEUX DE VIE TRÈS DIVERSES



# UNE POPULATION TRÈS HÉTÉROGÈNE

MAIS SOUVENT DES PROBLÉMATIQUES COMMUNES

7

## A la fois diversité...

- Déficience intellectuelle, de la DI « légère » au « polyhandicap »
- Tb cognitifs avec Tb complexes des apprentissages
- Epilepsie, souvent sévère
- Pathologies neuro-psychiatriques à début précoce
- Tb de régulation émotionnelle et alimentaire
- Tb de coordination motrice
  
- Hétérogénéité clinique importante : du Sd de Down à la DI idiopathique, en passant par les troubles du spectre autistique avec DI associée
- Diversité parcours de vie et épisodes médicaux

## ... et problématiques communes

- Un handicap cognitif chronique
- Des sur-handicaps associés fréquents : Tb. graves du comportement, dont alimentaire, épilepsie réfractaire, atteinte motrice, etc...
- Une démarche diagnostique et d'évaluation fonctionnelle

# UNE POPULATION QUI DÉSORMAIS VIEILLIT

- Le vieillissement touche toute la population occidentale et parmi celle-ci des groupes qui auparavant **décédaient avant le 3<sup>e</sup> âge**.
- Ces dernières années ont vu se révéler la **question du vieillissement des personnes handicapées**.
- Parmi la population des personnes handicapées vieillissantes (PHV), les personnes porteuses d'un **handicap mental** semblent présenter des profils de **vieillissement** physiques et cognitifs **atypiques** pouvant mettre en difficulté les professionnels.

## Âge des adultes entrés et accueillis selon le type de structure en 2010

	Âge moyen des adultes présents au 31 décembre		Part des 50 ans et plus (en %)		Part des 60 ans et plus (en %)		Âge moyen des adultes entrés dans l'année	
	2010	2006	2010	2006	2010	2006	2010	2006
<b>Établissements pour le travail et la formation</b>								
Établissement et service d'aide par le travail (ESAT)	38	38	18	14	0,5	0,3	29	29
Centre de rééducation professionnelle (CRP)	39	37	13	6	0,1	0,1	39	37
<b>Établissements pour l'hébergement</b>								
Foyer occupationnel ou foyer de vie pour adultes handicapés	42	41	31	27	8	5	37	35
Foyer d'hébergement pour adultes handicapés	40	40	25	21	3	2	31	31
Maison d'accueil spécialisée (MAS)	42	40	31	23	8	5	38	34
Foyer d'accueil médicalisé pour adultes handicapés (FAM)	44	41	37	28	12	7	43	39
Foyer d'accueil polyvalent pour adultes handicapés	43	41	31	25	9	7	36	33
Établissement expérimental pour adultes handicapés	40	38	25	22	6	6	37	35
Établissement d'accueil temporaire d'adultes handicapés	39	33	28	12	5	1	-	-
<b>Services d'accompagnement à la vie sociale</b>								
Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)	42	41	30	23	7	4	41	40

**Lecture** • L'âge moyen des adultes présent en ESAT au 31/12/2010 est de 38 ans. L'âge moyen des personnes entrées dans un ESAT en 2010 et présentes au 31/12/2010 est de 29 ans.

**Champ** • Personnes accueillies dans les structures pour personnes handicapées (hors Centres de préorientation), France entière.

**Source** • Enquêtes ES 2010 et ES 2006, DREES.

### A titre d'illustration :

Âge moyen hébergement en FAM : 39 ans en 2006, 44 en 2010

Evolution de l'EV d'une personne porteuse de **Trisomie 21 = 9 ans en 1929 à 60 ans actuellement**

(Bittles & Glasson, 2004)

# CHALLENGE

DÉFIS SPÉCIFIQUES  
POUR LES AIDANTS NATURELS ET LES PROFESSIONNELS

PSYCHIATRIE ? NEUROLOGIE ? GÉRIATRIE ?

