

# Gestion médicamenteuse des troubles du comportement de la personne en situation de handicap mental

Drs PAUL-ALEXANDRE AUBIN<sup>a,\*</sup>, LLOYD ORPHÉE RIGUMYE<sup>b,\*</sup>, MARKUS KOSEL<sup>b</sup>, MARIE BESSON<sup>c</sup> et THIERRY FAVROD-COUNE<sup>d</sup>

Rev Med Suisse 2020; 16: 1786-9

**Les troubles du comportement chez la personne en situation de handicap mental sont fréquents, mais leur prise en charge est peu enseignée aux médecins de premier recours. Cet article a pour objectif d'aider à la prescription d'un traitement médicamenteux. Nous discutons des éléments clés des deux classes de médicaments les plus utilisés, en tenant compte des comorbidités du patient, des contre-indications et des principaux effets secondaires.**

## Drug management of behavioral disorders in people with developmental and intellectual disability

*Behavioral disorders in people with developmental and intellectual disability are frequent but their management is rarely taught. This article is to help primary physicians prescribe drug treatment. We will also discuss the key elements of two of the most commonly used classes of drugs, taking into account the patient's co-morbidities, contraindications and the main side effects.*

## INTRODUCTION

La prévalence du handicap mental est de l'ordre de 1% environ dans la population générale adulte.<sup>1</sup> Le handicap mental regroupe principalement les personnes qui souffrent de deux troubles neurodéveloppementaux: les troubles du spectre de l'autisme (TSA) et ceux du développement intellectuel/handicap intellectuel, selon le DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux). Il peut être associé à d'autres handicaps: physique, psychique ou sensoriel. Le terme «polyhandicap» est alors utilisé.

Les TSA augmentent avec la sévérité du handicap intellectuel et touchent jusqu'à 40% des adultes concernés.<sup>2</sup> La déficience intellectuelle est fréquente chez les personnes autistes (environ 50% des cas).<sup>3</sup> Seules 5 à 10% des personnes autistes adultes sont indépendantes.<sup>4</sup> Il n'y a pas de traitement médica-

menteux du TSA ou du trouble du développement intellectuel, par contre il en existe un pour les troubles du comportement associés.

Ceux-ci peuvent être d'origine psychiatrique ou somatique, liés à des perturbations physiologiques, des substances psychoactives, des facteurs physiques ou des troubles du développement. La prévalence des troubles du comportement dans la population atteinte de handicap mental est de l'ordre de 20 à 50%,<sup>5</sup> alors qu'elle est de 10 à 15% dans la population générale.<sup>6</sup>

Ces troubles participent au handicap et peuvent avoir un impact négatif ou s'avérer dangereux. Cet article détaille la prise en charge de patients adultes uniquement. Nous expliquons quels en sont les enjeux, pourquoi l'intervention d'équipes spécialisées est souvent nécessaire<sup>7</sup> et comment parfois apporter une aide médicamenteuse.

## CAS CLINIQUE

Homme de 30 ans, connu pour un trouble du spectre autistique, qui suit une formation d'entretien d'espaces verts et réside dans un foyer handicap dont vous êtes le médecin référent. Il présente des crises de colère depuis plusieurs jours et jette des objets mettant à risque son entourage. Vous êtes appelé pour gérer ce trouble du comportement. Vous ne retrouvez pas d'argument anamnestique ni clinique pour une cause somatique.

Il est d'abord effectué une approche comportementale en équipe multidisciplinaire. Au vu d'une péjoration des crises avec risques hétéroagressifs, l'introduction d'un traitement antipsychotique est ensuite discutée.

