



**UNIVERSITÉ  
DE GENÈVE**

FACULTÉ DE MÉDECINE

D-A-CH Inklusive Medizin  
Deutschland · Österreich · Schweiz

**HUG** Hôpitaux  
Universitaires  
Genève



**« Comportement problème grave : ce que la psychopharmacologie peut et ne peut pas »**

**«Schweres Problemverhalten: Was kann Psychopharmakologie und was nicht»**

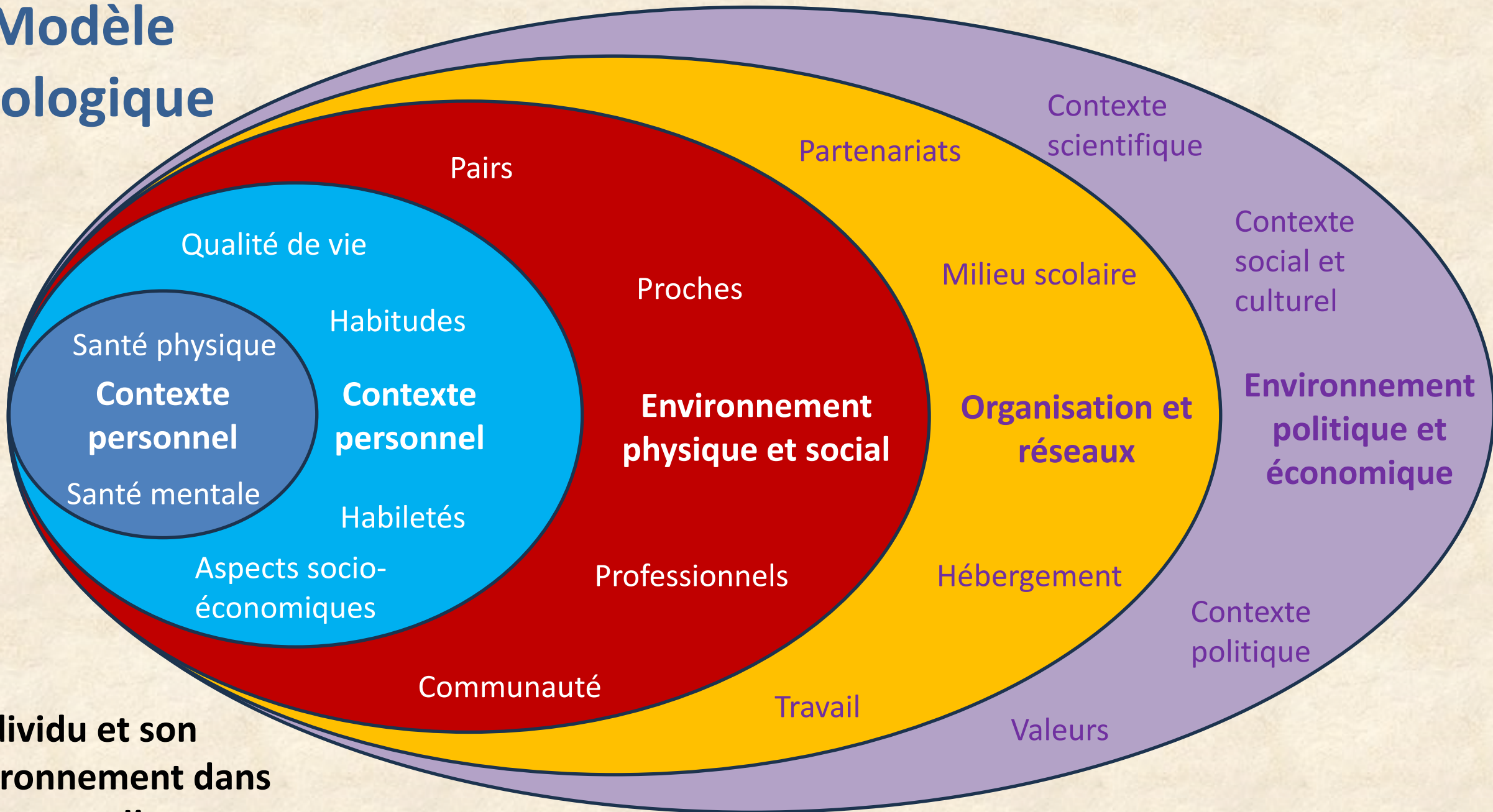
**Dre Alina Mitrea, Dr Markus Kosel**

**5ième journée de l'association trinationale D.A.CH Médecine Inclusive**

**5. Tagung von D-A-CH Inklusive Medizin**

30/31 janvier 2026, Genève

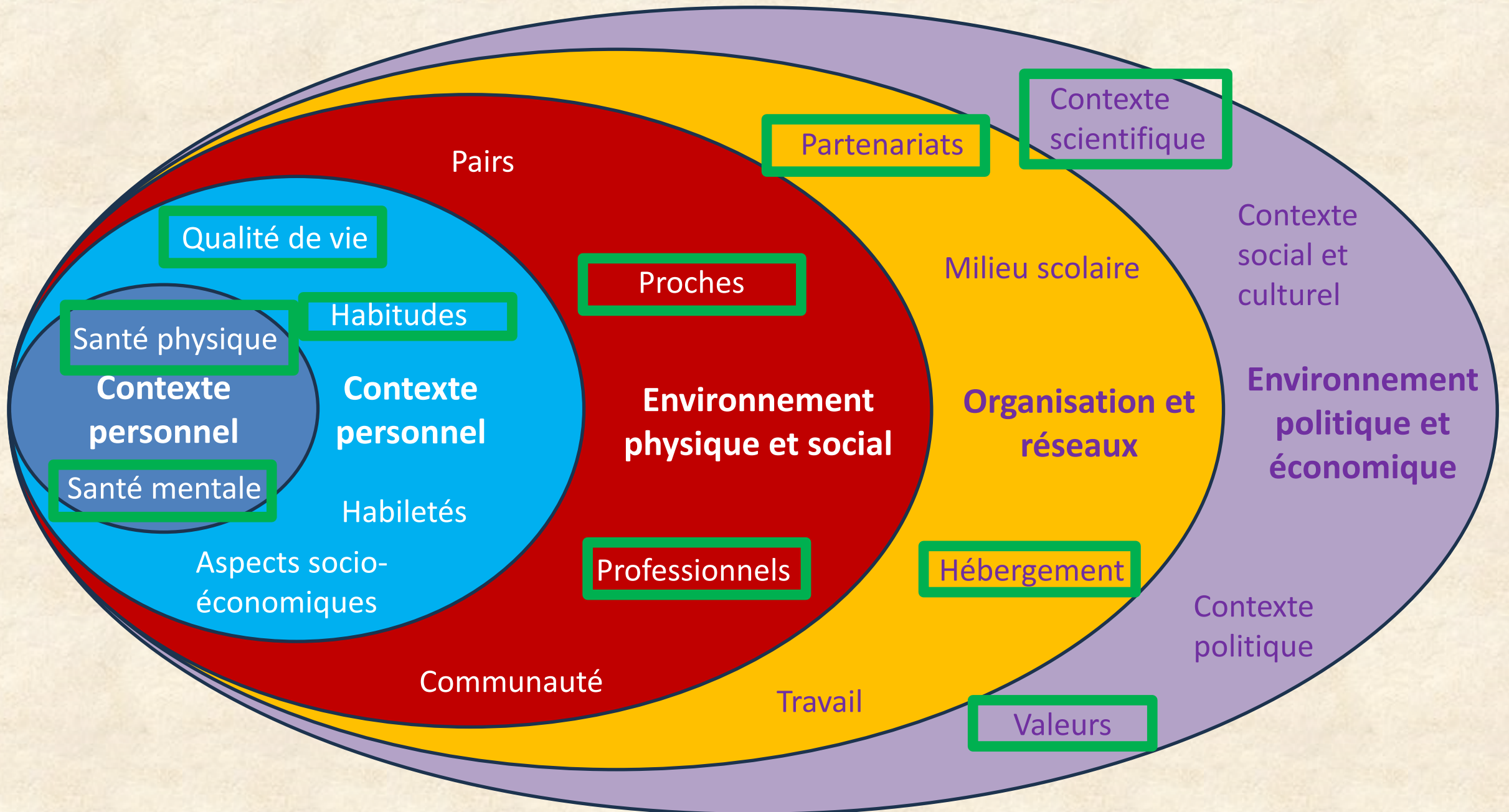
# Modèle écologique



**L'individu et son  
environnement dans  
le temps et l'espace**

Selon ANESM: «Les comportements-problèmes: prévention et réponses, 2017

# Psychopharmacologie: liens et impacts



# Eleonore: Discussion

- Message principal: la médication psychopharmacologique est souvent utile dans le traitement de comorbidités psychiatriques
- Des adaptations sont nécessaires
- Les troubles du développement intellectuel sont d'évolution chronique. Malgré cela, des traitements qui se révèlent être efficaces, ont un impact très important sur la qualité de vie des personnes concernées et de leur entourage
- La gestion des crises est complexe, la prévention est importante
