

PREPARER UNE CONSULTATION GERIATRIQUE AVEC ET POUR UNE PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

Cette fiche a été rédigée par Gaëlle Godart, psychologue clinicienne spécialisée en neuropsychologie exerçant au Foyer d'Accueil Médicalisé Le Bois des Leins de St Mamert du Gard, et Kevin Rummel, psychologue clinicien du développement au Centre Départemental de Repos et de Soins de Colmar et formateur sur la thématique du vieillissement des personnes vivant avec un handicap à l'Université de Strasbourg, dans le cadre de la communauté mixte de recherche DIMA (<https://www.social-project.fr/dima>).

Elle a également bénéficié de l'expertise du Dr Nils Aubertin, praticien hospitalier gériatre au CDRS de Colmar, et de la relecture de Muriel Delporte, coordinatrice scientifique de DIMA.

Le vieillissement des personnes en situation de handicap est un enjeu majeur des années à venir, du fait notamment d'une augmentation significative de leur espérance de vie. Devant cette évolution, le souhait de favoriser un accompagnement le plus adapté possible arrive souvent au premier plan des préoccupations des aidants (familiaux ou professionnels) lorsque les premiers signes de perte d'autonomie sont repérés, et tout particulièrement en cas d'apparition ou de majoration de troubles cognitifs et/ou du comportement.

Bien que la démarche, sur le plan purement diagnostic, reste fortement similaire à celle réalisée auprès de tout public, l'approche diagnostique chez la personne vieillissante vivant avec un handicap se doit de prendre en compte certaines spécificités. On retrouve, par exemple, une intrication de tableaux cliniques induits par la/les pathologies initiales avec le vieillissement, des outils de dépistage et/ou de diagnostic parfois inadaptés aux compétences initiales de la personne, la nécessité de la présence d'un référent (membre de la famille ou professionnel connaissant parfaitement le fonctionnement et les habitudes de la personne) lors des consultations dès les stades précoces, devant des interrogatoires de la personne peu informatifs.

De plus, un intérêt fondamental va se porter sur la qualité de vie de la personne, amenant les accompagnants (familiaux et/ou professionnels) à s'interroger sur les possibles freins aux diagnostics, tant en termes d'accès aux ressources médicales/paramédicales sur le territoire que de formation des professionnels, ou encore d'impact sur la personne (anxiété vis-à-vis des examens, du diagnostic, etc.).

Enfin, un phénomène de vieillissement précoce s'observe généralement chez les personnes en situation de handicap, ce qui implique une vigilance dès l'âge de 40 ans.



Afin d'aider à la préparation de la consultation gériatrique, cette fiche propose un arbre décisionnel permettant de rassembler un maximum d'informations utiles au diagnostic différentiel du professionnel de santé. Cet arbre décisionnel n'a pas pour vocation d'indiquer une démarche unique et normée en ce qui concerne la recherche des facteurs de modifications comportementales et cognitives chez la personne vieillissante vivant avec un handicap. Il s'agit plutôt d'un guide visant à permettre une démarche, cohérente et centrée sur la personne, de la recherche de l'origine des changements perçus.

De plus, à la vue des difficultés rencontrées par certaines personnes en situation de handicap, cet outil se veut aussi être un support de réflexion et d'anticipation du parcours de vie et de soins, pouvant entraîner, en parallèle, une réflexion éthique plus étendue autour de sujets tels que les directives anticipées, la personne de confiance, le degré de soin ou encore le maintien des liens sociaux en cas de changement nécessaire de lieu de vie.

Cette démarche s'inscrit notamment dans une démarche de prévention, dès le cap de la trentaine, par une photographie de l'autonomie, des comportements et de la santé de la personne en situation de handicap, dans l'objectif de définir une base de comparaison la plus objective possible en cas de modifications psycho-comportementales futures.

L'arbre décisionnel est précédé d'un guide lexical accompagné de courtes illustrations cliniques.

