



Un dimanche mouvementé !

Dr Cédric BARBE
EHPAD Bondues-Mouvoux





M.T. Gabriel n'est pas un ange !

- M. T. Gabriel, âgé de 90 ans, Gir 2, réside à l'UVA de Bondues depuis sept 2022 et présente des troubles cognitifs mixtes associés à des signes psycho-comportementaux (agressivité, déambulations, hallucinations visuelles) pour lesquels il reçoit un ttt associant rispéridone 0,25 mg x 2/j et oxazépam 10 mg x 3/j,
- Le dimanche 08/10/23, l'IDE vous contacte suite à une agression physique de deux résidents par M.T. Gabriel les ayant frappés violemment à la face au moyen d'un cintre, justifiant leur hospitalisation en urgence ; M.T. Gabriel interpelle l'IDE en ces termes « j'ai besoin d'aide pour exterminer tout le monde »
- Vous contactez le psy d'astreinte à l'EPSM d'Armentières qui ne retient pas d'indication à une hospitalisation au vu du terrain...
- Difficultés d'accès à une place en UCC dans des délais raisonnables...
- Gestion de M.T. Gabriel, des autres résidents, de l'équipe soignante, des familles...





Apport des nouvelles recommandations sur les troubles psycho-comportementaux chez les patients âgés

Approches non médicamenteuses



- Cécile Guillaume -
psychologue
Service de psychogériatrie - CHU Lille



Troubles psycho-comportementaux

personnalité
antérieure

psychotrauma

dynamiques
familiales

atteintes
somatiques



facteurs
sociaux



Troubles neurocognitifs = amplificateur

apathie **anxiété**
dépression / propos suicidaires
agitation / agressivité **idées délirantes**
désinhibition comportementale / hypersexualité
déambulations **cris**
troubles du sommeil

Irritabilité, agressivité des aidants
Tensions dans les équipes / turn-over
Épuisement physique et psychique
Perte de sens / culpabilité

Aspect le plus difficile à prendre en charge

Critère péjoratif
pour le pronostic

Lourdeur des soins



Troubles psycho-comportementaux



- Clés pour comprendre (facteurs de risque, signes prodromaux)
- Outils pour évaluer (échelle EPADE, NPI, échelle d'agitation, inventaire de déclin comportemental léger)
- Aide pour la mise en place d'interventions
- Éléments sur les niveaux de preuves

Interventions non pharmacologiques = traitement de 1^{ère} ligne

Pas d'effets indésirables

Techniques non invasives

Approches individualisées

Approches incluant les aidants et l'environnement

Réponses limitées des approches médicamenteuses



Interventions non pharmacologiques

Traitements de 1ère ligne



efficacité
rapidité d'action
demande des équipes

≠



peu d'effets
chronophage

?

complémentaires !

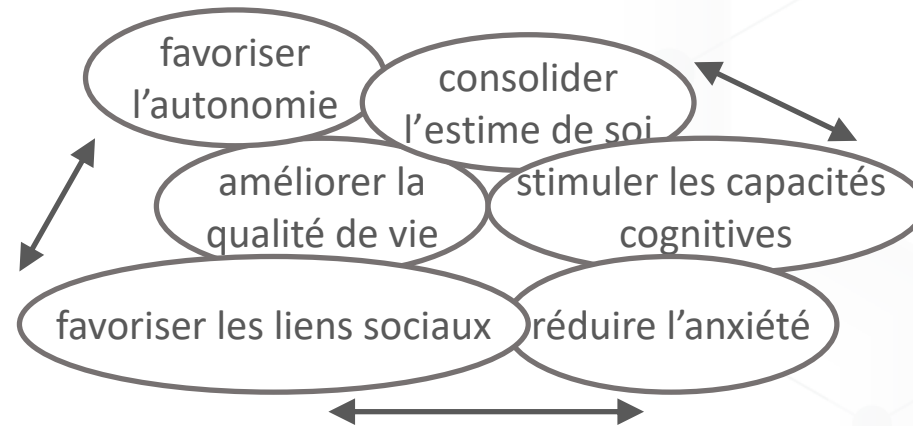


Interventions non pharmacologiques

Traitements de 1ère ligne

Définition

Interventions thérapeutiques ou ludiques, non invasives, encadrées par un·e professionnel·le de santé et ayant pour objectif de :



Musicothérapie, atelier Rémiscences, thérapie assistée par l'animal, activité physique adaptée (APA), interventions occupationnelles, approches multi-domaines, éducation thérapeutique...