- L'utilisation de la réserve médicamenteuse doit être bien indiquée

---

# Comportement problème grave: ce que la psychopharmacologie peut et ne peut pas

Une présentation de cas clinique

# Présentation clinique

---

- ❖ Patiente, 60 ans, TDI moyen avec troubles du comportement, diagnostic de trouble schizoaffectif
- ❖ Trouble du métabolisme de l'urée avec hyperammoniémie secondaire (déficit argininosuccinate lyase)
- ❖ Suivi scolaire spécialisé
- ❖ 50+ hospitalisations, la première à l'âge de 16 ans - épisode psychotique aigu

# Au-delà des diagnostics...

---

- ❖ Préfère le tutoiement
- ❖ Accepte facilement d'être touché, apprécie la musique
- ❖ Activités de la vie quotidienne : indépendant pour manger, boire, toilettes, marcher, monter les escaliers; nécessite la supervision pour se laver, s'habiller, faire son lit, prendre son traitement et téléphoner
- ❖ Au lieu de vie, rendez-vous hebdomadaires avec un socio-éducateur et un infirmier spécialisé

- ❖ Lors des épisodes de décompensation, désorganisation idéo-comportementale importante, agitation psychomotrice, troubles mixtes du sommeil, actes auto-agressifs, hétéro-agressifs
- 

- ❖ Episodes de désorganisation comportementale avec
  - vocalisations intenses
  - frappements répétés sur les portes