## ENJEUX

### Comportements défis

Les troubles du comportement sont fréquents dans la population avec un handicap mental mais leur prise en charge est peu enseignée aux médecins généralistes. Le handicap mental est l'un des domaines de la santé mentale le moins abordé dans la formation et la recherche.<sup>2</sup>

Les troubles du comportement sévères dans cette population (agressivité, comportement clastique impliquant crise de violence avec bris d'objet et automutilation) sont présents

<sup>a</sup> Service de médecine de premier recours, Département de médecine de premier recours, HUG, 1211 Genève 14, <sup>b</sup> Département de psychiatrie, Belle-Idée Les Alpes, 1226 Thônex, <sup>c</sup> Unité de psychopharmacologie clinique, Département de médecine aiguë, Belle-Idée, 1226 Thônex  
paul-alexandre.aubin@hcuge.ch | lloydorphee.rigumye@hcuge.ch  
markus.kosel@hcuge.ch | marie.besson@hcuge.ch  
thierry.favrod-coune@hcuge.ch

\*Ces deux auteurs ont contribué de manière équivalente à la rédaction de cet article.

dans 10 à 15% des cas. Ils interfèrent avec le développement personnel, social, ainsi que la qualité de vie.<sup>5</sup>

Ces troubles représentent un enjeu pour les patients et leurs soignants. Le terme *challenging behavior* ou «comportements défis» est utilisé en psychiatrie. Ces derniers sont définis par le Royal College of Psychiatrists comme des comportements dont l'intensité, la fréquence ou la durée menacent la qualité de vie et/ou la sécurité physique de l'individu ou des autres, et sont susceptibles de conduire à des réponses restrictives, aversives ou entraînant l'exclusion.<sup>8</sup> Ce terme montre que les troubles du comportement ne sont pas un diagnostic en soi, mais dépendent de l'interaction du patient avec son environnement. Par exemple un trouble du sommeil sera vu comme un défi par les soignants si le patient déambule et est à risque de chute, mais pas s'il reste éveillé allongé dans son lit.<sup>8</sup>

Les troubles du comportement sont la cause principale de perte ou de refus d'un placement résidentiel. Ils peuvent être un problème pour l'intégration sociale. Ils se répercutent sur les proches et les soignants: détresse émotionnelle pour les familles, épuisement des professionnels et augmentation des besoins de services spécialisés. Ces comportements sont souvent la cause citée dans les cas de blessures, d'accidents de travail et de démission des intervenants.<sup>7</sup>

### Exclure une cause somatique

L'enjeu majeur pour le médecin traitant est de préciser l'étiologie du trouble du comportement avec notamment la recherche systématique d'une cause somatique sous-jacente.

**TABLEAU 1**

**Principales difficultés de la gestion médicamenteuse**

\*La palatabilité est la caractéristique de la texture des aliments agréables au palais; elle intervient dans le plaisir alimentaire, pour un médicament, elle caractérise le goût et la taille des comprimés.

Difficultés liées		Suggestions
Au patient	Refus de traitement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprendre les représentations du patient</li> <li>• Discuter en équipe de stratégies pour améliorer l'adhérence thérapeutique</li> <li>• Enseignement:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- prise active du médicament</li> <li>- explication du but du traitement</li> </ul> </li> </ul>
	Oubli de doses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pílulier</li> <li>• Prise de traitement sous observation directe</li> </ul>
	Palatabilité*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Écraser les médicaments et les mélanger avec les repas si la galénique le permet, avec l'accord du patient/représentant légal</li> </ul>
Aux soignants	Non-familiarité, crainte d'agressivité, manque de patience	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation et entraînement</li> </ul>
	Problème d'organisation (p.ex. horaire de distribution)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adapter au rythme du patient</li> </ul>
À l'entourage	Crainte de surmédication, oubli	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Éducation thérapeutique</li> </ul>