NÉCESSITÉ D'UNE PRISE EN SOINS MULTIDIMENSIONNELLE  
PHYSIQUE, COGNITIVE, PSYCHIQUE, SENSORIELLE ET SOCIALE  
→ CONCEPT HABITUEL EN HDJ GÉRIATRIQUE (EXPERTISE)  
→ MAIS DOIT ÊTRE SINGULIÈRE

# VIEILLISSEMENT PRÉMATURÉ ?

IL EST IMPORTANT DE DISTINGUER LE VIEILLISSEMENT PRÉCOCE PATHOLOGIQUE D'UN VIEILLISSEMENT PHYSIOLOGIQUE, ARRIVANT FRÉQUEMMENT À PARTIR DE 50 ANS.

- Vieillessement = période de vie où apparaissent 1ers marqueurs physiologiques et fonctionnels du déclin
- Plus forte probabilité d'être fragile à un plus jeune âge.
  - fréquemment dès 40 /50 ans, bien plus précocement que dans pop. générale.
  - processus varie selon problème sous-jacent (ex : Sd de Down)
- Impératif de distinguer manifestations liées au vieillissement naturel de celles relevant de trajectoires pathologiques accélérées, fréquemment observées dans certains sd.génétiques (ex. : T21).
- Pertes normales liées au vieillissement → exacerbent incapacités et déficits préexistants

**→ Cette pluralité de profils implique un abord différencié du phénomène de vieillissement**

# LEUR VIEILLISSEMENT

## UN PROBLÈME ÉMERGENT ET PRÉOCCUPANT

- Espérance de vie accrue mais pathologies surajoutées
- Aspects somatiques, psychiques, relationnels et affectifs totalement imbriqués.
- Prise en charge inadaptée → possibles résultats catastrophiques en termes de repli sur soi et de perte des acquis.
- Conduites d'adaptation sociale → particulièrement sensibles au vieillissement.
- PHV : contrairement à celle dont l'autonomie se réduit du fait de l'âge, besoin d'être accompagnée tout au long de sa vie.

**→ Le vieillissement nécessitera donc en fait une adaptation de cet accompagnement en fonction de l'évolution des capacités**

# SPÉCIFICITÉS PHYSIOLOGIQUES ET MÉDICALES DU VIEILLISSEMENT CHEZ LES PERSONNES AVEC DI

12

## Comorbidités :

- apparition plus tôt de pathologies normalement observées à un âge plus avancé → incidence accrue M. cardiovasculaires, arthrose, Tb. sensoriels, risque MA sensiblement supérieur (T21)
- étiologie multifactorielle de ce vieillissement accéléré complexe :
  - facteurs génétiques, stress oxydatif, neuroinflammation, anomalies myélinisation, altération plasticité synaptique, dysfonctionnement mitochondrial, accumulation amyloïde
  - comorbidités somatiques préexistantes et accès inégal aux soins de santé

→ **cercle vicieux** → **aggravation précoce des déficiences fonctionnelles.**

## Polyhandicap et évolutions morphologiques et fonctionnelles

- Bon nombre de sujets présentant une DI vieillissent avec des handicaps physiques associés.
- ↓ capacités motrices, risque accru de chute, Tb. de déglutition, douleurs chroniques → freins supplémentaires à l'autonomie.
- en situation de polyhandicap → évolutions parfois fulgurantes, pouvant bouleverser radicalement les modalités d'accompagnement.

# DÉFIS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIOAFFECTIFS DE CE VIEILLISSEMENT SINGULIER

## Santé mentale et troubles comportementaux

- Incidence des Tb. psychiatriques nettement plus ↑ chez PHV vs P. générale.
- Tb de l'humeur, anxiété, Sd de désorganisation comportementale et sp. psychotiques → fréquents et difficulté majeure à exprimer la souffrance mentale par auto-évaluation verbale. Repérage fondée sur observation clinique fine et collaboration avec aidants naturels et professionnels.

## Vieillir avec une histoire de vulnérabilité

- vécu psychologique du vieillissement s'enracine dans une histoire personnelle souvent jalonnée de ruptures institutionnelles, familiales et sociales.
- À la vulnérabilité cognitive et adaptative s'ajoute fréquemment un déficit de repères — changements de lieux de vie, modification des équipes de soins, départ ou décès des parents, perte progressive d'amis, de pairs ou de membres de la fratrie.