Pourquoi ça fonctionne ?

- l'attachement est vital chez l'enfant ... quid chez la personne âgée ?

... du syndrome de l'hospitalisme au syndrome de l'institutionnalisme

- prise en compte des symptômes « bruyants » par les soignants
- rigidification des symptômes pour pallier un vide relationnel
- régression et ↗ dépendance (institution, famille/soignants, médicaments)



- de l'attachement au lien social
- le maintien des interactions sociales favorise le maintien des aptitudes sociales, émotionnelles et cognitives





Interventions non pharmacologiques

Niveau de preuves



Base de données ayant analysé **2400** articles publiés entre 2009 et 2022

musicothérapie

activité physique adaptée (APA)

interventions de sensibilisation de formation et d'éducation
thérapeutique



Interventions basées sur la musique

« Là je me sens vraiment vivante »



Favoriser la convivialité, l'évocation de souvenirs

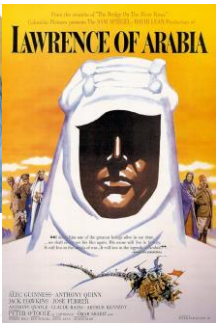
Troubles cognitifs maladies neuroévolutives, troubles vasculaires...

Favoriser l'accès aux ressentis émotionnels et corporels

Troubles de l'humeur dépression sévère, tbi anxieux généralisé, idées délirantes ...