Un autre article de ce numéro de la *Revue Médicale Suisse*, intitulé «Top 5 des problèmes somatiques chez les personnes en situation de handicap mental avec troubles du comportement», mentionne les affections les plus fréquentes: les pathologies dentaires, oto-rhino-laryngologiques (ORL), digestives, urogénitales et orthopédiques. Ces causes somatiques sont sous-diagnostiquées (42 à 84%) et par conséquent souvent non traitées; cela découle du fait que les troubles du comportement peuvent en être la seule manifestation clinique et qu'ils sont souvent hâtivement mis sur le compte du handicap mental.<sup>6</sup>

Il y a peu d'études sur le mécanisme qui met en lien les troubles du comportement et les problèmes somatiques. Dans une revue systématique parue en 2011, dans le *Journal of Intellectual Disability Research*, plusieurs causes somatiques ont été directement associées avec des troubles du comportement: l'incontinence urinaire corrélée aux comportements agressifs, les troubles visuels avec des comportements auto-dommageables.<sup>6</sup> D'autres causes pourront être recherchées telles qu'une démence précoce, une épilepsie, des troubles du sommeil<sup>8</sup> ou encore une origine médicamenteuse ou toxique.

La difficulté de communication peut entraver l'évaluation des troubles du comportement. Tout changement du comportement habituel devrait inciter à rechercher une constipation, une blessure non signalée, une infection (souvent urinaire) ou des symptômes liés aux menstruations.<sup>9</sup>

### Rechercher une origine psychiatrique

Il faut évaluer la présence de pathologies psychiatriques qui seront plus complexes à diagnostiquer et à traiter selon la gravité du handicap mental.<sup>9</sup>

Les personnes avec un TSA et un handicap intellectuel sont davantage à risque de présenter certaines comorbidités psychiatriques comme les troubles anxieux et le trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité (TDAH). La prévalence des TDAH est de 15% et celle des troubles anxieux varie entre 2 et 17% chez l'adulte porteur d'un handicap intellectuel. Celle des troubles de l'humeur et de troubles du spectre psycho-tychique est comparable à celle de la population générale.<sup>2,4</sup>

Le psychiatre joue donc un rôle complémentaire essentiel dans la prise en charge multidisciplinaire des patients atteints de handicap mental.

### Difficulté de la gestion médicamenteuse

Les troubles du comportement, de même que la complexité de l'évaluation clinique, augmentent avec la sévérité du handicap mental. Le médecin traitant devra en premier lieu évaluer la nécessité de prescrire des médicaments, sachant que les effets indésirables sont fréquents. La présentation clinique est très hétérogène et la difficulté de communication peut nuire à la compréhension clinique. Il est recommandé au clinicien de prendre du temps supplémentaire pour une communication adaptée au patient et de tenir compte des informations données par l'entourage du patient et les éducateurs qui le connaissent, savent comment interagir avec lui, et qui ont sa confiance. Le médecin peut également se référer au manuel DM-ID2 (Diagnostic Manual – Intellectual Disability 2).<sup>2</sup>

La prévalence de la polymédication (5 médicaments ou plus) chez les personnes avec handicap mental est de 30,4 à 45,5% et augmente avec l'âge.<sup>10</sup> La gestion des médicaments est le plus souvent faite par les proches ou les soignants du fait de la complexité du traitement, ou de la compréhension insuffisante du traitement par les patients.

Les principales difficultés de la gestion médicamenteuse sont présentées dans le **tableau 1**.<sup>10</sup>

## PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT

### Gestion médicamenteuse

Les médicaments psychotropes sont principalement utilisés pour le traitement des troubles du comportement. Ils sont utilisés chez 30 à 40% des personnes avec un handicap mental et un trouble du comportement.<sup>5</sup> Cette utilisation peut durer plusieurs années, voire des décennies, malgré la preuve d'une faible efficacité chez ces patients.

