

Les déficiences intellectuelles

Dr.Ferhati

Maitre assistante en pédopsychiatrie

22/11/2022

***Plan de la présentation:**

I. Introduction-Généralités.

II. Objectifs pédagogiques .

III. Définitions-Historique.

IV. Epidémiologie.

V. Clinique.

VI. Diagnostic positif.

VII. Diagnostic différentiel.

VIII. Comorbidités.

IX. Ethiopathogénie.

X. Evolution et pronostic.

XI. Prise en charge

XII. Conclusion.

I. Introduction:

Est un état et non une maladie. Les personnes ne souffrent pas de la déficience intellectuelle ; elles n'en sont pas atteintes ; elles ont une déficience intellectuelle , elles vivent avec cet état.

Ce sont des personnes **différentes**.

C'est le trouble de développement le plus répandu dans la population générale.

L'altération du développement cognitif est d'origine **multifactorielle**.

L'intervention est **psycho-pédagogique** et **psychiatrique**.

La prise en charge précoce vise **l'insertion socio-professionnelle** et **la prévention des troubles psychiatriques** à l'adolescence et à l'âge adulte.

II. Les objectifs pédagogiques :

- Evoquer les aspects du **développement cognitif**.
- Reconnaitre **la variété d'expression** de l'insuffisance du développement intellectuel.
- Savoir **dépister précocement** ces troubles et promouvoir une intervention efficace.
- Mettre l'accent sur le rôle des thérapeutes et les différents soignants dans l'orientation et **l'accompagnement psychopédagogique** des enfants et leurs parents.

III. Historique et définitions:

-**Esquirol**; pendant le 19 ème et jusqu'à la moitié du 20ème siècle , avait distingué dans le cadre **des déficiences graves**; Les **imbéciles** et les **idiots** sur des critères du langage.

-Au début du 20 ème siècle, l'obligation scolaire(1905) a révélé les enfants insuffisants **légèrement**; **débiles**.

- Déficience légère

Débiles

- Déficience modérée

Imbéciles

- Déficiences sévères

Idiots

C'est un trouble **neuro-développemental**, altération des fonctions intellectuelles et adaptatives apparaissant durant la phase du développement.

CIM 10: Arriération mentale ou retard mental.

Elle est définie comme un développement arrêté ou incomplet du fonctionnement mental, caractérisé essentiellement par une altération, durant la période du développement, des facultés qui déterminent le niveau global d'intelligence, c'est-à-dire des **fonctions cognitives**, du langage, de la motricité et des capacités sociales.

DSM V: Le **handicap intellectuel** (trouble du développement intellectuel) est un trouble débutant pendant la période du développement, fait de déficits tant **intellectuels** qu'**adaptatifs** dans les domaines conceptuels, sociaux et pratiques.

IV. Epidémiologie:

- Prévalence** de la DI dans le monde : **1-3%** (moyennement 1%).
- De nombreuses études françaises ont conclu qu'il est **difficile** , voire impossible de chercher à établir la **prévalence des déficiences légères**.
- Sexe ratio: en faveur des garçons.
- Plus haute prévalence dans les pays à **revenu faible à moyen**.
- L'américain psychiatric association considère que parmi **les personnes avec déficience intellectuelle** ; 85% appartiennent à la catégorie dite légère, 10% à la catégorie «modéré» et 5% à la catégorie sévère et profonde.

V. La clinique:

L'expression clinique dépend de **multiples facteurs** :

l'âge : dans la petite enfance on parle de retard global de développement.

-L'intensité du trouble .

-Les troubles somatiques associés (qui complique l'aspect clinique et la PEC).

-L'existence d'un phénotype particulier (anomalies génétiques ou enzymatiques).

-L'ensemble de la personnalité et l'organisation mentale du sujet.

*A ceci que dépendent les capacités adaptatives du sujet à la réalité , et le travail du clinicien est de replacer le symptôme de déficience intellectuelle au sein de ceux-ci et de la situation socio-familiale de l'enfant.

1. Déficiences intellectuelles légères: dont le **QI entre 50-69** (85% des attardés mentaux).

-Le diagnostic repose sur des **critères pédagogiques +++:** inadaptation scolaire exigeant une pédagogie appropriée.

-Le développement psychomoteur est le plus souvent **normal**; pas d'anomalies grossières du langage.