  - stéréotypies verbales
  - déambulations de manière incessante dans l'unité
  - recherche de façon marquée le contact avec les soignants
  - présente une opposition face à la sédation, rendant l'apaisement difficile

# Approches thérapeutiques

---

## Psychopharmacothérapie

- thymorégulateur (lithium), neuroleptique 2<sup>ème</sup> génération (olanzapine), hypnotique (zopiclone), correcteur (bipéridène) avec des nombreuses réserves en faibles doses: midazolam, olanzapine, clotiapine

## Approche comportementale, adaptation de l'environnement

- Hypostimulation sensorielle, activités calmes structurées (dessin), balades accompagnées en silence, temps de relaxation en espace Snoezelen, présence contenante des soignants (posture calme, voix posée, posture non intrusive, disponibilité)
- Cadre structuré et prévisible, anticipation des déclencheurs, redirection comportementale avec renforcement positif, cohérence des réponses soignants, limitation des stimulations

# Accompagnement

---

- ❖ Privilégier les interventions des soignants (infirmier.e.s, aide-soignant.e.s, ergothérapeute, psychomotricienne, physiothérapeute)
- ❖ Réassurance verbale
- ❖ Présence avec écoute active
- ❖ Implication croissante dans les activités de la vie quotidienne
- ❖ Travail sur l'indépendance