Il est nécessaire d'introduire en premier lieu une approche non pharmacologique (**tableau 2**) avant d'évaluer l'indication à une prise en charge médicamenteuse (**tableau 3**). Il faut commencer le traitement à la dose minimale efficace et avoir une stratégie sur la durée du traitement et le schéma de sevrage.<sup>11</sup> En effet, une revue systématique de la littérature a démontré qu'il était possible d'effectuer un sevrage, notamment des antipsychotiques, sans aggravation majeure du tableau clinique.<sup>12</sup> L'échec du sevrage (partiel ou total) peut être dû à une récurrence des troubles du comportement, à la peur de l'équipe médico-soignante d'arrêter le traitement et à la pression des familles et des proches aidants pour maintenir le traitement.<sup>5</sup>

	<b>TABLEAU 2</b>	<b>Recommandations sur l'approche non pharmacologique<sup>8</sup></b>	
--	------------------	---	--

Intervention personnalisée sur le trouble du comportement:

- Identifier le trouble du comportement et du comportement cible (désiré)
- Identifier les facteurs aggravants environnementaux
- Discuter les réactions des proches aidants et de l'équipe médico-soignante
- Établir un calendrier pour atteindre les objectifs de l'intervention (comportement cible)

Intervention psychologique basée sur les principes cognitivo-comportementaux

Ne pas offrir d'intervention sensorielle (utilisation des stimuli qui font appel aux cinq sens pour apaiser le patient, par exemple les séances de Snoezelen), sans avoir établi le profil sensoriel du patient

Maintenir un plan structuré d'activités. Surveiller les effets de l'intervention sur le comportement défi et ajuster le plan en discutant avec les proches aidants et l'équipe médico-soignante

	<b>TABLEAU 3</b>	<b>Indication de la prise en charge médicamenteuse<sup>14</sup></b>	
--	------------------	---	--

- Échec de la prise en charge non médicamenteuse ou pour calmer la situation avant d'introduire une prise en charge non médicamenteuse
- Risque important d'auto- ou hétéroagressivité
- Fréquence et sévérité du trouble du comportement
- Traiter un trouble anxieux ou autre trouble psychiatrique
- Risque de la perte du lieu de vie du patient
- Antécédent d'efficacité du traitement
- Selon le choix du patient ou de son proche aidant

Ces médicaments présentent des effets secondaires importants. Une étude a montré que 61% des patients sous deux médicaments psychotropes présentaient jusqu'à trois effets indésirables. De plus, la complexité de la communication avec cette population retarde leur identification. Ces effets indésirables peuvent en effet être confondus avec des symptômes d'une pathologie primaire.<sup>5</sup>

Les psychotropes comprennent les antipsychotiques, les benzodiazépines, les antidépresseurs et les antiépileptiques. Les antidépresseurs sont souvent mal tolérés et ne semblent pas efficaces dans la gestion des troubles du comportement associés au handicap mental, sauf en cas d'état dépressif associé.<sup>11</sup>

Nous avons choisi de nous focaliser ci-dessous sur les antipsychotiques et les benzodiazépines.

### Antipsychotiques

La classe des antipsychotiques est la plus prescrite chez les personnes avec handicap mental. Il y a des évidences dans la littérature d'une efficacité de la rispéridone et de l'aripiprazole chez les enfants, pour réduire les problèmes de comportements, mais on relève un manque d'étude chez les adultes.<sup>11</sup>

La rispéridone a des effets secondaires importants (**tableau 4**). Ainsi, il est recommandé d'effectuer régulièrement un bilan, comprenant une mesure de l'indice de masse corporelle et du profil tensionnel, un ECG, un bilan biologique (hémoglobine glyquée (HbA1c) et glycémie à jeun, bilan lipidique, prolactinémie) et une recherche de troubles neurologiques.<sup>13</sup>

Il faudrait évaluer son efficacité toutes les 3 à 4 semaines et revoir son indication en cas de non-efficacité après 6 semaines de traitement.<sup>8</sup>

### Benzodiazépines

Les benzodiazépines sont fréquemment prescrites pour les troubles du comportement, malgré le fait qu'elles puissent

	<b>TABLEAU 4</b>	<b>Caractéristiques de la rispéridone<sup>13,15</sup></b>	
--	------------------	---	--

\*La forme dépôt est à réserver à un traitement médicamenteux de fond et ne doit pas être utilisée en urgence.