Favoriser l'expression de ses opinions en groupe

Favoriser l'accès à l'imaginaire





Activités physiques adaptées – approches corporelles

Faciliter la détente corporelle

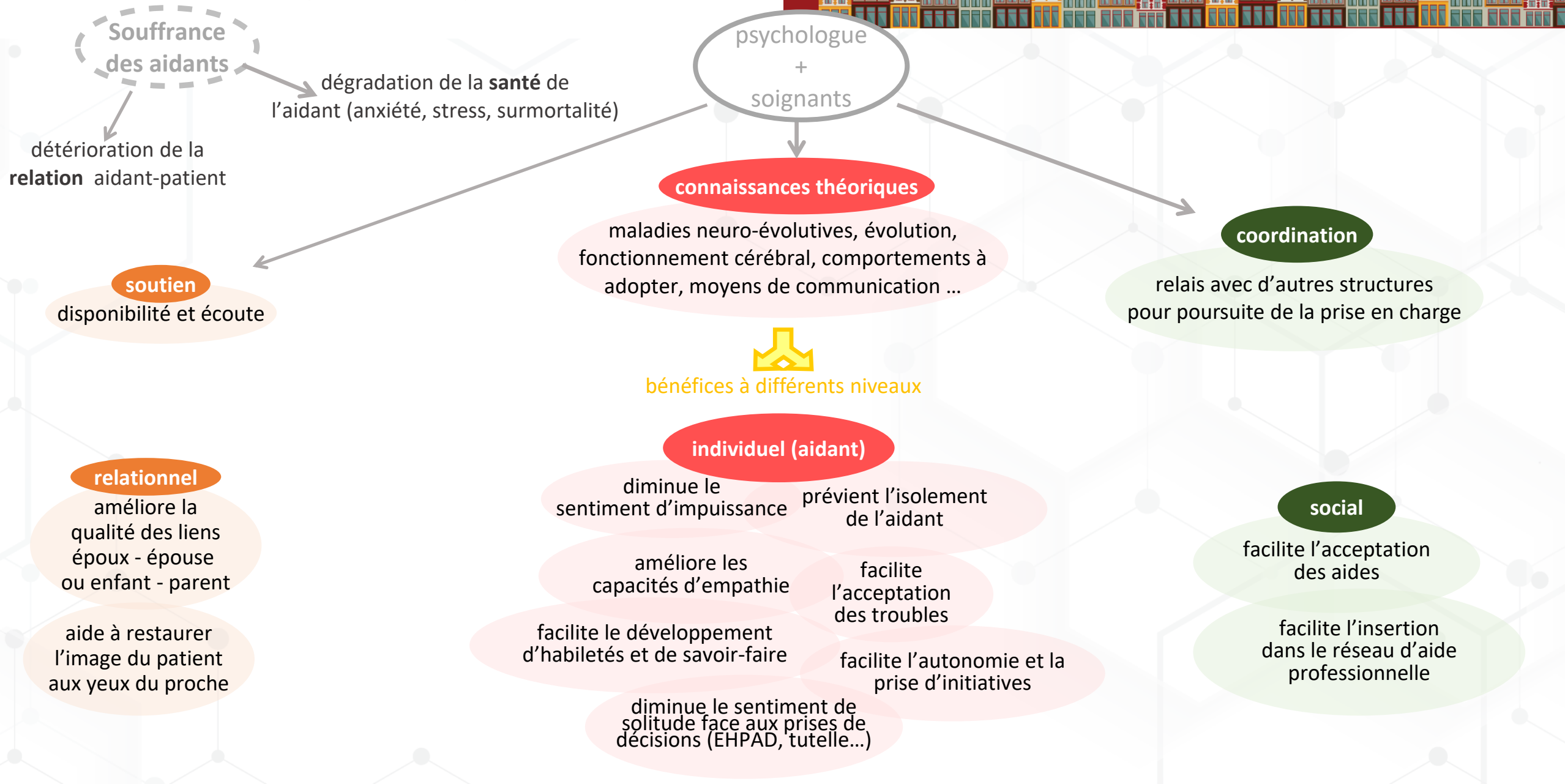
Se reconnecter à son corps

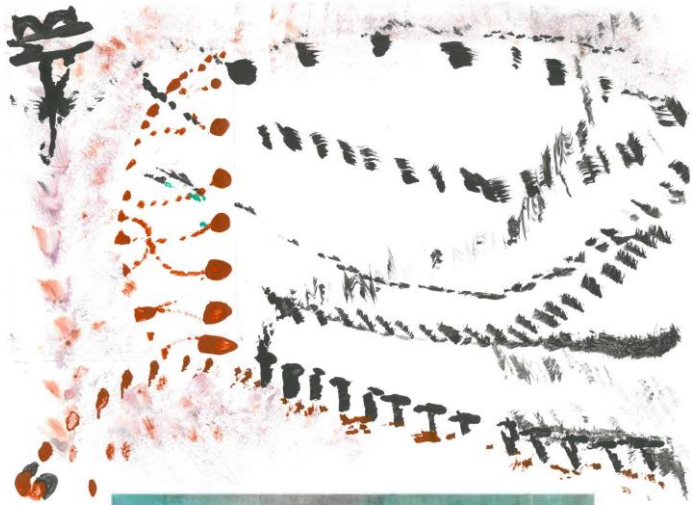


Valoriser l'image de soi

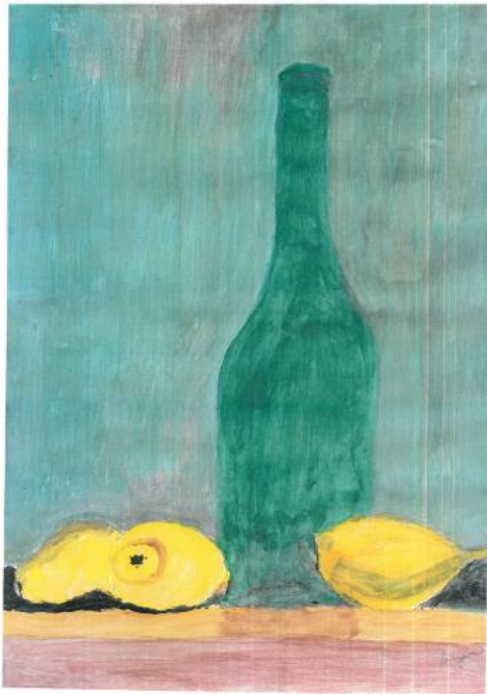
Améliorer la qualité du sommeil

Café des familles





Médiation artistique





Cas de la contention

Cadre légal

La liberté d'aller et venir = droit constitutionnel
Pas de restriction hormis SSC en psychiatrie et détention en prison