# Pourquoi favoriser les stratégies environnementales et relationnelles?

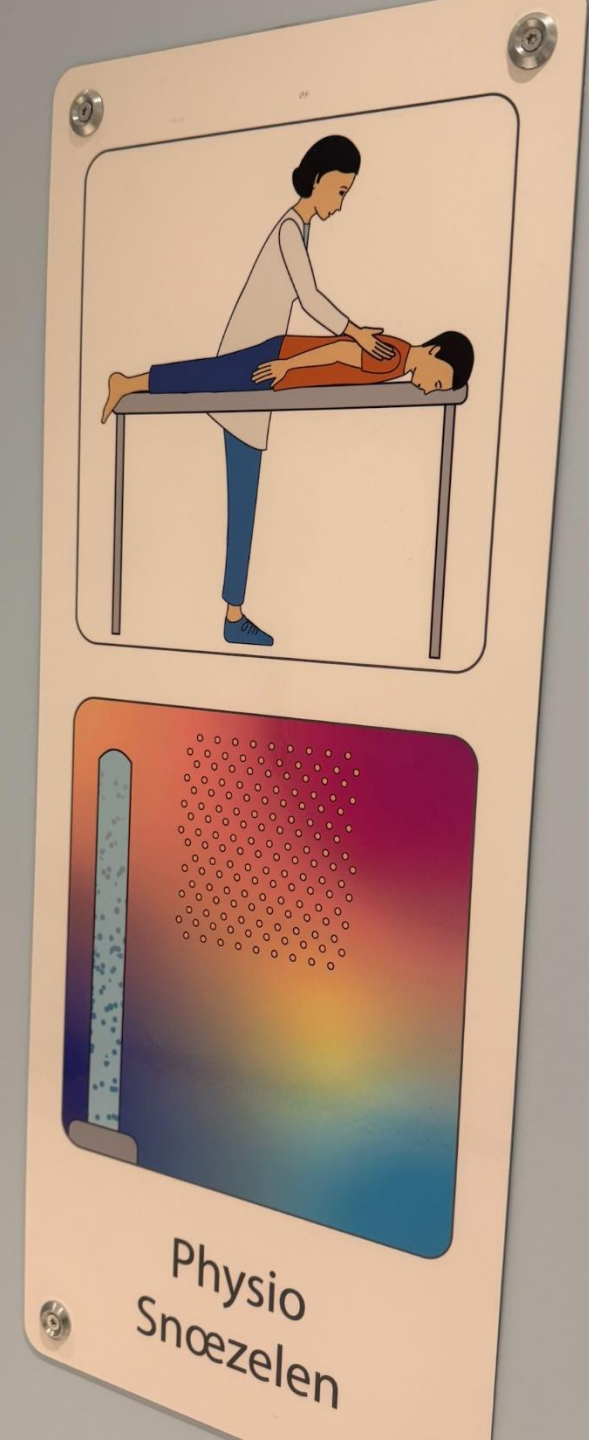
---

---

- ❖ Capacités de régulation interne↓ : le patient avec trouble du développement intellectuel dispose de peu de stratégies cognitives pour moduler l'excitation maniaque → la régulation doit être externalisée (cadre, environnement, relation).
- ❖ Efficacité limitée et effets indésirables des psychotropes : doses souvent élevées, réponse imprévisible, risque de sur-sédation ou de paradoxalement.
- ❖ Le comportement comme langage : les manifestations comportementales traduisent l'excitation et l'angoisse plus qu'une opposition volontaire → la réponse relationnelle est déterminante.
- ❖ Traitement de l'information ralenti et fragmenté → surcharge rapide face aux stimulations
- ❖ Intolérance à l'imprévisibilité et au changement → l'instabilité environnementale majore les comportements-problèmes
- ❖ Difficultés de généralisation → nécessité de réponses soignantes simples et cohérentes
- ❖ Risque d'escalade iatrogène (contention / sédation) → le non médicamenteux permet de rompre le cercle coercitif

# D'autant plus...

- ❖ Hypersensibilité aux stimulations : désorganisation↑ par le bruit, l'agitation et l'imprévisibilité → l'hypostimulation est thérapeutique.
- ❖ Importance des figures de référence → la présence soignante a un effet contenant direct
- ❖ Apprentissages par conditionnement plus que par insight → importance du renforcement et de la répétition chez une personne avec TDI



Pratique quotidienne : rechercher le meilleur équilibre entre réponse pharmacologique et effets secondaires et accompagnement avec régulation continue de la distance relationnelle