Rispéridone	
Nom commercial	Risperdal, Risperidone
Demi-vie	Orale: 3 heures
Concentration max	1-2 heures
Voie d'administration	Orale, intramusculaire sous forme dépôt*
Dose minimale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orale: 0,5 mg/j</li> <li>• Intramusculaire: 25 mg toutes les 2 semaines</li> </ul>
Effets secondaires fréquents	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troubles extrapyramidaux: akathisie, dyskinésie, dystonie</li> <li>• Prise de poids, dyslipidémie, diabète</li> <li>• Hyperprolactinémie</li> <li>• Hypotension orthostatique, prolongation de l'intervalle QT</li> </ul>
Contre-indications	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Démence avec symptômes parkinsoniens</li> <li>• Démence à corps de Lewy</li> </ul>

**TABLEAU 5**

**Caractéristiques  
des benzodiazépines<sup>15</sup>**

	Lorazépam	Clonazépam
Nom commercial	Temesta	Rivotril
Demi-vie	12-16 heures	30-40 heures
Concentration max	2-3 heures	1-4 heures
Voie d'administration	Orale, intraveineuse	Orale, intramusculaire, intraveineuse
Dose minimale	1 mg	0,5 mg
Effets secondaires fréquents	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sédation, somnolence, fatigue</li> <li>• Faiblesse musculaire</li> <li>• Ataxie, dysarthrie, amnésie antérograde</li> <li>• Irritabilité, dépression</li> <li>• Dépendance physique avec sevrage si arrêt brusque</li> </ul>	
Contre-indications	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Myasthénie grave</li> <li>• Insuffisance respiratoire sévère</li> <li>• Intoxication à l'alcool, prise de sédatifs</li> <li>• Insuffisance hépatique sévère</li> </ul>	

aussi les péjorer.<sup>11</sup> Les plus utilisées dans le traitement de l'agitation sont le lorazépam et le clonazépam dont les différentes caractéristiques sont détaillées dans le **tableau 5**. Elles ont une action hypnotique, anxiolytique, anticonvulsive et myorelaxante. Il existe différentes molécules avec des demi-vies variables. Il faut choisir la molécule la plus adaptée en fonction du mode d'administration disponible, sa demi-vie et les comorbidités du patient.

Une alternative de traitement hypnotique serait la mélatonine, qui a montré son efficacité pour les troubles du comportement associés à des troubles du sommeil.<sup>11</sup>

**CONCLUSION**

Les troubles du comportement sont fréquents dans la population en situation de handicap mental et leur prise en charge est un enjeu très important. En premier lieu, l'exclusion d'une cause somatique ou psychiatrique sous-jacente est nécessaire, associée à la mise en place de mesures non médicamenteuses. Si un traitement médicamenteux est inévitable, sa gestion comporte plusieurs défis liés au patient, aux proches

aidants et aux soignants, avec qui il s'agira d'assurer une communication fluide et continue.

Les médicaments les plus utilisés sont les antipsychotiques et les benzodiazépines, malgré une faible évidence de leur efficacité. Ils présentent de nombreux effets indésirables et ne devraient donc être utilisés qu'après avoir évalué soigneusement la balance des risques/bénéfices. Leur indication devra être régulièrement réévaluée.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements: Les auteurs remercient la Pre Dagmar Haller et la Dre Anne-Chantal Héritier Barras pour leur supervision de la rédaction de cet article.

**STRATÉGIE DE RECHERCHE DANS MEDLINE**

Les mots-clés utilisés pour la recherche étaient «behavior disorders», «behavioral disorders», «people with developmental and intellectual disability», «intellectual deficiency», «developmental disabilities», «intellectual disability», «challenging behavior», «challenging behaviour», «mental illness», «psychiatric disorder», «medication management», «pharmacotherapy», «adverse events».

