

HCL

HOSPICES CIVILS
DE LYON

L'INSTITUT DU
VIEILLISSEMENT

7^e 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 JUIN 2026

Université Catholique de Lyon - UCLy - LYON

www.sf3pa-congres.com

COGNITION CHEZ LE DÉFICIENT INTELLECTUEL VIEILLISSANT

7^e congrès de la Société Francophone de Psychogériatrie
et de Psychiatrie de la Personne Âgée

Jeudi 4 juin 2026

R. Bachelet, neuropsychologue, Hôpital des Charpennes, HCL

romain.bachelet@chu-lyon.fr



Conflit d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt à déclarer



Définitions

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

- **Déficits des fonctions intellectuelles**
 - Raisonnement
 - Résolution de problèmes
 - Planification
 - Pensée abstraite
 - Jugement
 - Apprentissages scolaires
 - Apprentissages par l'expérience
- **Déficits du fonctionnement adaptatif**
 - Conceptuel (langage, lecture, écriture, calcul, gestion du temps...)
 - Social (communication sociale, relations, compréhension des règles sociales)
 - Pratique (autonomie personnelle, gestion de l'argent, travail, vie quotidienne)
- **Début avant l'âge de 18 ans**



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

- **Fonctionnement intellectuel significativement inférieur à la moyenne**

Évalué par des tests standardisés adaptés à l'âge et à la culture ou, lorsque ce n'est pas possible, par le jugement clinique.

- **Déficits du comportement adaptatif**

Difficultés dans l'autonomie, la participation sociale et les activités de la vie quotidienne

- **Origine durant la période développementale**

Les difficultés doivent apparaître au cours du développement de l'enfant



Retard mental léger

70>QI>50-55 → niveau de développement = 9-10 ans

- Langage acquis mais apprentissage plus long
- Compréhension et utilisation du langage limitées et concrètes
- Autonomie personnelle : alimentation, hygiène personnelle, contrôle sphinctérien
- Autonomie sociale : acquisition des règles et conventions sociales, utilisation de services publiques
- Capacités sensorielles et motrices : atteintes mineures
- Étiologie organique rare / Facteurs socioculturels importants
- Qualité des relations avec l'entourage satisfaisant
- Trouble pouvant être repéré lors de la comparaison du fonctionnement de l'enfant avec des enfants du même âge

→ Nécessité de temps pour les apprentissages



Retard mental modéré

50-55>QI>35-40 → niveau de développement = 6-9 ans

- Apprennent à parler, lecture et écriture rarement acquises
- Difficultés majeures à communiquer au-delà d'un échange d'informations simples et concrètes
- Contrôle émotionnel fragile
- Besoin d'encadrement pour l'apprentissage et le respect des règles et conventions sociales
- Niveau d'autonomie personnelle variable (hygiène, alimentation...)
- Adaptation au changement problématique
- Acquisitions scolaires très compliquées

→ Nécessité d'un environnement structuré et protégé



Retard mental sévère

35-40>QI>20-25 → niveau de développement = 3-6 ans

- Mêmes difficultés que précédemment, plus prononcées
- Retard de l'éveil dès la naissance
- Autonomie réduite
- Langage fonctionnel rudimentaire (asyntaxique) : lecture absente, possibilité de déchiffrage contextuel
- Autonomie sociale très limitée
- Accomplissement des tâches très simples

→ Nécessité d'un environnement très structuré



Retard mental profond

QI < 20-25 → niveau de développement < 3 ans

- Dès la plus petite enfance
- Affecte l'ensemble du développement
- Langage très limité voire inexistant, communication possible à l'aide de gestes ou de mots isolés → appui sur le contexte
- Autonomie personnelle particulièrement réduite
- Prise en charge en milieu institutionnel
- Surveillance médicale étroite



Troubles associés

- Symptômes et troubles psychopathologiques associés :
 - 10 à 50% en présentent
 - Symptômes TDA/H, thymiques, anxieux
 - TED
 - Troubles de la communication
 - Troubles des apprentissages
 - Troubles du comportement : agitation, auto et hétéro agressivité
 - Stéréotypies et automutilations possibles

 - Affections somatiques associées fréquentes :
 - Epilepsie
 - Troubles moteurs et sensoriels
- Liés au degré de retard