-les compétences langagières sont **légèrement appauvries** , rythme lent d'expression , ils prennent du temps pour répondre à une question, raconter une blague ou le sens de l'humour est très rudimentaire.

L'insertion sociale extra-scolaire et familiale est **suffisante**.

Les anomalies somatiques sont rares.

La pensée reste **concrète** , pré-logique . L'enfant n'accède pas à la pensée formelle.

-Les enfants **sont capables de lire , de compter** de la même façon qu'un enfant normal et ce jusqu'à l'âge de **8-9 ans, au-delà** ils nécessitent **plus d'effort de la part de l'entourage** . Avec limitation des acquisitions dans le collège par exemple.

-**L'intégration sociale** est possible ultérieurement qualifiée **modeste**.

-L'age mental reste aux alentours **de 10-11 ans à l'âge adulte**.

-Fréquence des **perturbations affectives**: +++

Notamment à **l'adolescence**

* **troubles du comportements**: instabilité, réaction de prestance, intolérance à la frustration et à l'échec.

***Inhibition**: passivité, abattement, soumission extrême à l'entourage des adultes , **la suggestibilité** (on se méfie des abus sexuels).

* un certain infantilisme ou **puérilisme**.

2. Les déficiences mentales modérées: **QI: 35-49** (10% des DI).

-L'âge mental est inférieur à celui d'un enfant de 6ans.

-**Retard du DPM** est noté .

-Une certaine **autonomie** est permise dans de nombreuses situations quotidiennes et sociales.

-**Le langage verbal** est développé pour assurer une certaine **communication**.

L'expression est limitée à **des phrases** ou des petites histoires , la compréhension est difficile nécessitant plus d'**effort** de la part de l'entourage.

-Le langage écrit est très rudimentaire.

-DI. **modéré**: nécessite une aide particulière pour les indices contextuels et l'apprentissage depuis 6ans, tandis qu'il pouvait **apprendre l'autonomie et quelques connaissances de base**.

-Ces sujets ne dépassent pas le niveau **des pensées pré-conceptuelles** ou intuitives selon Jean Piaget.

-Une **insertion sociale est permise** si l'environnement familial est stimulant et chaleureux avec un encadrement protecteur.

3. Les déficiences mentales graves (**QI: 20-34**) et profondes (**QI inf20**), :

3-4% , 1-2% des RM

-Il est décelable dans la **petite enfance**, un retard massif de toutes les acquisitions (langage, psychomotricité). **Retard global du développement**

-**Aucun langage**, pas d'accès à la parole ou très limité (**quelques mots** familiers) , **la compréhension est très altérée**.

Cependant l'**autonomie** alimentaire et sphinctérienne sont possibles , après une éducation spécialisée.

-Ces enfants ne dépassent pas **le niveau des réalisations sensorielles** selon Jean Piaget (décrit à 2 ans chez un enfant normal).

Ils sont capables de **certaines capacités** mnésiques, motrices, certains apprentissages élémentaires d'échanges et **d'attachements affectifs** +++

- Dépendance envers un tiers ou plus souvent une institution de PEC globale.
- Les acquisitions sont très limitées nécessitant une psychoéducation intensive.
- Anomalies morphologiques**; troubles neurologiques, crises épileptiques le plus souvent c'est un **polyhandicap**.

Des signes en rapport avec des maladies associés:

Ces enfants ont plus de risque d'avoir d'autres problèmes de santé.

-Des signes en rapport avec des maladies somatiques: épilepsies, infirmité motrice d'origine cérébrale, troubles cardiaques , troubles respiratoires, troubles de la déglutition et des troubles neurologiques et déficiences sensorielles .

-Des signes en rapport avec des maladies psychiatriques: signes anxieux (signes obsessionnels, signes psychotiques, troubles émotionnels , troubles de l'humeur.

-Des signes en rapport le syndrome génétique en cause.

4. Le retard global du développement:

Ce diagnostic est réservé aux sujets de **moins de 5 ans** quand le degré de sévérité clinique ne peut être évalué avec certitude pendant la première enfance. Cette catégorie est diagnostiquée quand une personne n'accède pas aux stades attendus de son développement dans plusieurs domaines du fonctionnement intellectuel, et s'applique aux sujets qui sont incapables de satisfaire aux évaluations systématiques du fonctionnement intellectuel, incluant des enfants qui sont trop jeunes pour subir des tests standardisés. Cette catégorie requiert une **réévaluation ultérieure**.