→ **cumul de ruptures fragilisant d'autant plus capacités de résilience et d'adaptation → expose à risques accrus de décompensation psychique.**

## Sentiment d'identité et estime de soi

- Sentiment d'appartenance, valeur conférée à son rôle social et image de soi → mis à l'épreuve à mesure que la vieillesse s'installe.
- Nombre de PA avec DI vivent une confrontation difficile avec la perte de compétences ou la réduction des possibilités de participation à des activités valorisantes.

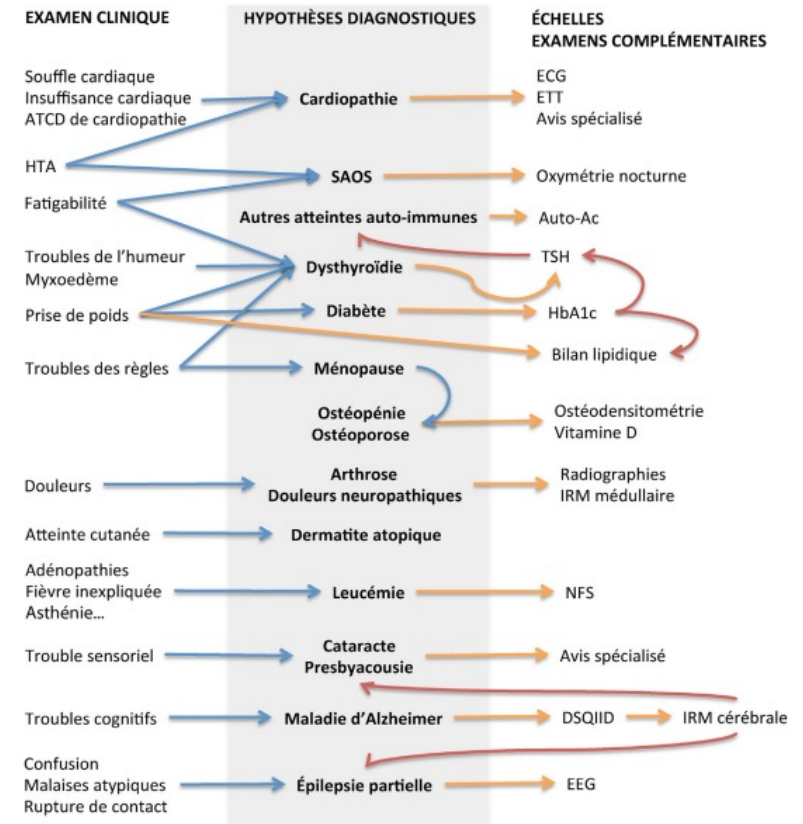
# CAS PARTICULIER DU SYNDROME DE DOWN

## PREMIÈRE CAUSE GÉNÉTIQUE DE HANDICAP MENTAL

Le **vieillissement survient prématurément** (ex la ménopause 4 à 6 ans plutôt chez les femmes T21)  
 • Une ménopause précoce est associée avec un risque accru de démence de type Alzheimer

Une **prévalence plus importante** des comorbidités en lien avec le vieillissement par rapport à la population générale - **pour le T21:**

- **troubles visuels** : cataracte (33% < 55 ans et 65% < 55 ans), strabisme, kératocone
- **troubles auditifs**: 70% > 40 ans (surdités de perception ou mixtes)
- **syndrome d'apnée du sommeil**: 55% chez l'enfant et 90% chez l'adulte
- formes d'épilepsie myoclonique progressive
- **ostéoporose** en lien avec la ménopause précoce, le faible tonus musculaire, sédentarité, insuffisance en vit D
- **hypothyroïdies** auto-immunes