**IMPLICATIONS PRATIQUES**

- L'évaluation d'un trouble du comportement doit systématiquement inclure la recherche d'une cause somatique ou psychiatrique
- En cas de trouble du comportement, les traitements antipsychotiques et les benzodiazépines sont les plus utilisés en pratique, mais il faut privilégier une alternative non médicamenteuse
- Des stratégies existent pour une gestion médicamenteuse optimale: éducation du patient et des proches, administration du traitement sous observation directe, utilisation des semainiers, facilitation de la prise du traitement en le mélangeant au repas
- Les soignants doivent avoir des compétences particulières pour interpréter les réactions des personnes avec handicap mental et décider de l'adaptation du traitement. La prise en charge est multidisciplinaire et implique de nombreux intervenants qui doivent rester en lien: le patient, les proches, les soignants/éducateurs, le médecin de premier recours et le psychiatre

1 McKenzie K, Milton M, Smith G, Ouellette-Kuntz H. Systematic Review of the Prevalence and Incidence of Intellectual Disabilities: Current Trends and Issues. *Curr Dev Disord Rep* 2016;3:104-15.  
 2 \*Frassati D, Dauvé C, Kosel M. Le handicap intellectuel chez l'adulte: concepts actuels et défis dans l'approche clinique. *Rev Med Suisse* 2017;13:1601-4.  
 3 Lai MC, Lombardo MV, Baron-Cohen S. Autism. *Lancet* 2014;383:896-910.  
 4 \*Chabane N, Manificat S. Diagnostic des troubles du spectre autistique, un enjeu pour un meilleur accompagnement des personnes. *Rev Med Suisse* 2016;12:1566-71.  
 5 Scheffes A, Walraven S, Stolker JJ, et al. Adverse events and the relation with

quality of life in adults with intellectual disability and challenging behaviour using psychotropic drugs. *Res Dev Disabil* 2016;49-50:13-21.  
 6 de Winter CF, Jansen AAC, Evenhuis HM. Physical conditions and challenging behaviour in people with intellectual disability: a systematic review. *J Intellect Disabil Res* 2011;55:675-98.  
 7 Tassé M, Sabourin G, Garcin N, Lecavalier L. Définition d'un trouble grave du comportement chez les personnes ayant une déficience intellectuelle / The definition of serious behavior disorder of people with intellectual disabilities. *Can J Behav Sci* 2010;42:62-9.  
 8 Health (UK) NCC for M. Introduction. National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2015.

9 Davis C, Barnhill J, Saeed S. Treatment Models for Treating Patients with Combined Mental Illness and Developmental Disability. *Psychiatr Q* 2008;79:205-23.  
 10 Erickson SR, Salgado TM, Tan X. Issues in the Medication Management Process in People Who Have Intellectual and Developmental Disabilities: A Qualitative Study of the Caregivers' Perspective. *Intellect Dev Disabil* 2016;54:412-26.  
 11 \*\*Ji NY, Findling RL. Pharmacotherapy for mental health problems in people with intellectual disability. *Curr Opin Psychiatry* 2016;29:103-25.  
 12 Sheehan R, Hassiotis A. Reduction or discontinuation of antipsychotics for challenging behaviour in adults with intellectual disability: a systematic review.

*Lancet Psychiatry* 2017;4:238-56.  
 13 NICE Guidance. Overview | Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management [En ligne]. Disponible sur: [www.nice.org.uk/guidance](http://www.nice.org.uk/guidance)  
 14 Deb S, Kwok H, Bertelli M, et al. International guide to prescribing psychotropic medication for the management of problem behaviours in adults with intellectual disabilities. *World Psychiatry* 2009;8:181-6.  
 15 Compendium suisse des médicaments.

\* à lire  
 \*\* à lire absolutement