

UE5.2 – Handicap et affections psychiatriques

Mesure de l'efficacité intellectuelle

- **Tests préverbaux**
 - Adaptés jusqu'à 30 mois
 - Obtention d'un âge de dvlp psychomoteur et d'un quotient de devp (âge de dvlpt/âge réel)
 - Ex : test de **Brunet-Lézine**
- **Tests de la seconde enfance**
 - « échelles » permettant de situer un enfant par rapport à un dvlp intellectuel moyen
 - Obtention du quotient intellectuel QI
- **QI global** = combinaison de différents subtests
- Tests selon l'âge :
 - **WPPSI** (Wechsler pour la période préscolaire et primaire) : 4 ans – 6 ans et 7 mois
 - **WISC** (Wechsler Intelligence Scale for Child) : 6 ans et 7 mois – 16 mois et 11 mois
Contribue au diagnostic d'un handicap intellectuel (DSM-5)
Aide à la décision pour une orientation en insitution spécialisée
 - **WAIS** (Wechsler Adult Intellogence Scale) : à partir de 16 ans 7 mois

QI total (QIT) s'obtient à partir de 5 indices de la WISC-V :

- ICV (indice de compréhension verbale)
- IVS (visuo-spatial)
- IRF (raisonnement fluide)
- IMT (mémoire de travail)
- IVT (vitesse de Tt)

Retard mental et déficience intellectuelle

- Fonctionnement intellectuel général **significativement inférieur** à la moyenne, s'accompagnant de **déficits dans le comportement adaptatif** de l'individu et se présentant au cours du dvlp
- Apparition du retard le + souvent **avant l'entrée en primaire**
- **QI ≤ 70**
- Influence sur l'adaptation sociale du sujet : **réponse inadéquate** aux demandes de son envt
- 1-3% de la population générale

Etiologie

- Facteurs organiques :
 - **Etiologies congénitales** : aberrations chromosomiques, X fragile, déficits enzymatiques et maladies de surcharge, malformations cérébrales, encéphalopathies endocrino-métaboliques (phénylcétonurie), embryopathie (rubéole), foetopathie (toxémie gravidique, alcool)
 - **Etiologies périnatales** : encéphalopathies néonatales cicatricielles, ictère nucléaire
 - **Etiologies post-natales** : séquelles d'encéphalite, de méningites, encéphalopathies convulsivantes, traumatismes crâniens

Appellations	Q.I	Conséquences probables
Très supérieur	> 130	
Supérieur	120-129	
Normal fort	110-119	
Moyen	90-109	
Normal faible	80-89	
Limite	70-79	
Retard mental léger	50-69	Difficultés scolaires probable mais insertion sociale préservée
Retard mental moyen	35-49	Besoin de soutien variable, enseignement adapté
Retard mental grave	20-34	Besoin prolongé de soutien
Retard mental profond	< 20	Limitation marquée de fonctionnement

UE5.2 – Handicap et affections psychiatriques

- Facteurs psychosociaux : conditions socio-économiques défavorisées, stimulations éducatives et affectives insuffisantes (état de carence)

Troubles et affections somatiques associés au retard mental

- **Troubles sensoriels** : troubles visuels, surdité
- **Troubles moteurs** : + le retard mental est important et + il y a de troubles moteurs
- **Epilepsie** : 1/3 des RM sévères
- **Troubles du comportement** :
 - RM sévère : agressivité, impulsivité, intolérance à la frustration, automutilations, stéréotypies
 - RM léger : hyperactivité , troubles de l'attention, réaction caract rielles ou grande passivité
- **Phases dépressives** (adolescence ++=) : rituels obsessionnels, somatisations
- **Troubles du spectre autistique**
- **Maladies génétiques** spécifiques : Sd de rett, X fragile, sclérose tubéreuse de Bourneville

Diagnostic et évaluation

- Recommandations diagnostiques
 - Diagnostic **nosographique** (CIM-10)
 - Diagnostic **fonctionnel** : bilan psychologique, orthophonique, psychomoteur
 - Diagnostic des **pathologies associées** : EEG, iRM, caryotype, examens OPH et ORL
-  valuation d'un handicap chez l'enfant : **pluridisciplinaire, globale** ( valuation des déficiences, des limitations des activités, des restrictions de participation)
- Si le bilan étiologique est négatif => **le répéter au cours de la croissance**
- Dépistage du handicap :
 1. **Stade préscolaire** : action de prévention par la PMI, bilan de santé à l'entrée en maternelle
 2. **Stade scolaire** : consultations médicales obligatoires à 9, 12 et 15 ans par le médecin scolaire

Distinction handicap mental et handicap psychique

Origine du handicap	Mentale	Psychique
Définition	Personne porteuse de manière permanente d'une défiance intellectuelle (compréhension, mémoire, analyse des situations, prise de décisions...)	Défiance dans la possibilité d'utiliser ses capacités cognitives Liée à un déficit cognitif spécifique ou biais cognitifs (�voluant par poussées) perturbant l'organisation des activités et relations sociales
Apparition	Dès la naissance	A l'adolescence ou âge adulte
Evolution	Stable, défiance durable	Evolutive
Retentissement	Soins médicaux peu fréquents, certains pour diminuer l'impact du handicap	Soins médicaux indispensables, afin de stabiliser le trouble mental et de diminuer l'impact du handicap

UE5.2 – Handicap et affections psychiatriques

Prise en charge du handicap psychique



Figure 1. Schéma synthétisant les différents axes de la prise en charge du handicap psychique selon le modèle OMS.

○ Mesure de protection des biens :

▪ Sauvegarde de justice :

- Pour annuler ou réduire les actes du patient
- Protocole de demande : déclaration du psychiatre sur certificat médical adressé au Procureur de la République (par le juge des tutelles), effet immédiat, valable 2 mois (renouvelable x3)
- Droits civiques juridiques et politiques conservés

▪ Autres : curatelle et tutelle

	Sauvegarde de justice	Curatelle Tutelle
Demande faite par	- Médecin traitant - Procureur - Juge des tutelles	- Patient - Famille - Curateur - Procureur - Juge des tutelles
Procédure	- Certificat médical - Décision du juge des tutelles - Déclaration au Procureur de la République	- Certificat médical - Instruction par le juge des tutelles
Durée	- Transitoire 2 mois (renouvelable)	- Durable
Effets	- Actes annulés ou réduits	- Actes sous tutelle nuls de droit
Cessation	- Au bout de 2 mois - Sur déclaration médicale - Sur ouverture d'une tutelle/curatelle	- Jugement de mainlevée (identique à l'ouverture) - Sur demande du juge des tutelles
Gestion	- Mandataire volontaire (désigné par le patient) ou judiciaire (désigné par le juge)	- Tuteur désigné par le juge des tutelles