# Pressions du terrain et escalade psychopharmacologique

---

- ❖ *Pression de l'urgence et de la gestion du risque*
- ❖ *Confusion entre symptômes psychiatriques et manifestations neuro-atypiques*
- ❖ *Manque de temps et de ressources pour les interventions non pharmacologiques*
- ❖ *Attentes et culture du “faire quelque chose”*
- ❖ *Difficulté à tolérer l'incertitude clinique*

# Adapter l'environnement plutôt que la dose...

---

- *Adaptations environnementales et sensorielles*
- *Prévisibilité, routines et structure*
- *Alliance thérapeutique et validation*
- *Interventions psychoéducatives ciblées*
- *Travail interdisciplinaire et continuité des soins*

# Réflexions concernant la polypharmacie

**Pourquoi la polypharmacie? Parce que la situation est complexe:**

- ❖ La clinique et le traitement
- ❖ Les modifications du traitement
- ❖ La « patience » de tout le monde/changements de traitement
- ❖ Le résultat décevant et les complications
- ❖ Les implications affectives des proches/équipes face aux complications

**Questions à se poser**

- ❖ Quel traitement? Indication, contexte ?
- ❖ Durée de chaque traitement (ttt)?
- ❖ Effet de chaque ttt?
- ❖ Associations?
- ❖ Interactions?
- ❖ Forme d'administration ?
- ❖ Pharmacocinétique/-dynamique de chaque ttt?
- ❖ Affections intercurrentes?
- ❖ Effets indésirables?

# Points importants pour la pratique

---

- Le comportement est un mode de communication
- Le cadre structuré et prévisible est thérapeutique
- La cohérence des réponses de l'équipe soignante intégrée est centrale
- Les interventions non pharmacologiques peuvent s'avérer parfois plus durables que la sédation

**“Medication does not teach skills.”**

*Stephen M. Stahl, Prescriber's Guide*

# Psychopharmacologie: Recommendations

- Lors de traitements de comorbidités, tenir compte des recommandations concernant le trouble spécifique
- Les personnes concernées ont le droit de participer aux discussions et de prendre des décisions éclairées concernant leurs soins

Selon: S2k Praxisleitlinie Intelligenzminderung AWMF-Register Nr. 028-042; NICE guideline NG11: Challenging behaviour and learning disabilities: prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges; NICE guideline NG54: Mental health problems in people with learning disabilities: prevention, assessment and management

# Recommandations pour la médication de la personne avec TDI

- Utiliser ou optimiser des traitements médicamenteux pour des troubles mentaux ou somatiques identifiés comme contributifs aux CP (causaux, maintien)
- Considérer une médication antipsychotique seulement si
  - des interventions psychologiques ou autres ne produisent pas d'effet dans un temps défini;
  - ou le traitement d'un trouble coexistant n'a pas diminué le CP;
  - ou le risque pour la personne concernée ou d'autres est très sévère (p.ex. violence, agressions, auto-agressions).
- Lors du choix d'un antipsychotique, prendre en considération la préférence de la personne ou des proches ou du représentant légal, les effets secondaires, la réponse à une médication antérieure et des interactions

# Recommandations pour la médication de la personne avec TDI: NG11

Une prescription d'antipsychotique devrait être prescrite au début et suivie par un spécialiste (psychiatre, neuropédiatre) qui devrait:

- identifier le comportement ciblé
- décider de la variable pour monitorer l'efficacité, (p.ex. observation directe, ABC (aberrant behaviour checklist), ABS (adaptive behaviour scale)), y compris la fréquence et sévérité du comportement et l'impact sur le fonctionnement de la personne
- commencer avec une faible dose et utiliser la dose minimale
- prescrire un seul médicament
- documenter les effets secondaires

# Recommandations pour la médication de la personne avec TDI: NG11

- évaluer l'efficacité et des effets secondaires après 3-4 semaines
- arrêter la médication si pas de réponse à 6 semaines, réévaluer le CP et reconsidérer des interventions psychologiques ou environnementaux
- prescrire médication de réserve pour le temps le plus court et assurer que l'utilisation est documentée et réévaluée
- réévaluer la médication s'il y a des changements dans l'environnement de la personne (p.ex. dans l'équipe, lors de transferts), ou dans leur santé somatique et mentale