Données de la littérature

- Wisniewski, 1985 : étude post-mortem de sujets T21 de plus de 35 ans = quasiment 100% montrent des signes neuropathologiques de MA
 - 77% des T21 présentent une MA clinique entre 60 et 69 ans (contre 2 à 4% des plus de 65 ans dans la population générale)
- George et al. 2001 : adaptation francophone du Questionnaire de Démence pour Personnes Retardées Mentales. Longitudinal. Sensible aux différences individuelles mais pas d'évolution sur une période d'un an (malgré des changements métaboliques à l'imagerie pour plusieurs patients)

- Haddar & Haelewyck, 2014 : pas d'effet de l'âge sur les performances cognitives de déficients intellectuels légers (de 20 à 60 ans). Comparaison de groupes, pas longitudinal. MMSE et MATTIS.
- Facon, 2004 : analyse transversale de 559 RM légers et modérés (20 – 54 ans) à la WAIS-R montre un profil de vieillissement identique aux non RM. QI verbal stable. QI performance qui baisse.
- Strydom et al. 2013 : 222 patients DI âgés de 60 ans, suivis sur 3 ans. Diagnostic de démence porté chez 15,7% de leur échantillon
 - Incidence 5x supérieure à la population générale



- Knight et al., 2016 : revue de la littérature. 47 études. Ils ont séparé les outils en 3 catégories : batteries de tests, tests simples, questionnaires aux proches.
 - Outil le + sensible au vieillissement : batterie de tests (10 différentes identifiées)
- Paiva et al., 2020 : revue de la littérature. 75 études, 6451 patients. Outil le plus utilisé : Dementia Questionnaire for Learning Disabilities (DLD)
- Rapport d'un groupe d'expert québécois (Fleury, 2010) : la variation des cotations est nettement moindre pour le DSQIID par rapport aux autres échelles et questionnaires.



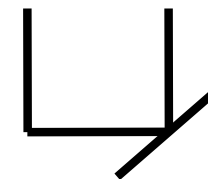
MMSE modifié DI

(Institut Lejeune)

- Score total sur 20 points
 - Orientation : / 5
 - Apprentissage : / 3
 - Mémoire spatiale : /3
 - Rappel : / 3
 - Langage : / 5
 - Praxies constructives : / 1

(ballon, main, porte)

x		



CRT (Cued Recall Test) chez T21

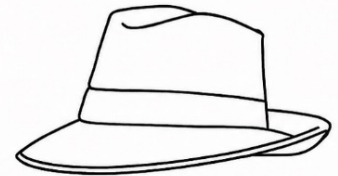
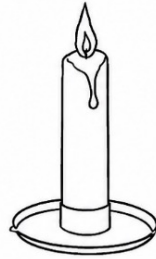
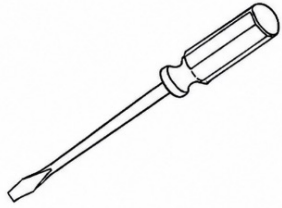
(Devenny et al. 2002)

- RL / RI réduit à 12 items, présentation en images (Snodgrass).
- Comparaison de T21 avec MA vs T21 sans MA
- Cut-off rappels totaux : <24
 - 94,7% de sensibilité, 93,9% de spécificité et valeur prédictive de 81,9%.

Pas de rappel différé. Pas de reconnaissance.



CRT



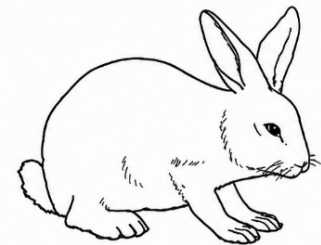
Indices « simplifiés » :

Visage (lèvres)

Vole (hélicoptère)

Illumine (bougie)

Coupe (ciseaux) ...



SIB

(*Severe Impairment Battery*, version abrégée adaptée, GRECO)

■ 9 domaines évalués :

- Interactions sociales (2 items)
- Mémoire (4 items)
- Orientation (2 items)
- Langage (11 items)
- Attention (1 item)
- Praxies (2 items)
- Capacités visuo-spatiales (2 items)
- Construction (1 item)
- Orientation à l'appel du nom (1 item)

■ 26 items, score total sur 50.

→ Utile pour la cinétique des troubles chez des patients au niveau pré-morbide très bas.