**Figure 1.** Représentation schématique des orientations diagnostiques et examens complémentaires à envisager chez un patient atteint d'un syndrome de Down se présentant en consultation gériatrique. En fonction des signes cliniques recueillis lors de l'entretien et à l'examen, des hypothèses diagnostiques sont envisagées (flèches bleues), devant faire réaliser un certain nombre d'examens complémentaires, d'échelles de dépistage et/ou demander un avis spécialisé (flèches oranges). En cas de confirmation de certains diagnostics, d'autres pathologies devront être recherchées (flèches rouges). Auto-Ac : auto-anticorps ; ECG : électrocardiogramme ; EEG : électroencéphalogramme ; ETT : échographie trans-thoracique ; DSQIID : *dementia screening questionnaire for individuals with intellectual disabilities* ; HbA1c : hémoglobine glyquée ; HTA : hypertension artérielle ; IRM : imagerie par résonance magnétique ; NFS : numération formule sanguine ; SAOS : syndrome d'apnées obstructives du sommeil.

# CAS PARTICULIER DU SYNDROME DE DOWN

## Chez le patient T21

> **40 ans** toutes les personnes porteuses de T21 présentent des **lésions neuropathologiques de type Alzheimer:**

- plaques amyloïdes
- dégénérescence neurofibrillaires

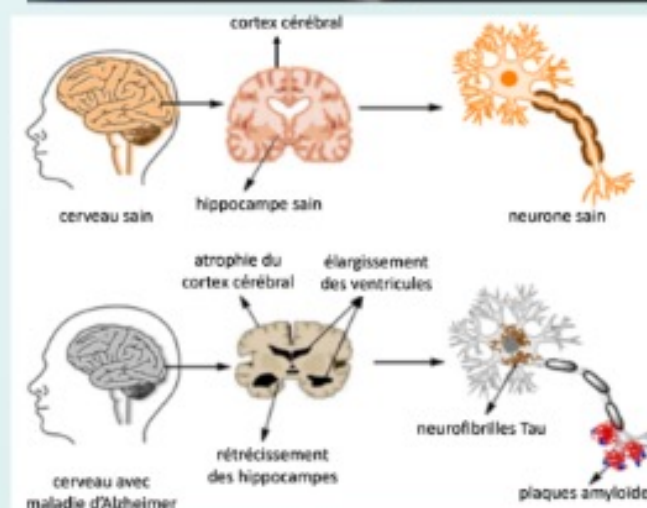
La T21 implique la surexpression du **gène de l'APP** (Amyloid Protein Precursor) situé sur le chromosome 21 et donc une surproduction de peptide amyloïde

**MAIS**

Pas tous les patients T21 développeront un TNC majeur/démence

**La prévalence des TNC majeur augmente avec l'âge:**

- 9% entre 45-49 ans
- 17.7% entre 50 - 54 ans
- 32.1% 55-59 ans



# CHEZ LES PATIENTS AUTRES QUE T21

Strydom et coll. ont évalué 222 patients atteints de **déficiência intellectuelle**, âgés de **60 ans**, sur 3 ans => le diagnostic de démence a été porté pour **15.7%**

- une **incidence 5x supérieure** à celle de la population générale

## Le diagnostic de TNC majeur

**Difficile** - en lien avec

- l'altération cognitive préexistante
- le niveau intellectuelle variable

Les symptômes liés à un déclin cognitif peuvent être attribués par erreur à la DI retardant le diagnostic

**La réalisation d'une évaluation psychométrique + médicale et d'une imagerie cérébrale sont nécessaires**



# CHALLENGE

LES DÉFIS DU VIEILLISSEMENT CHEZ LES PERSONNES PRÉSENTANT UNE DI NE SAURAIENT SE RÉDUIRE À UNE VERSION ATTÉNUÉE DU VIEILLISSEMENT DIT « CLASSIQUE ».