# Recommandations pour la médication de la personne avec TDI: NG11

Lors d'une réponse positive:

- documenter l'amplitude de la réponse, comment le CP a changé et des effets secondaires
- faire une réévaluation multidisciplinaire après 3 mois et ensuite au moins tous les 6 mois, couvrant toutes les médicaments prescrits (y compris les effets thérapeutiques et averses, et les plans pour leur arrêt)
- continuer la prescription seulement des médicaments qui ont été efficaces

Lors de transferts (vers médecin de famille etc.) indiquer clairement

- le cpt ciblé
- documenter les effets thérapeutiques et averses
- prescrire la dose efficace la plus faible
- indiquer la durée du traitement
- indiquer le schéma d'arrêt


# Efficacité antipsychotiques



## OPEN ACCESS

EDITED BY  
Andresa Heemann Betti,  
Feevale University, Brazil

REVIEWED BY  
Liz Girardi Müller,  
Instituto de Biologia e Tecnologia  
Experimental (iBET), Portugal  
Gianmarco Latte,  
Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro -  
Dipartimento di Salute Mentale, Italy

\*CORRESPONDENCE  
Alessandro Pascucci  
 [alessandro.pascucci@unige.ch](mailto:alessandro.pascucci@unige.ch)

RECEIVED 10 April 2025  
ACCEPTED 11 July 2025  
PUBLISHED 28 July 2025

# Antipsychotic medication for behaviors that challenge in individuals with intellectual disabilities: a clinically informed review

Alessandro Pascucci<sup>1,2\*</sup>, Fabienne Gerber<sup>1</sup>,  
Marie Besson<sup>1,3,4</sup> and Markus Kosel<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Psychiatry Department, Geneva University Hospital, Geneva, Switzerland, <sup>2</sup>Psychiatry Department, Faculty of Medicine, University of Geneva, Geneva, Switzerland, <sup>3</sup>Division of clinical pharmacology and toxicology, Geneva University Hospital, Geneva, Switzerland, <sup>4</sup>Department of Anesthesiology, pharmacology, Intensive care and Emergency Medicine, University of Geneva, Geneva, Switzerland

# Efficacité antipsychotiques

- Articles identifiés entre 1990 et 2024: études randomisées contrôlées, prospectives, transversales
- 9 études identifiées, avec 12-86 participantes
- Toutes les molécules (rispéridone, olanzapine, quétiapine, halopéridol, aripiprazol, zuclopenthixol, ) sont associées à des effets secondaires: sédation, prise de poids, constipation, hyperprolactinémie, syndrome métabolique, akathisie, nausée, diarrhée
- 8 études indiquent une efficacité pour traiter l'agressivité, 5 pour l'irritabilité, 3 pour les troubles autodomageables (olanzapine, aripiprazole, rispéridone)



**Cochrane**  
**Library**

**Cochrane** Database of Systematic Reviews

# Pharmacological intervention for irritability, aggression, and self-injury in autism spectrum disorder (ASD) (Review)

Iffland M, Livingstone N, Jorgensen M, Hazell P, Gillies D

*Cochrane Database of Systematic Reviews* 2023, Issue 10. Art. No.: CD011769  
DOI: [10.1002/14651858.CD011769.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011769.pub2).

# Revue systématique Cochrane

- 131 études, 7014 sujets, majorité enfants < 13 ans. 23 études seulement adultes
- Toutes les études avec comparateur (placébo majorité)
- Résultats principaux:
  - Jusqu'à 6 mois, des antipsychotiques atypiques vs placebo réduisent probablement l'irritabilité (différence moyenne standardisée (DMS)-0.90, intervalle de confiance (IC) -1.25-0.55, 12 études avec 973 participants, évidence modéré): effet important.
  - AP atypiques vs placebo pourraient réduire des auto-agressions (1 étude, 30 participants, évidence faible): effet important.