TROUBLES COGNITIFS ET / OU PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

Ces troubles vont regrouper un ensemble de symptômes tels que des difficultés de langage, de mémoire, des fonctions exécutives (planification, organisation), de l'attention ou encore une désorientation dans le temps et dans l'espace. A cela peuvent s'ajouter des signes tels que des changements d'humeur (anxiété, dépression, etc.), de l'agitation, de l'agressivité, de l'apathie ou encore des troubles de l'appétit ou du sommeil.

Jacqueline a 52 ans. Elle a toujours travaillé en ESAT où elle était d'ailleurs plutôt bien intégrée. Elle vit chez ses parents. Depuis peu, les moniteurs d'ateliers ainsi que ses parents repèrent chez Jacqueline des changements. En effet, elle a tendance à dormir durant son poste et rester éveillée la nuit ; elle oublie certains mots, utilisant "truc" et "chose" plus que d'habitude ; elle semble se replier sur elle-même, interagissant moins avec ses collègues ; elle quitte par moment son poste lorsque des consignes complexes lui sont données.

OBJECTIVATION

L'objectivation vise à croiser les regards afin de répondre à un certain nombre de questions telles que : quels comportements observe-t-on ? A quelles fréquences surviennent-ils ? Ces comportements sont-ils inhabituels ou ont-ils déjà existé par le passé ? Sont-ils présents dans l'ensemble des lieux de vie de la personne ?

Lors d'une rencontre entre les moniteurs d'ateliers et les parents de Jacqueline, les changements de comportement de celle-ci ont été évoqués. Au fil de l'échange, il a été par exemple objectivé que :

- Les troubles du sommeil sont nouveaux et apparaissent depuis environ 3 mois, surtout en fin de semaine.
- Les troubles du langage sont anciens et sont souvent liés à son état de fatigue. Par exemple, lorsqu'elle est malade, elle a toujours du mal à trouver ses mots.
- Le fait de se replier et de quitter son poste est quasi quotidien, elle a d'ailleurs tendance à se réfugier dans un endroit calme. Elle ne présente pas ce comportement au domicile, cela pouvant être en lien avec le fait que le domicile est un environnement plus silencieux (pas de bruit de machines ou de collègues qui parlent entre eux).

CHANGEMENTS ENVIRONNEMENTAUX

Les déclencheurs environnementaux sont les modifications des habitudes de vie et/ou au sein des espaces de vie pouvant entraîner une réaction émotionnelle forte qui va pouvoir se traduire par une expression comportementale. On va, par exemple, retrouver des changements tels que déménagement, décès d'un proche, modification des rituels (même les plus simples), etc.

Les troubles du sommeil étant apparus il y a environ trois mois, un lien est fait par la famille avec la date du décès de son frère, qui a eu lieu environ à cette date il y a quelques années. En analysant de manière plus fine, la famille se rend compte que, durant la nuit, Jacqueline a tendance à aller du côté de la chambre qui était occupée par son frère avant son décès.

Par ailleurs, l'équipe de l'ESAT signale que Jacqueline s'isole de plus en plus depuis qu'une des machines a été remplacée, celle-ci étant plus bruyante que la précédente.

ANALYSE FONCTIONNELLE

Cette démarche vise à définir les antécédents et les conséquences des comportements afin de les anticiper lorsque cela est possible. Il s'agit d'un recueil exhaustif que l'ensemble des aidants peut compléter.

A la vue de l'impact sur la qualité de vie de Jacqueline du bruit des machines et du souhait de celle-ci de continuer à ce poste, une analyse fonctionnelle de l'apparition du comportement de fuite a été réalisée. Lors de cette analyse, il est confirmé que Jacqueline quitte son poste pour faire diminuer les stimulations auditives et qu'en général, une quinzaine de minutes lui suffit. Pour respecter ce besoin, il est possible de lui proposer d'indiquer simplement au moniteur d'atelier, via un pictogramme, son souhait de quitter son poste quelques minutes en amont. Ceci permet une communication discrète tout en respectant le besoin de Jacqueline.

