



Déficience intellectuelle : rôles du médecin généraliste et du psychiatre.

Dr Caroline RENARD, psychiatre & Dr Pierre-Yves SARRON, psychiatre

Comprendre le rôle de chacun pour éviter les erreurs d'orientation :

La déficience intellectuelle (DI), terme du DSM-5 remplaçant « retard mental », ne relève pas d'une prise en charge psychiatrique systématique.

Le cœur du parcours est éducatif et médico-social. La médecine générale et la psychiatrie interviennent en seconde intention, lorsqu'une comorbidité psychiatrique est identifiée.

Définition (DSM-5)

Pour rappel, la déficience intellectuelle est un trouble neurodéveloppemental caractérisé par 2 problématiques : des limitations significatives du fonctionnement intellectuel, des limitations du fonctionnement adaptatif (conceptuel, social ou pratique), observables dès l'enfance. Le diagnostic repose d'abord sur l'évaluation clinique et fonctionnelle, et non sur le seul QI.

Ce qui relève du médico-social et des approches éducatives

Les interventions de première intention sont globales, structurées, individualisées (centrées sur les besoins quotidiens du patient). Elles comprennent :

- Structuration de l'environnement (Routines prévisibles, repères stables, anticipation des transitions).
- Approches éducatives spécialisées (Communication, autonomie, habiletés sociales).
- Interventions comportementales (Analyse fonctionnelle, renforcement positif, désescalade, prévention des situations déclenchantes).
- Insertion socio-professionnelle
- Soutien des aidants (Psychoéducation, guidance parentale, stratégies relationnelles adaptées).

Ces interventions relèvent de la compétence et de la responsabilité des équipes médico-sociales (IME, SESSAD, MAS, FAM, SAVS, ESAT etc...), qui doivent pouvoir les mettre en œuvre sans sollicitation systématique du médecin généraliste ou du psychiatre.

Quel est la place du médecin généraliste ?

Le médecin généraliste assure le suivi somatique standard du patient présentant une déficience intellectuelle, un suivi souvent rendu plus complexe par les difficultés d'expression et la faible spécificité des plaintes. Devant toute modification comportementale, il lui revient d'éliminer en priorité une cause somatique ou une douleur, fréquemment en cause et parfois difficile à identifier. Il veille également à ce que les interventions éducatives et médico-sociales adaptées aient été mises en œuvre de manière complète avant d'envisager la sollicitation d'un avis psychiatrique, lequel ne se justifie qu'en cas de comorbidité avérée ou de situation dépassant le cadre habituel de ces prises en charge.

Quand la psychiatrie devient nécessaire

Un avis psychiatrique s'impose en présence de comportements sévères, dangereux, d'une aggravation inexpliquée des difficultés adaptatives, de comorbidités psychiatriques complexes (trouble psychotique ou thymique) ou lorsque les interventions éducatives adaptées ont échoué.



Place des Médicaments en soins primaires :

Devant des troubles du comportement récurrents, notamment des conduites hétéro ou auto-agressives, un traitement médicamenteux peut être envisagé dès les soins primaires lorsque les mesures éducatives et médico-sociales ont été pleinement mobilisées et que la situation nécessite une réponse rapide.

Ces traitements ont essentiellement une visée sédative et anti-impulsive, et doivent être utilisés de manière transitoire, en attendant l'obtention d'un avis psychiatrique. Nous vous proposons ici deux options thérapeutiques adaptées à la pratique en médecine générale : la rispéridon et l'aripiprazole, dont l'efficacité et la tolérance permettent une utilisation sécurisée dans ce contexte précis.

Rispéridone :

- 0,5mg le soir pendant 3 jours.
- En l'absence d'amélioration possibilité de majorer à 0,5mg matin et soir.
- A poursuivre si bien toléré jusqu'à avis spécialisé
- Surveillance : sédation, rigidité, tremblements, signes extra pyramidaux, TA, FC

Abilify :

- 5 mg le matin pendant 3 jours.
- En l'absence d'amélioration possibilité de majorer à 10 mg le matin.
- A poursuivre si bien toléré jusqu'à avis spécialisé
- Surveillance : agitation paradoxale (rare mais possible), insomnie, akathisie (fréquente en début de traitement)

Les autres médicaments (antidépresseurs, benzodiazépines, olanzapine, bêta-bloquants) n'ont pas démontré d'efficacité ou sont déconseillés en raison d'effets paradoxaux ou indésirables.

À retenir pour ma pratique

- La DI relève d'abord de l'éducatif, du médico-social et de l'adaptation de l'environnement
- La psychiatrie est un appui spécialisé en seconde intention.
- Une rupture avec l'état antérieur chez un patient présentant une DI doit toujours faire rechercher une douleur ou une cause somatique.
- Les psychotropes sont utilisés dans des cas particuliers, à visée symptomatique, leur utilisation doit rester ciblée et prudente.
- Les difficultés rencontrées par les structures médico-sociales ne doivent pas conduire le médecin généraliste ou le psychiatre à assurer des missions éducatives qui ne relèvent pas de leur champ d'intervention. Leur rôle doit rester strictement soignant : éliminer une cause somatique, dépister et traiter les comorbidités psychiatriques, et proposer, si nécessaire, un traitement symptomatique ciblé.

Références

- 1American Psychiatric Association. *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2013.
- 2.NICE. *Challenging behaviour and learning disabilities: prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges*. 2015.
- 3.AACAP. *Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Intellectual Disability*.
- 4.Deb S. et al. *The effectiveness of antipsychotic medication in the management of behaviour problems in adults with intellectual disabilities*. Cochrane Review, 2006
- 5.Taylor D., Barnes T., Young A. *The Maudsley Prescribing Guidelines*. 13e éd., Wiley, 2018.
- 6.Cochrane Review : *Antipsychotics for aggression in adults with intellectual disability*, 2014.
- 7.McKenzie, K., Murray, G. C., Smith, A., & Ouellette-Kuntz, H. (2023). Systematic review of interventions for challenging behaviour in adults with intellectual disabilities. *The Lancet Psychiatry*, 10(2), 98–112. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00359-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00359-5)

Retrouvez toutes nos newsletters sur notre site internet

<https://medecinegeneralepsychiatrie37.fr/>