# Revue systématique Cochrane suite

- AP atypiques effets secondaires: indications pour ↑ vertige, fatigue, sédation, somnolence, tremor, appétit.
- Neurohormones vs placebo: effet minimal ou peu clair sur l'irritabilité, pas de résultats pour auto-agressions (8 études, 466 participants).
- Médication anti-TDAH vs placebo: faible effet pour réduire l'irritabilité, avec faible évidence (10 études, 400 participants); pas d'évidence pour effet sur auto-agressions (1 étude, 16 participants).
- Antidépresseurs vs placebo: à court terme, pas d'évidence claire d'effet sur l'irritabilité (3 études, 267 participants). Pas de résultats sur les auto-agressions.
- Pas d'effet pour ocytocine, mémantine, N-acétylcystéine (NAC), dextrométorphan-quinidine, naltrexone

# Recommandations pratiques 1

- Revoir la médication au moins 1-2x/année, y compris médication de réserve
- ECG 1x/année, prise de sang et analyses selon indication
- Contrôler l'indication et le dosage pour chaque médicament
- Effets secondaires? Prise de poids? Diabète?...
- Contrôler l'indication si > 1
  - Benzodiazépine/somnifère
  - Antipsychotique
  - Antidépresseur
  - Stabilisateur de l'humeur/ antiépileptique
  - Antihistaminique
  - Antalgique

# Recommandations pratiques 2

- Contrôler l'indication si > 3 psychotropes. Attention: Danger si médication de base + 2x médication de réserve en 12 heures?
  - Dosage adéquat? Monitoring plasmatique indiqué?
  - Interactions problématiques?
- > Si indication pas donné: arrêt de la prescription! Si nécessaire: négociation avec les équipes de terrain

## Messages:

- La bonne santé mentale inclut des facteurs personnels et environnementaux.
- La personne avec TDI et/ou TSA peut avoir une présentation clinique inhabituelle ou une communication altérée, ou limitée.
- Les soins et l'accompagnement de la personne avec TDI/TSA est un travail d'équipe. La prescription pharmacologique en fait partie.
- Des comorbidités mentales et somatiques peuvent souvent être traitées efficacement (TDAH, épilepsies, douleurs, tr de l'humeur, tr anxieux, psychoses, tr gastrointestinaux, infections, syndromes périmenstruels, problèmes bucco-dentaires, fractures ...)
- Avant la prescription d'une médication non-spécifique (par antipsychotique, sédatif etc.) et sauf situation posant un danger immédiat une évaluation globale somatique, psychiatrique, environnementale doit être conduite et des approches psychothérapeutiques, comportementaux, etc. doivent être mis en place.
- La prescription médicamenteuse doit suivre une approche rigoureuse, avec suivis et réévaluation afin d'éviter la surmédication et des effets secondaires.

# Littérature

## **TSA:**

- Lord et al.: The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism (2022). The Lancet, Volume 399, Issue 10321 P271-334
- NICE: Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management (2012, updated 2021). Clinical guideline [CG142]
- Iffland et al.: Pharmacological intervention for irritability, aggression, and self-injury in autism spectrum disorder (ASD) (2023). Cochrane Database of Systematic Reviews, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011769.pub2>

## **TDI:**

- Haute autorité de santé (HAS, France): L'accompagnement de la personne présentant un trouble du Développement intellectuel (volet 1 et 2) : Caractéristique du TDI et des troubles associés : quelques conseils pratiques d'accompagnement (2022 et 2025). <https://www.has-sante.fr/>
- NICE: Mental health problems in people with learning disabilities: prevention, assessment and management [NG54]

## **Comportements problématiques:**

- NICE: Learning disability: behaviour that challenges (2015, update 2019). Quality standard [QS101]
- NICE: Challenging behaviour and learning disabilities: prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges (2015). NICE guideline [NG11]

## **Traitement médicamenteux:**

- Deb et al.: Psychopharmacology (chapter 11) and Bertelli et al.: Autism (chapter 16) in Bertelli et al. (eds.): Textbook of Psychiatry for Intellectual Disability and Autism Spectrum Disorder (2022). Springer Nature Switzerland AG, [https://doi.org/10.1007/978-3-319-95720-3\\_11](https://doi.org/10.1007/978-3-319-95720-3_11)