HISTOIRE DE LA PATHOLOGIE

On entend, par histoire de la pathologie, toutes les manifestations psycho-comportementales ayant déjà existé antérieurement au vieillissement et qui peuvent être directement induites par le handicap initial.

Jacqueline présente une déficience intellectuelle modérée ayant entraîné des difficultés d'apprentissage et par conséquent une pauvreté du langage. Bien qu'elle ait toujours réussi à se faire comprendre, son état de fatigue a toujours influé grandement sur sa capacité à solliciter son vocabulaire, induisant, par moment, un manque du mot important.

DEPISTAGES

Les examens de détection ont pour objectif de repérer précocement certaines maladies, parfois avant l'apparition des symptômes. L'objectif est d'éviter les retards au diagnostic et ainsi d'augmenter les chances de rétablissement. On trouve, dans cette catégorie, les dépistages : de l'autonomie fonctionnelle, du déclin cognitif, du diabète, des cancers, des troubles sensoriels (visuels, auditifs), de l'hypertension ou encore de la dépression.

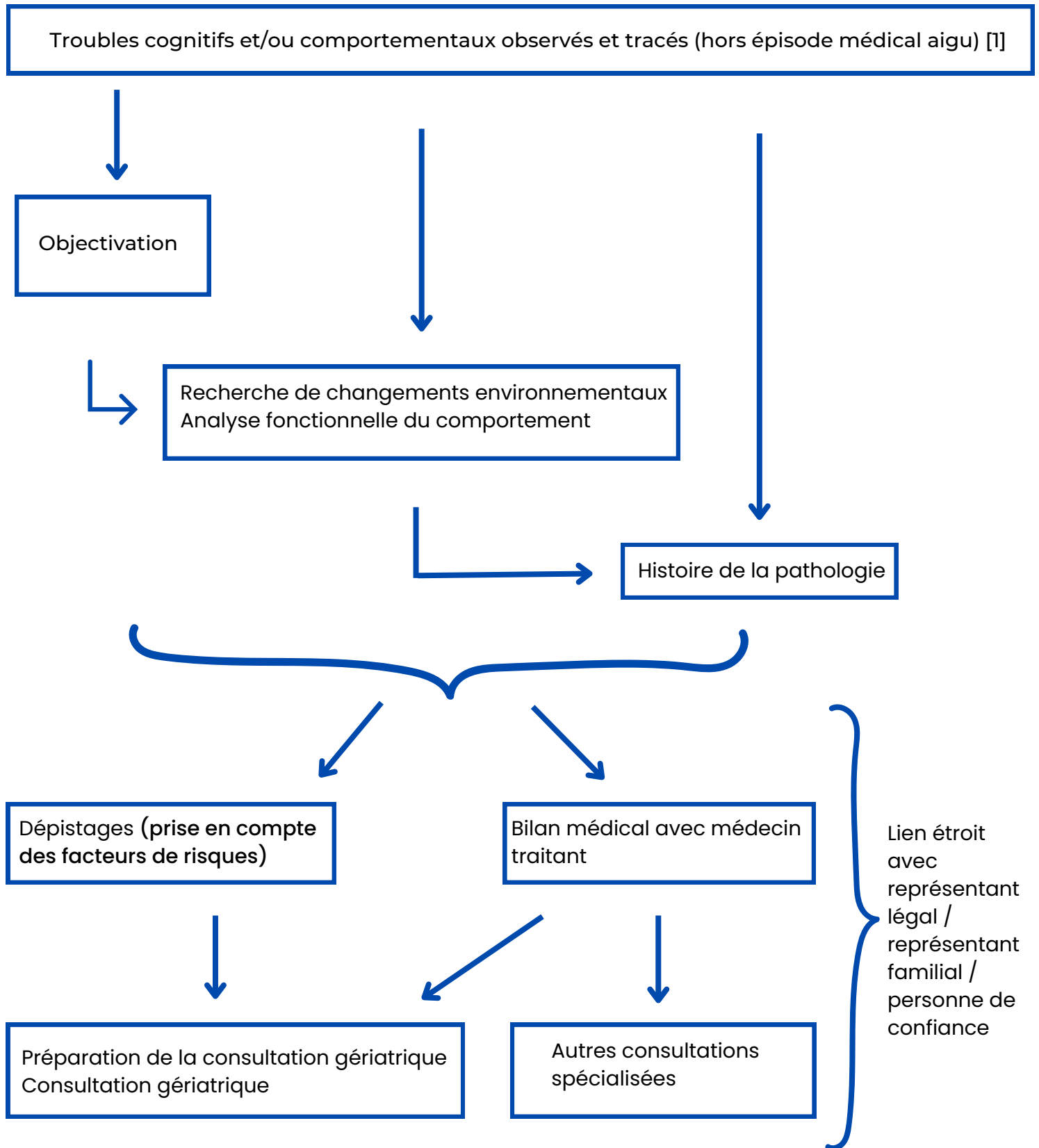
Depuis plusieurs mois, Jacqueline semble avoir de plus en plus de difficultés à se concentrer lors d'une discussion, elle s'isole par ailleurs sur le plan social et ne répond pas toujours lorsque ses parents ou les moniteurs l'appellent par son prénom. Un test auditif a été réalisé, montrant qu'avec l'avancée en âge, Jacqueline a désormais une hypoacousie. Un appareillage auditif lui a été proposé. Depuis, elle discute de nouveau avec les autres et n'a plus de mal à se concentrer.