DSQIID

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

- Évalue les aptitudes cognitives, sociales, l'autonomie (basale et instrumentale) et le comportement
 - 53 questions, score total sur 53 (1 point = baisse de l'aptitude)
- très utile pour la cinétique des troubles



DSQIID

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

	A toujours été le cas	A toujours été le cas mais moins bien qu'avant	Nouveau symptôme	Non applicable		
1) Ne peut se laver sans aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2) Ne peut s'habiller sans aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		OUI NON
3) Ne s'habille pas correctement (vêtements mis à l'envers, pas entièrement...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4) Se dévêtit de façon inappropriée (en public par exemple)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44) Diminution des habiletés (pour se brosser les dents par exemple)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5) A besoin d'aide pour manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45) S'exprime moins	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6) A besoin d'aide dans la salle de bain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46) Semble plus fatigué	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7) Incontinence (même occasionnelle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47) Semble plus émotif	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8) N'initie jamais une conversation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48) Semble plus ralenti	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9) Cherche ses mots	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49) Parle plus lentement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10) Ne peut suivre une consigne simple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50) Est plus "paresseux"	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11) Ne peut suivre plus d'une consigne à la fois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51) Marche plus lentement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12) S'arrête en plein milieu d'une tâche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52) Oublie plus de choses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13) Ne peut lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53) Paraît plus confus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14) Ne peut écrire (y compris son nom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

A toujours été le cas mais moins bien qu'avant ou Nouveau symptôme : coter 1 point

≥ 20 : démence **possible**



Vignette clinique (1)

- Patient BP
 - Homme de 62 ans lors de la consultation initiale
 - A travaillé en CAT
 - Vivait en foyer depuis 18 ans, suite au décès de son père
 - Retard mental, cause inconnue + épilepsie
 - N'a jamais acquis la lecture ni l'écriture
 - MMSE : 9/30
 - MMSE adapté DI : 12/20
- Depuis quelques années : fléchissement de l'autonomie, changement comportemental et déclin cognitif

Vignette clinique (1)

- Conclusion du médecin :

Devant cette rupture par rapport à l'état antérieur sur le plan cognitif, comportemental et de l'autonomie, avec une installation progressive, il peut s'agir d'une pathologie neurodégénérative sur un terrain de déficience intellectuelle.

Cette pathologie neurocognitive, potentielle, est évolutive et peut nécessiter dans l'avenir la remise en question du maintien au foyer de vie devant les aides humaines et la surveillance médicale qui peut devenir nécessaire et devant également une majoration possible des troubles psycho comportementaux.

Afin d'étayer l'hypothèse d'une maladie neurodégénérative surajoutée, je propose de réaliser un bilan en hôpital de jour avec évaluation clinique, bilan biologique et tests



Vignette clinique (1)

- Premier bilan neuropsychologique (à 4 mois de la consultation initiale)
 - Patient :
 - Se plaint d'oublis portant sur les faits récents
 - Difficultés concernant les dates
 - Instauration brutale depuis 1 mois
 - Il s'en inquiète.



Vignette clinique (1)

■ Educatrice :

- Fléchissement cognitif il y a environ 6 mois dans un contexte d'inquiétude (opération d'un pied + problèmes de santé de son frère)
- Son fonctionnement cognitif serait revenu au niveau antérieur depuis la mise à distance de ces événements
- Il a toujours présenté une mémoire partielle, plutôt centrée sur les événements à valence émotionnelle marquée. Il a également toujours eu des difficultés d'orientation temporelle (chronologie)
- Pas de problème pour reconnaître et nommer le personnel.
- Elle rapporte un ralentissement plutôt moteur, avec modification de la marche et de la posture.



Vignette clinique (1)

- Premier bilan neuropsychologique
 - MMSE modifié DI : stable à 12/20
 - DSQIID : 19 / 53 (contre 22/53 lors de la CS initiale)
 - SIB : 38 / 50
 - Interaction sociale : 4 / 4
 - Mémoire : 5 / 7
 - Orientation : 3 / 4
 - Langage : 14 / 21
 - Attention : 1 / 2
 - Praxies : 3 / 4
 - Capacités visuo-spatiales : 4 / 4
 - Construction : 2 / 2
 - Orientation à l'appel du nom : 2 / 2



Vignette clinique (1)

■ Conclusions de cette première évaluation

Au total, le bilan et l'entretien avec l'éducatrice mettent en évidence un retour aux performances d'il y a environ un an. La consultation du mois d'avril a eu lieu à une période perturbante pour monsieur (opération prévue, soucis de santé de son frère), ce qui pourrait expliquer les modifications, notamment comportementales, rapportées à cette époque.