17

- Parfois manque d'informations sur causes DI, antériorité des troubles,
- Souvent pas de ligne de base du fonctionnement cognitif antérieur
- Pas toujours de rupture franche avec le fonctionnement habituel
- Degrés de sévérité de DI
- Difficultés de communication
- Coexistence fréquente de Tb. psychiatriques ou sensoriels

## Limites des outils d'évaluation classiques

- fiabilité et validité instruments d'évaluation remises en question
- tests standardisés rarement adaptés aux faibles niveaux autonomie / verbalisation.
- outils spécifiques s'appuyant sur observation des modifications comportementales, perte de compétences précédemment acquises

- Sur-risque majoré de MA (particularités génétiques)
- Dès 40 ans, prévalence préoccupante, transformant la problématique du vieillissement en véritable enjeu de santé publique.
- diagnostic précoce particulièrement ardu : expression clinique de MA
- souvent atypique,
- masquée par le handicap préexistant
- ou pouvant être confondus avec limitations initiales liées à la DI,
- brouillée par déficits de communication
- fréquemment confondue avec Sd confusionnels, Tb. psychotiques ou dépressifs.

# SYNERGIE COMPLEXE ENTRE FRAGILITÉ GÉRIATRIQUE, HANDICAP ET COMORBIDITÉS.



## Vulnérabilité

- Conséquences du **vieillesse** => diminution des capacités des réserves de l'organisme = **capacités fonctionnelles**
- **Capacités fonctionnelles**
  - non utilisées dans les conditions de base
  - mises en jeu : effort, stress, agressions, maladies
- Organisme âgé moins capable de faire face dans ces situations => **vulnérabilité**

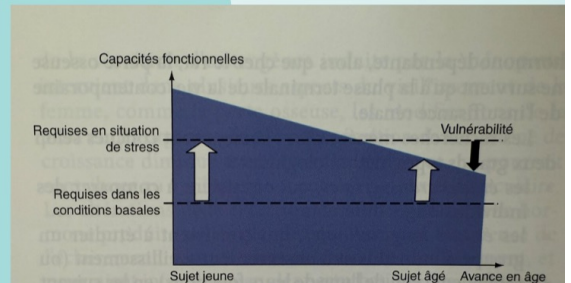
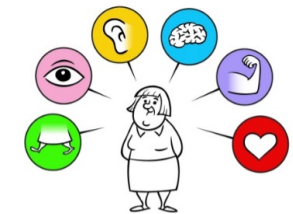


Fig. 2.2 Vulnérabilité.

## Fragilité

Syndrome gériatrique **clinique réversible**

- Permet d'évaluer la **vulnérabilité de la personne âgée**
- Ou de **stratifier le risque** de survenue dans le futur d'un déclin de l'Indépendance, de chute ou d'entrée en institution



Phénotype physique de Fried : un marqueur de la fragilité

Robuste/préfragile et fragile > 3/5

- Perte de poids involontaire
- Impression subjective de fatigue
- Réduction des activités physiques
- Baisse de la force musculaire
- Ralentissement de la vitesse de marche

# EXPÉRIENCE HDJ CHARPENNES

COORDINATRICE DE LA FILIÈRE : DR DIANA STEFAN

**HCL**  
HOSPICES CIVILS  
DE LYON

L'INSTITUT DU  
VIEILLISSEMENT

## EXPÉRIENCES PONCTUELLES DEPUIS DE NOMBREUSES ANNÉES

20

Adressage aux Charpennes à la CS Mémoire /CS Comportement  
ou en HDJ directement sans réelle formalisation

## DÉCISION DE PERSONNALISATION/FORMALISATION DES PARCOURS (EFFECTIF DEPUIS JUIN 2025)

### PARTENARIAT AVEC DES STRUCTURES

- L'Arche (différents foyers)
- Puis L'Orée des Balmes
- Puis ouvert à tout type de structure → en développement

# INDICATIONS

## Critères d'admission

- Selon la sévérité du déficit
- Retard intellectuel toutes causes
- T21
- Troubles du spectre autistique
- Infirmité motrice-cérébrale

## Critère d'age

- > 50 ans pour les T21
- > 60 ans pour les autres patients

Ajustement

- > 40 ans pour les T21
- > 50 ans pour les autres patients

- **Présence indispensable d'un éducateur du foyer**
- **Présence de la famille selon les situations**

## Population ciblée

- patient porteur d'un handicap reconnu par la MDPH
- résident dans une institution d'hébergement permanent