FACTEURS DE RISQUES

Ce terme désigne l'ensemble des facteurs entraînant une fragilité quant à l'apparition de pathologies liées à l'âge. Par exemple, l'existence d'antécédents familiaux de maladie d'Alzheimer ou apparentées, la trisomie 21, les maladies cardiovasculaires, une consommation alcoolo-tabagique, des carences nutritionnelles, la sédentarité ou l'isolement social, sont autant de facteurs de risques d'apparition de troubles neurocognitifs majeurs.

Bien qu'elle n'ait pas d'antécédant familial de maladie d'Alzheimer ou apparentée, Jacqueline présente de nombreux facteurs de risques : elle fume depuis de nombreuses années, elle est diabétique et a une hypercholestérolémie.

ARBRE DECISIONNEL



[1] L'épisode médical aigu renvoie par exemple à : fécalome, globe urinaire, hypernatrémie (déshydratation), hyponatrémie, hypoglycémie, hypercalcémie, encéphalopathie hépatique, consommation de stupéfiants, alcool, iatrogénie (benzodiazépines, morphiniques...), saignement intracrânien, douleurs, ...

La démarche d'évaluation se veut par définition pluridisciplinaire. Ainsi, quel que soit le domaine abordé, il paraît nécessaire de permettre un croisement des regards afin d'apporter une vision la plus globale de la situation.

En voici quelques exemples :

Domaine	Personne concernée ou son aidant (réfèrent familial ou professionnel)	Psychologue	Médecin (généraliste, spécialiste ou coordo, connaissant le mieux la personne)
Histoire	Recueillir et rechercher les éléments concernant • L'histoire de la pathologie (apparition et évolution), • Le fonctionnement de base de la personne (compétences acquises, points forts et faibles, réactions habituelles, mode de fonctionnement, niveau d'autonomie maximal connu, etc.), • Les antécédents médicaux familiaux (tout évènement de santé particulier survenu dans la famille).	Recueillir et rechercher les éléments concernant • L'historique des expressions cliniques des pathologies antérieures, • Le niveau d'autonomie maximal connu (échelles Vineland, EFI-Ré et EPO Adulte), • Les antécédents familiaux connus.	Recueillir et rechercher les éléments concernant : • L'historique des expressions cliniques des pathologies antérieures, • Le niveau d'autonomie maximal connu, • Les antécédents familiaux connus.
Déclencheurs environnementaux	Recueillir et rechercher les éléments concernant : • Les évènements de vie (anciens et récents), • Les changements survenus dans les différents milieux de vie (décès, déménagement, évènements potentiellement traumatiques, arrêt de l'activité professionnelle, etc.), • Les situations où les changements de comportement/ pertes de compétences sont observés.	Documenter les évènements de vie anciens ou récents, les changements dans les différents milieux de vie (décès, déménagement, évènements potentiellement traumatiques, arrêt de l'activité professionnelle, etc.).	

