

# Déficiência intellectuelle & Troubles du comportement

- 5 février 2026 -

**Dr Marc COURT**

CHUV - Médecin cadre agréé

[marc.court@chuv.ch](mailto:marc.court@chuv.ch)

# CHUV/STSA: composition du service

- **EPIONE:** unité hospitalière
- **SPDM:** u. mobile adulte
- **EMDM:** u. mobile mineure
- **DAC:** dispositif pour examiner les besoins, planifier un séjour ou une consultation, informer et coordonner les soignant-e-s active-s dans la prise en soin (dispositif pouvant être activé dans l'ensemble des départements du CHUV)
- Activité de **liaison** dans tous les hôpitaux du canton (y.c. somatique)

# EPIONE

- Profil: DI sévère, averbal.e
- Clinique: troubles sévères comportements
- Admission: modalités, temporalité, durée de séjour, priorisation en f(x) de la sévérité de la clinique et priorité aux patient.e.s occupant lit PGE ou CHUV
- Causes: somatique / psychiatrique / environnemental

# SPDM

- Intervention de crise
- Population cible: DI +/- TSA
- Lieux: tout le canton, principalement institutions/foyers et à domicile
- Intervention en parallèle du réseau ambulatoire médical/sanitaire préexistant
- Lorsque résolution: fermeture du cas -> aucun « suivi » sur long terme
- Durée de l'intervention: dépend de la résolution, entre 3-4 mois et année(s)
- File active: 250-300 patient.e.s en crise actuellement sur le canton (2 EPTs méd)

# EMDM

- Similaire à SPDM mais population mineure
- Lieux: écoles, domiciles, institutions/foyers

# Activité de liaison

- Lieux: tous les hôpitaux psy et soma du canton
- Indications:
  - Diagnostique (DI? TSA?)
  - Diagnostique psychiatrique chez patient.e avec DI et/ou TSA (sémiologie parfois très différente de la population générale)
  - Adaptation psychopharmacologique
  - Adaptation environnement (structuration, prévisibilité, communication)

# Thèmes/questionnements du jour

- Comment s'établit un diagnostic? Mais quel(s) diagnostic(s)? Et avec quels enjeux?
- ... comment aborder la double dimension DI et troubles psychiques?
- ... Quelles approches thérapeutiques et/ou éducatives?

# Comment établit-on un diagnostic:

Troubles du comportement -> sont à l'origine de la demande

- Nature des troubles: ASPECIFIQUE !!!!
- Y compris: agitation psychomotrice, cris, anxiété, idées suicidaires, hétéro-agressivité physique ou verbale, etc.

# Comment établit-on un diagnostic:

## Troubles du comportement: causes & origines

- 1/3: somatique
- 1/3: environnemental
- 1/3: psychiatrique
- MAIS: 60-90% des patients avec des neuroleptiques
- MAIS: « les examens/bilans sanguins sont sans particularité » → vraiment ?

# Comment établit-on un diagnostic:

Troubles du comportement et réalité: sur-utilisation des neuroleptiques

- NL chez 60-90% / souvent plusieurs NL / souvent haute posologie
- Avec pour indications habituellement rencontrées: «troubles du comportements» ou symptômes «d'allure psychotiques»
- Considération insuffisante d'une origine somatique
- Considération insuffisante d'une origine environnementale
- « pièges » des phénomènes pseudo-psychotiques amenant à la prescription erronée de NL

# Comment établit-on un diagnostic:

## Troubles du comportement et réalité: « pièges » des phénomènes pseudo-psychotiques amenant à la prescription erronée de NL

- **Développement émotionnel et cognitif incomplet** (distinction entre soi et l'autre n'est pas totalement finalisée + dépendance affective forte: si se sent seul ou non-sécurisé, psychisme peut "peupler" son environnement de présences imaginaires)
- **Erreur d'attribution source** (difficultés à identifier leurs propres pensées internes comme venant d'eux-mêmes. Ils les attribuent alors à une source externe)
- **Biais d'hostilité** (tendance à sur-interpréter des situations ambiguës comme intentionnellement agressives, ce qui peut colorer le contenu des pseudo-hallucinations)
- **Compensation cognitive** (attribution de pensées à des entités externes aide à gérer la solitude ou le stress)
  
- Ces phénomènes **pseudo-psychotiques** peuvent être générés par la douleur, une pathologie somatique X, un facteur environnemental X, une symptomatologie dépressive ou anxieuse, etc.
- Conséquences: prescription de neuroleptique erronée, «résistance» au traitement, polymédication, ré-hospitalisation, etc.

# Comment établit-on un diagnostic:

Est lorsqu'on est vraiment face à un trouble psychiatrique ?

- **Neuroleptique(s), seulement lorsque indication claire**, a priori dans 5-20% des cas dont l'origine est psychiatrique
- A considérer absolument:
  - Dépression (sur-représentée au sein de cette population mais sous-diagnostiquée)
  - Troubles anxieux
  - Syndrome de stress post-traumatique
  - Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité
  - TSA (besoins spécifiques, si non-remplis -> génération d'anxiété -> psychopharmacologie pas au 1<sup>er</sup> plan)
  - etc.

# Comment établit-on un diagnostic:

« tous les examens / bilans sanguins sont sans particularité », vraiment?

- Présentation clinique (signes et symptômes) des pathologies somatiques souvent très différentes au sein de la population avec DI
- Identification par les médecins / cliniciens difficile
- Accès aux examens et aux soins difficile (examen physique, prise de constantes, prise de sang, imagerie médicale, etc.)

# Comment établit-on un diagnostic développemental: Déficience intellectuelle ?

- $QI < 70$
- Fonctionnement adaptatif (adaptation aux exigences et contraintes de son environnement): **ABAS-III** (Adaptive Behavior Assessment System)
- Mais est-ce que ça suffit pour parler de déficience intellectuelle ?

# Comment établit-on un diagnostic développemental: Déficience intellectuelle ?

- Autres causes pouvant expliquer un tableau d' « apparente DI »: Traumatique, infectieux, Troubles des apprentissages, Trouble de l'attachement / enfance sévèrement carencée, non-scolarisation , écart culturel, schizophrénie hébéphrénique, épisode dépressif chez intelligence limite, etc.
- Points d'attention, **confirmant l'absence de DI**:
  - Processus dynamique? Compétences dans le passé? Cassure?
  - QI hétérogène
  - Un QI supérieur à 70 dans le passé

# Comment établit-on un diagnostic développemental:

Déficiência intellectuelle ou autre trouble développemental?

- Quel est le sens de faire le distinguo?
- Parce que des actions sont possibles
- Parce que des améliorations du tableau cognitif et de la clinique sont possibles
- Troubles des apprentissages / mutli-dys: remédiation cognitive - rééducation des fonctions cognitives altérées (service de neuro-réhab)
- Trouble de l'attachement / enfance sévèrement carencée: psychothérapie NON-spécialisée

# Enjeux futurs: population DI + troubles psychiatriques diagnostiqués

- Besoins spécifiques clairement identifiés, de nature sanitaire
- Lieux de vie: conjuguer besoins en soins psychiatriques spécialisés et accompagnement socio-éducatif