## Critère de non admission

- trouble psychotique ou schizophrénie
- Trouble bipolaire

## HDJ non pertinent

- Si cris ou troubles du comportement très productifs
- Patient inexaminable / inévaluable

## DEMANDE HOSPITALISATION DE JOUR

### OBJECTIFS DE L'HOSPITALISATION DE JOUR

- Apparition de troubles cognitifs
- Apparition de troubles du langage ou de la parole
- Problématique comportementale nouvelle par rapport à l'état habituel
- Apparition ou décompensation de troubles psychiatriques
- Chutes à répétition/ Apparition de troubles Marche/équilibre
- Baisse de l'autonomie par rapport à l'état antérieur
- Amaigrissement/Dénutrition
- Apparition de troubles de déglutition
- Autres (à préciser) : .....

### PROCEDURE

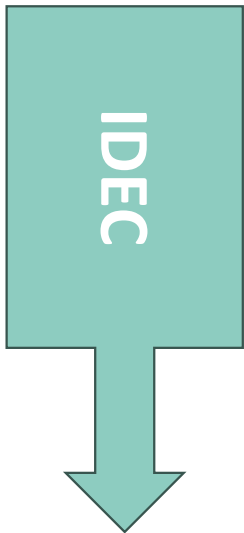
- Régulation téléphonique
- Obtention des renseignements nécessaires à l'organisation de l'évaluation : examens paracliniques et professionnels nécessaires
- Assurance de l'accord de la personne, de ses proches et le cas échéant de son représentant légal
- Informations de médecins référents et demandes de courriers relatifs à l'histoire médicale

# ÉVALUATIONS EN HDJ

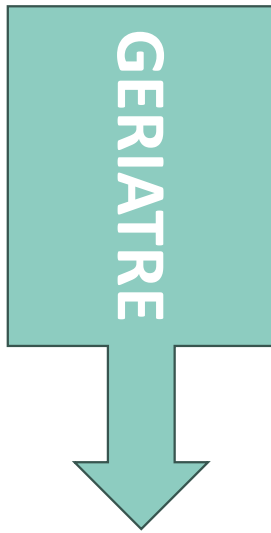
## EVALUATION DES COMPÉTENCES DES PERSONNES AVEC DI

Approche développementale : Trajectoire  
Approche différentielle : Syndromique  
Approche neurocognitive : Modulaire

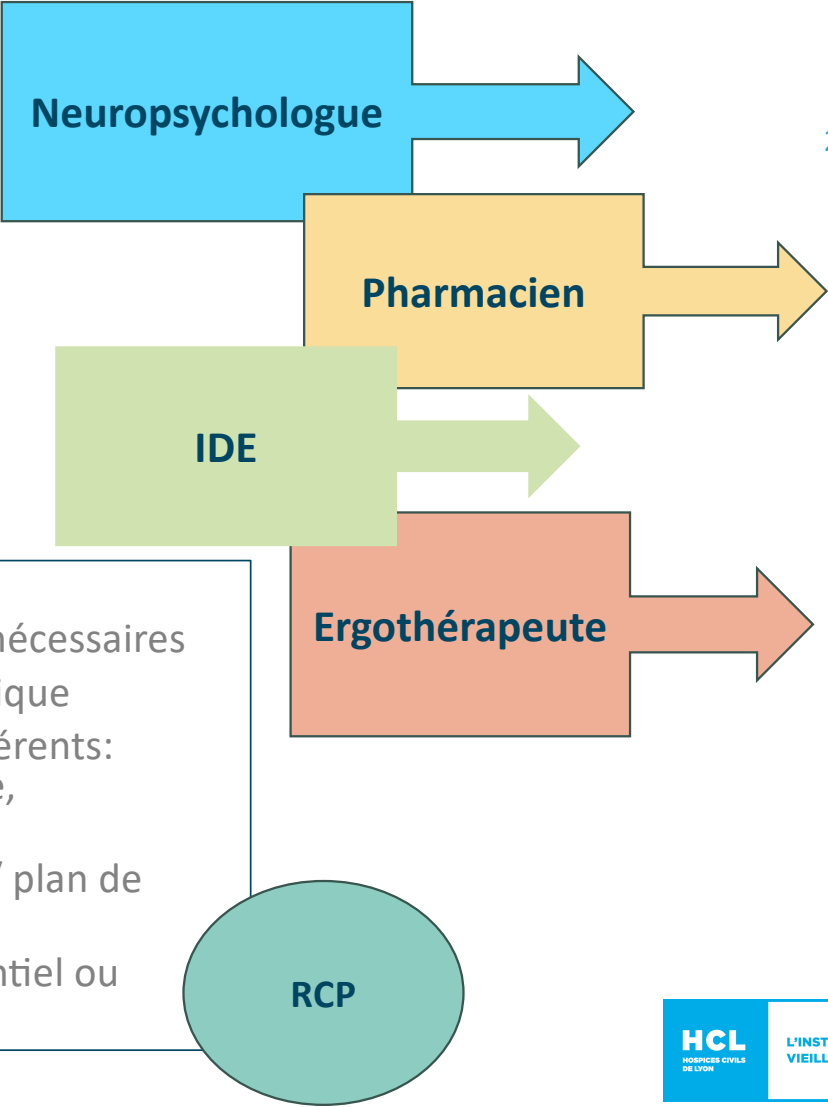
**ACCUEIL PERSONNALISÉ ET ADAPTÉ :**  
**bienveillance accrue, environnement sécurisant et calme,**  
**présence d'une figure habituelle étayante (éducateur)**