Domaine	Personne concernée ou son aidant (réfèrent familial ou professionnel)	Psychologue	Médecin (généraliste, spécialiste ou coordo, connaissant le mieux la personne
Dépistage	Participer au recueil des informations concernant : • L'évaluation de la qualité du sommeil, • L'évaluation de la douleur, • L'évaluation de la perte d'autonomie (DSQIID, grille APEI du Valenciennois, etc.), • L'évaluation du risque de fragilité (ICOPE, ID-FI, etc.), • Le suivi du transit et des mictions (selles et urines ; fréquence, quantité et apparence).	• Evaluer les troubles de l'humeur et comorbidités psychiatriques (REISS, etc.). • Evaluer les troubles cognitifs via des outils standardisés. • Evaluer le risque de fragilité (ICOPE, ID-FI, etc.). • Evaluer la perte d'autonomie (DSQIID, grille APEI du Valenciennois, etc.).	• Evaluer les troubles de l'humeur et des comorbidités psychiatriques (REISS, etc.). • Evaluer les troubles cognitifs via des outils standardisés. • Evaluer le risque de fragilité (ICOPE, ID-FI, etc.). • Evaluer la perte d'autonomie (DSQIID, grille APEI du Valenciennois, etc.).
Bilan médical	Participer au recueil des informations concernant : • Les troubles sensoriels observés : troubles de l'audition, de la vue, pertes d'équilibre, etc., • Les réactions sensorielles particulières (hypo ou hyper sensibilité à certaines stimulations), • Les signes d'apnée du sommeil (ronflements, fatigue ou somnolence en journée, etc.), • L'historique des imageries médicales, notamment cérébrales, • L'historique des chutes, de l'incontinence, • La consommation de stupéfiants, d'alcool, de tabac, etc., • L'équilibre alimentaire.	• Recenser les troubles sensoriels observés (déficit d'organe ou spécificité de la sensorialité).	• Investiguer les troubles sensoriels. • Réaliser un bilan biologique comprenant notamment les marqueurs thyroïdiens et ménopausiques. • Investiguer une apnée du sommeil. • Prescrire/ rechercher les imageries. • Questionner les traitements actuels et l'historique (traitements à forte iatrogénie cognitive, modification récente vers générique, antibiothérapie, etc.).

Domaine	Personne concernée ou son aidant (réfèrent familial ou professionnel)	Psychologue	Médecin (généraliste, spécialiste ou coordo, connaissant le mieux la personne
Préparation de la consultation / habitude aux soins	• Définir un référent unique (familial ou professionnel), disponible pour le temps de la consultation et joignable ultérieurement si besoin. • Vigilance particulière : afin que la consultation soit optimale, le référent doit être en possession d'un dossier le plus complet et à jour possible. Il doit également connaître très précisément la personne (éléments concernant la santé, la vie quotidienne, l'histoire de vie, les bilans réalisés avant la consultation, etc.) pour répondre aux questions qui seront posées par le médecin. • S'informer sur les possibles difficultés pour la réalisation d'examen complémentaires (refus de soins antérieurs, niveau de soins, examen inconnu pour la personne, etc.). • Préparer la consultation à l'aide d'outils dédiés (Santé BD, consultation blanche, etc.) qui serviront également pour les éventuels examens complémentaires. • S'appuyer, au besoin, sur les dispositifs dédiés du territoire (Handiconsult, Equipes Relais Handicaps Rares, référents handicap hospitaliers, etc.). • Veiller à ce que la personne porte ses éventuelles orthèses (lunettes, appareils auditifs, etc.) le jour de la consultation. • Amener les éventuels objets facilitateurs et renforçateurs de la personne.	• Définir les possibles contraintes d'examen complémentaires (refus de soins antérieurs, niveau de soins, objectifs, etc.). • Préparer la consultation à l'aide d'outils dédiés (Santé BD, consultation blanche, etc.). • Définir les besoins d'habitude aux soins pour les éventuels examens complémentaires. • S'appuyer, au besoin, sur les dispositifs dédiés du territoire (Handiconsult, Equipes Relais Handicaps Rares, référents handicap hospitaliers, etc.).	• Définir les possibles contraintes d'examen complémentaires (refus de soins antérieurs, niveau de soins, objectifs, etc.). • Rédiger un courrier d'adressage le plus exhaustif possible, notamment en ce qui concerne les particularités possibles lors de l'interrogatoire (pas de blouse blanche, présence d'un proche pour rassurer la personne, nécessité d'une pause régulière, renforçateurs et facilitateurs, etc.). • Préparer la consultation à l'aide d'outils dédiés (Santé BD, consultation blanche, etc.). • S'appuyer, au besoin, sur les dispositifs dédiés du territoire (Handiconsult, Equipe Relais Handicaps Rares, référents handicap hospitaliers, etc.).