Les chances de progression sont très importantes.

VI. Diagnostic positif :

* Diagnostic est **clinique**, nécessitant **une évaluation** psychométrique (cognitive) et adaptative.

*critères DSMV:

-Dans le DSM comme dans l'ICD, 3 critères de base sont nécessaires au diagnostic de déficience intellectuelle (ou retard mental) :

A. Fonctionnement intellectuel significativement inférieur à la moyenne ($QI < 70$)

B. Déficits concomitants ou altération des capacités d'adaptation dans au moins deux des domaines suivants : communication, autonomie dans les actes de la vie quotidienne, vie à la maison, compétences sociales et interpersonnelles, l'utilisation des ressources de la communauté, prise de décision, compétences académiques fonctionnelles, travail, loisir, santé et sécurité

C . Début des troubles avant 18 ans.

***Evaluation** : en complément de la clinique , une évaluation psychométrique s'impose par le biais d'une évaluation globale dont l'aboutissement est de calculer le Quotient intellectuel QI.

Le quotient intellectuel «standard» : correspond au rang dans lequel se situe le sujet par rapport à une population donnée.

Ces tests vont évaluer le fonctionnement intellectuel :

- le raisonnement.
- la résolution de problèmes.
- la pensée abstraite.
- la faculté de jugement .
- l'apprentissage théorique (académique) .
- l'apprentissage par l'expérience.

Les résultats de l'une et l'autre partie peuvent diverger chez un même individu.

Les plus utilisés sont :

Wechsler Adult Intelligence Scale" (WAIS) : à partir de 16 ans.

Wechsler Intelligence Scale for Children" (WISC) : entre 6 et 16 ans.

Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence" (WPPSI) : entre 3 et 7ans . Pour les non verbaux.

VII. Diagnostic différentiel:

1. Trouble du spectre autistique.
2. Les handicaps sensoriels.
3. Trouble déficit de l'attention –Hyperactivité.
4. Troubles spécifiques des apprentissages.
5. IMC.

VIII. Comorbidités : épilepsies , Psychoses (adolescence+++).

IX. Ethiopathogénie:

-Des difficultés dans la démarche étiologique: **aspect global contextuel.**

Aucune causalité linéaire. Déculpabilisation des parents et promotion de la prise en charge.

-Facteurs **organiques: sont incriminés**

Causes anténatales: liées à la grossesse, contexte psychologique ou somatique(**infections...**), hypothyroïdie congénitale , irradiation , alimentation ...

Causes périnatales: asphyxies néonatales, accouchements dystociques,

Causes postnatales: encéphalopathies, méningites, épilepsies

- Facteurs psychologiques : les diverses situations de carence affective , situations de maltraitance psychique et physique, les dysrégulations familiales .

- Anomalies génétiques (dans le cadre de syndromes génétiques) .

Les syndromes génétiques: dont le déficit intellectuel est fréquemment associé .

- La trisomie 21 –syndrome de down.

- syndrome de l’X fragile.

- La phénylcétonurie.

- Syndrome de Praderwili.

- Syndrome d’angelman.

- Le syndrome de William.

X fragile



Trisomie 21



X. Evolution-Pronostic:

***Facteurs pronostic:**

- caractéristiques du déficit mental:** son importance, anomalies cognitives.
- La nature de l'**étiologie organique**.
- Le milieu dans lequel l'enfant vit , représente un facteur pronostic important (l'entourage familial , ses attitudes à l'égard de l'enfant).
- Le pédiatre , le plus souvent consulté en premier. Il a un rôle considérable par leur attitudes , paroles et leurs soins.
- On ne doit pas s'acharner à la recherche étiologique (qui prend du temps).
- La prise en charge sera d'autant plus efficace que l'on sera intervenu plus tôt .

-Pour une **déficience légère ou moyenne**: Ils sont capables d'être **indépendants** et de participer à la vie de la communauté. Ces derniers arrivent bien souvent à devenir autonomes et à mener des vies heureuses et épanouissantes.

-Les **personnes avec déficience intellectuelle sévère** ne peuvent, généralement, pas être indépendantes , (**aide permanente**). La plupart des personnes atteintes du syndrome de Down, lorsqu'ils approchent de leurs 40 ou 50 ans, développent une démence proche de la maladie d'Alzheimer.