- Réception de la demande
- Envoi du document pré-HDJ
- Liaison avec le Foyer
- Concertation avec le gériatre
- Programmation de l'HDJ et de la synthèse



- Analyse de la situation
- Organisation des évaluations nécessaires
- Evaluation médicale et gériatrique
- Liaisons avec les médecins référents: (généraliste ou spé (psychiatre, neurologue,...))
- Etablissement de la synthèse / plan de soins personnalisé
- Synthèse avec le Foyer (présentiel ou télé-médecine)



**DSQIID**  
 (DEMENTIA SCREENING QUESTIONNAIRE FOR INDIVIDUALS WITH INTELLECTUAL DISABILITIES, Deb et al. 2007)

# TOUT PATIENT ADRESSÉ PEUT BÉNÉFICIER DE L'ENSEMBLE DES HDJ PROPOSÉS AUX CHARPENNES

25

## Selon les situations

- Expertise gériatrique/neurologique/psychiatrique
- Cognition
- Autonomie
- Nutrition
- Déglutition
- Chute
- Ostéoarticulaire (ACLASTA, Ponction/infiltration genoux)
- FERINJECT

## Equipe multidisciplinaire

- |                     |                      |
|---------------------|----------------------|
| ● Gériatre          | ● Neuropsychologue   |
| ● Neurologue        | ● Orthophoniste      |
| ● Gérontopsychiatre | ● Ergothérapeute     |
| ● IDEC              | ● Kinésithérapeute   |
| ● IDE               | ● Diététicienne      |
| ● Aide soignante    | ● Assistante sociale |
| ● Secrétaire        |                      |

# EVALUATION GÉRIATRIQUE MULTIDIMENSIONNELLE SPÉCIFIQUE

## GÉRIATRE / IDE D'ÉVALUATION

- Objectif de l'évaluation gériatrique multidimensionnelle (EGM) → **déterminer les capacités fonctionnelles, psychologiques, médicales et sociales de la PHV par une approche globale et interdisciplinaire**
- Outils standardisés habituellement utilisés non validés dans cette population → **EGM adaptée pour être opérationnelle.**

# EVALUATION MÉDICALE SOMATIQUE

27

EXAMEN CLINIQUE COMPLET TRES  
APPROFONDI

APPROCHE GLOBALE DES COMORBIDITÉS

PRÉVENTION DES FDRCV

SYNDROMES GÉRIATRIQUES

REPÉRAGE/DÉPISTAGE D'AUTRES PATHOLOGIES

# EVALUATION PHARMACEUTIQUE

## SITUATIONS DE POLYMÉDICATION ET IATROGÉNIE FRÉQUENTES

- Des années d'exposition à diverses thérapeutiques (psychotropes surtout)
- Thérapeutiques inappropriées pour la PA (malgré l'âge des PHV → situation gériatrique)
- Plusieurs lignes de psychotropes
- Thérapeutiques anticholinergiques
- « Vieux » Anti-épileptiques
- Etc...