L'évaluation des troubles cognitifs via des outils standardisés requiert une vigilance particulière dans l'utilisation et une grande prudence dans l'interprétation des résultats. En effet, sous le terme de déficience intellectuelle, sont regroupées des personnes aux fonctionnements et acquis hétérogènes. Les outils de dépistage des troubles cognitifs font appel à des compétences qui ne sont pas maîtrisées par certaines personnes. De plus, ces outils n'ont pas été validés auprès d'une population porteuse de déficience intellectuelle, aucune norme n'est disponible.

Le clinicien souhaitant utiliser ces outils doit donc avoir un questionnement quant au choix des échelles proposées : sont-elles pertinentes au regard des compétences acquises par la personne (se référer à l'état de base réalisé vers 30/35 ans s'il est disponible) ? La personne va-t-elle comprendre les consignes ? Dispose-t-elle des compétences langagières ou motrices pour répondre ? Est-ce que l'utilisation de telle ou telle échelle a du sens et va contribuer à la démarche diagnostique ? Quelles sont les adaptations possibles ou nécessaires ? L'utilisation d'un bilan cognitif classiquement utilisé en consultation mémoire est donc à proscrire.

Par ailleurs, aucune norme n'étant disponible pour les personnes porteuses de déficience intellectuelle, le clinicien ne pourra pas comparer les résultats obtenus à des scores attendus, mais uniquement comparer la personne à elle-même. La première évaluation servira de base et il faudra donc attendre une réévaluation pour pouvoir juger d'une évolution.

Contacts et ressources :

Le DSQIID : <https://handiconnect.fr/wp-content/uploads/2024/06/DSQIID-echelle.pdf>

Grille de détection du vieillissement élaborée par le Dr Dambre et l'Apei du Valenciennois :

[https://handiconnect.fr/wp-](https://handiconnect.fr/wp-content/uploads/2025/01/guide_utilisation_grille_detection_signes_avancee_age_v2.pdf)

[content/uploads/2025/01/guide_utilisation_grille_detection_signes_avancee_age_v2.pdf](https://handiconnect.fr/wp-content/uploads/2025/01/guide_utilisation_grille_detection_signes_avancee_age_v2.pdf)

Fiches Conseils Handiconnect - L'accueil des professionnels de santé et le handicap (Fiches F 11)

Fiches Conseils Handiconnect - Le vieillissement des personnes en situation de handicap

<https://handiconnect.fr/?s=&type=fiche-conseil&thematique=vieillissement>

[Accueil SantéBD](#)

[Les Équipes Relais Handicaps Rares - GNCHR](#)

Handiconsult (à voir selon chaque territoire)

[Partage d'expériences | Social Project](#)

[Accompagnement du patient en situation de handicap à l'hôpital : le rôle du référent handicap - Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles](#)