Tableau C.1.2 Capacités des adultes selon le degré de déficience intellectuelle

Degré	QI	Capacités de l'adulte
Léger	50-70	<ul style="list-style-type: none"> • Alphabétisation + • Autonomie ++ • Bon niveau de langage ++ • Travail semi qualifié +
Modéré	35-50	<ul style="list-style-type: none"> • Alphabétisation +/- • Autonomie + • Langage basique + • Activités non qualifiées avec ou sans supervision +
Sévère	20-35	<ul style="list-style-type: none"> • Assistance au quotidien + • Langage pauvre + • Tâches ménagères assistées +
Profond	Moins de 20	<ul style="list-style-type: none"> • Langage +/- • Autonomie +/-

Note: +/- parfois réalisable; + réalisable ; ++ complètement réalisable

XI. La prise en charge:

-la réussite du traitement repose sur la **détection précoce** et l'**intervention précoce**. Le but du traitement n'est pas d'obtenir « une guérison » mais de **minimiser** les symptômes et **le handicap** en réduisant les risques en enseignant des compétences essentielles et en améliorant la qualité de vie, et en soutenant les familles et les proches.

-Les objectifs et les modalités précis du traitement **pour chaque individu** dépendront en grande partie de la cause et de la gravité de la déficience intellectuelle et des comorbidités.

***Le Traitement étiologique:** consiste administrer un traitement (par exemple dans des maladies telles que la phénylcétonurie, l'hypothyroïdie et la galactosémie),

***Le Traitement des comportements-défis: ABA**

Le comportement-défi : un comportement qui entrave la vie quotidienne des individus souffrant de déficience intellectuelle et leur entourage, qui réduit leur qualité de vie et leur survie.

Ex; l'agression, l'auto - mutilation (telle que se cogner la tête ou ingérer ou inhaler des corps étrangers), la destruction d'objets, et un comportement social inapproprié.

Intervention comportementale : diminuer ce comportement (punition, extinction).

***Médicaments:** utilisés de façon optimale après une évaluation complète et faisant partie d'un projet global de traitement dans lequel la gestion du comportement et l'implication de la famille sont essentiels.

Administer des doses plus faibles; les personnes souffrant de déficience intellectuelle ont généralement plus de problèmes médicaux et sont plus **sensibles** aux effets secondaires des médicaments. Par conséquent, il est prudent de commencer avec un dosage très faible et de l'augmenter graduellement en fonction de la réponse et des effets secondaires.

***Education et apprentissages spécialisé :**

Il est indispensable pour les enfants souffrant de déficience intellectuelle d'aller à l'école, pour acquérir non seulement des connaissances académiques, mais aussi des savoir-faire d'autodisciplines, sociaux et pratiques pour la vie en communauté. En appliquant les bonnes méthodes d'éducation, beaucoup sont capables d'acquérir les compétences de bases en lecture, écriture et arithmétique pour maximiser leur développement et leurs chances de réussite dans la vie.

***Intégration : classe normale, classe adaptée (spécialisée), CPP**

*** Les aménagements pédagogiques:**

***Orthophonie:**

L'application systématique des méthodes orthophoniques est efficace pour améliorer les capacités des enfants dans les domaines du discours, du langage et de la communication.

Utiliser des stratégies de communication progressives et alternatives pour aider les enfants quels que soient leur niveau de déficience intellectuelle.

***Psychomotricité et ergothérapie:**

la déficience intellectuelle est souvent accompagnée d'un faible tonus musculaire, d'un manque de coordination et d'un lent développement de la motricité. Mettre en place un traitement individualisé qui peut être suivi à la maison, à l'école ou en institution.

***Soutien de la famille:**

Le soutien à la famille comprend **la communication du diagnostic** et des explications claires sur celui-ci, un soutien psychologique, des conseils et des formations, une implication dans les prises de décisions sur les soins et des soins de répit, et surtout clarifier le pronostic par rapport aux attentes.

Donner toujours une lueur d'espoir.

XII. Conclusion:

- Le terme de **déficienne intellectuelle** est de plus en plus utilisé à la place de la notion de retard mental.
- Le déficit intellectuel est souvent inclus dans un cadre plus **global d'un retard des acquisitions**(psychomotricité, langage, développement affectif et alimentation.
Cible de notre intervention surtout pendant les premières années de vie.
- Aspect global contextuel de l'étiologie.
- Le pronostic dépend de **la bonne qualité de prise en charge éducative** et implique largement **la communauté sociale** .

****Merci pour votre attention****