# ÉVALUATION EN ERGOTHÉRAPIE

29

EVALUATION FONCTIONNELLE

EVALUER LES HABILITÉS ADAPTATIVES

PRÉCONISATIONS : MATÉRIELS, INSTALLATIONS, AIDES

CONSEILS AUX ÉQUIPES DES FOYERS

# EVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE

30

## EVALUER LES COMPÉTENCES COGNITIVES

- Comment révéler les compétences préservées ?
- Absences de normes
- Pas de bilan psychométrique antérieur
- Tests neuropsychologiques classiques souvent inadaptés.
- Utilité d'un suivi neuropsychologique longitudinal

# RÔLE DANS LA PRÉVENTION

La prévention de la perte d'autonomie chez les personnes handicapées vieillissantes nécessite une approche multidisciplinaire, intégrant l'évaluation des marqueurs cliniques, des interventions précoces et un soutien continu pour maintenir leur qualité de vie et leur indépendance.



Évaluation des marqueurs cliniques



Suivi régulier des patients



Collaboration interdisciplinaire



Soutien à l'autonomie des patients

Des **progrès restent à faire** dans le domaine de la prévention primaire des FDRCV.

- les sujets déficients intellectuels vieillissants ne pratiquent aucune activité physique
- ne suivent les règles diététiques d'une alimentation équilibrée
- sont souvent en surpoids 70%
- présentent plus souvent une dyslipidémie
- ne bénéficie pas de dépistage des cancers

# EN CONCLUSION

## Âge des PHV reçues en HDJ :

- Quelques patients d'âge gériatrique (le plus âgé 86 ans)
  - Plusieurs entre 60-70 ans
  - Le plus jeune 51 ans
- Nécessité de baisser le critère d'âge
- DI modérée en majorité (DI légère à DI sévère)
  - Tous sous curatelle/tutelle

## Etiologies des PHV reçues en HDJ :

- T21
- Méningoencéphalite précoce
- Psychose infantile chronique
- Anoxie néonatale
- Encéphalopathie néonatale
- Trouble du spectre autistique
- Causes non identifiées

Quasi tous plusieurs lignes de psychotropes  
Révision de ttt psychotrope quasi-systématique  
Avis gériopsychiatre fréquents  
Association épilepsie fréquente

Investigations diagnostiques par ponction lombaire dans 2 situations  
Suspicion de maladie neuroévolutive surajoutée → suivi longitudinal  
Importance des pathologies cérébrovasculaires

## EN CONCLUSION

- Evaluation en HDJ de « base » utile
  - Selon pathologie et selon degré de DI
- Évaluation en HDJ avant entrée en EHPAD ?

Souvent questionnements éthiques

### Quid du suivi ?

- HDJ : Expertise ponctuelle, pouvant être renouvelée mais absence de moyens pour contribuer à un suivi plus rapproché

**CMRR de Lyon**

**Centre Référence constitutif au sein Filière Nationale de Santé DéfiScience**

Maladies Rares du développement cérébral et déficience intellectuelle

# MERCI

## HDJ CHARPENNES

- Secrétariat : 04 72 43 23 25
- Gériatre coordinatrice de la filière :  
[diana-helena.stefan@chu-lyon.fr](mailto:diana-helena.stefan@chu-lyon.fr)
- IDEC :  
[sylvie.broyer@chu-lyon.fr](mailto:sylvie.broyer@chu-lyon.fr)

[www.chu-lyon.fr](http://www.chu-lyon.fr)



**HCL**  
HOSPICES CIVILS  
DE LYON

L'INSTITUT DU  
VIEILLISSEMENT