Le MMSE modifié administré ce jour est stable à 12/20. La SIB (Severe Impairment Battery) a donc été proposée et objective un score de 38/50 avec principalement des difficultés langagières dues au handicap mental de Monsieur BP. Le DSQIID a également été reproposé et s'avère en amélioration.

→ Semble rassurant mais suivi nécessaire



Vignette clinique (1)

- Deuxième bilan neuropsychologique (à 18 mois)
 - Patient :
 - Pas de plainte ce jour
 - Educatrice :
 - Aucun changement en 18 mois sur le plan cognitif
 - Comportement :
 - Absence de changement thymique et comportemental
 - Il a de nouveau présenté récemment une activité nocturne, que son éducatrice impute aux siestes diurnes (manque d'activité, ennui). Cela a duré quelques jours et est revenu à la normale.
 - N'a pas vu son frère depuis environ un an en raison du contexte sanitaire, et n'a revu sa sœur qu'à deux reprises depuis le début de l'année.

Vignette clinique (1)

- Deuxième bilan neuropsychologique (à 18 mois)
 - MMSE modifié DI : 11/20 (contre 12/20 auparavant)
 - SIB : 41/50 (contre 38 il y a 18 mois)
 - DSQIID : stable à 19/53
 - réévaluation rassurante ne mettant pas en évidence de déclin cognitif ou fonctionnel



Vignette clinique (2)

- Patient MY
 - Homme de 63 ans
 - Trisomie 21
 - Sait très peu lire et écrire
 - N'a jamais travaillé
 - Vit en foyer depuis près de 30 ans
 - Décès de son père il y a 15 mois
 - Mère récemment entrée en EHPAD

- Demande de bilan de la part du foyer
 - DSQIID transmise : 34/53

Vignette clinique (2)

■ Évaluation neuropsychologique

■ Patient :

- Peu informatif mais verbalise toutefois une impression de perte de mémoire

■ Educatrice :

- Déclin cognitif depuis au moins 2 ans
- Se répète désormais beaucoup sur des sujets divers
- Perte des repères spatio-temporels
- A oublié le prénom de son éducatrice référente



Vignette clinique (2)

■ Évaluation neuropsychologique

■ Patient :

- Tristesse et inquiétude pour sa maman « hospitalisée »
- Qualifie son sommeil de mauvais et dit être très fatigué + peu d'appétit

■ Educatrice :

- Surtout plus passif et ralenti
- Ne le trouve pas triste, déprimé ni anxieux
- Compliant, pas de trouble comportemental

Vignette clinique (2)

- Évaluation neuropsychologique
 - MMSE modifié DI : 4,5/20
 - SIB : 28/50
 - Interaction sociale : 4 / 4
 - Mémoire : 1 / 7
 - Orientation : 2 / 4
 - Langage : 11 / 21
 - Attention : 1 / 2
 - Praxies : 4 / 4
 - Capacités visuo-spatiales : 3 / 4
 - Construction : 0 / 2
 - Orientation à l'appel du nom : 2 / 2
 - DSQIID : 36/53 (+2 par rapport à la précédente)

Conclusions

- Population de patients âgés « jeunes » selon nos critères. Pas de vieillissement atypique selon les études.
- Hétérogénéité des profils de RM en raison des différentes étiologies (T21, souffrance foétale, TC...).
- Pas de batterie unanimement reconnue :
 - SIB fréquemment mentionnée chez les RM modérés et sévères
 - Evaluation cognitive proche d'un bilan « classique » chez les RM légers voire modérés avec tests adaptés
- Souvent difficile d'établir un diagnostic après un 1^{er} bilan (sauf avis proches et dégradation +++ pour un RM léger).
- Bilan comparatif quasiment indispensable ou cinétique objectivée par DSQIID (mesures répétées)
- Identifier des **facteurs psychologiques**



Merci pour votre attention