Conséquences

Risques psychiques : colère, angoisse, confusion, régression, majoration des SPC
Risques traumatiques : lacérations cutanées, contusions, chutes, strangulation
Risques somatiques : blessures, escarres, incontinence, perte d'appétit
Risques professionnels : anxiété, culpabilité

Alternatives

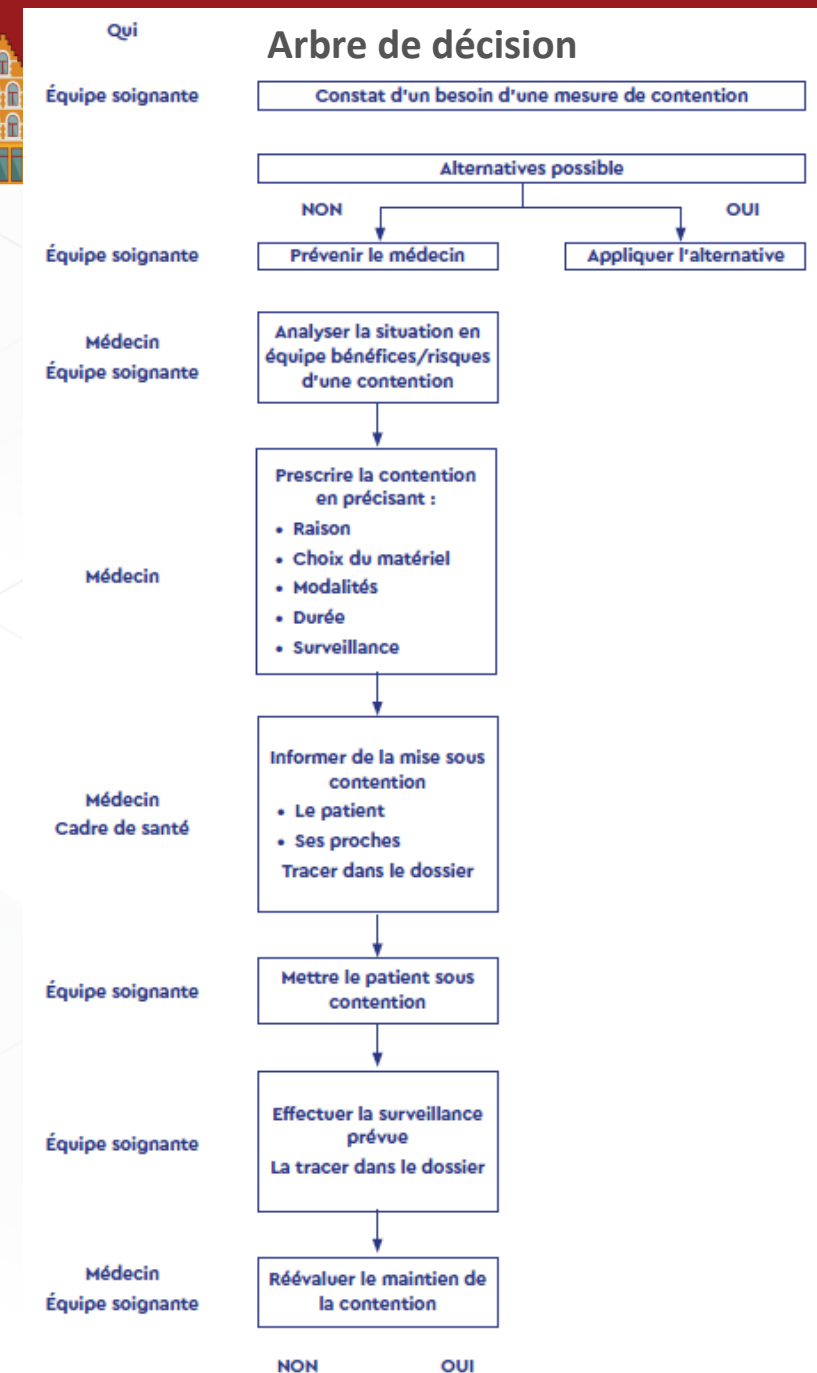
Lits Alzheimer, coussins anti-glisse,
bascule postérieure du fauteuil,
espaces de déambulation sécurisés...

Recours proportionné

Réflexion pluri-professionnelle bénéfices/risques

Associer les proches

Référentiel HAS Bonnes pratiques Contention du sujet âgé





En conclusion

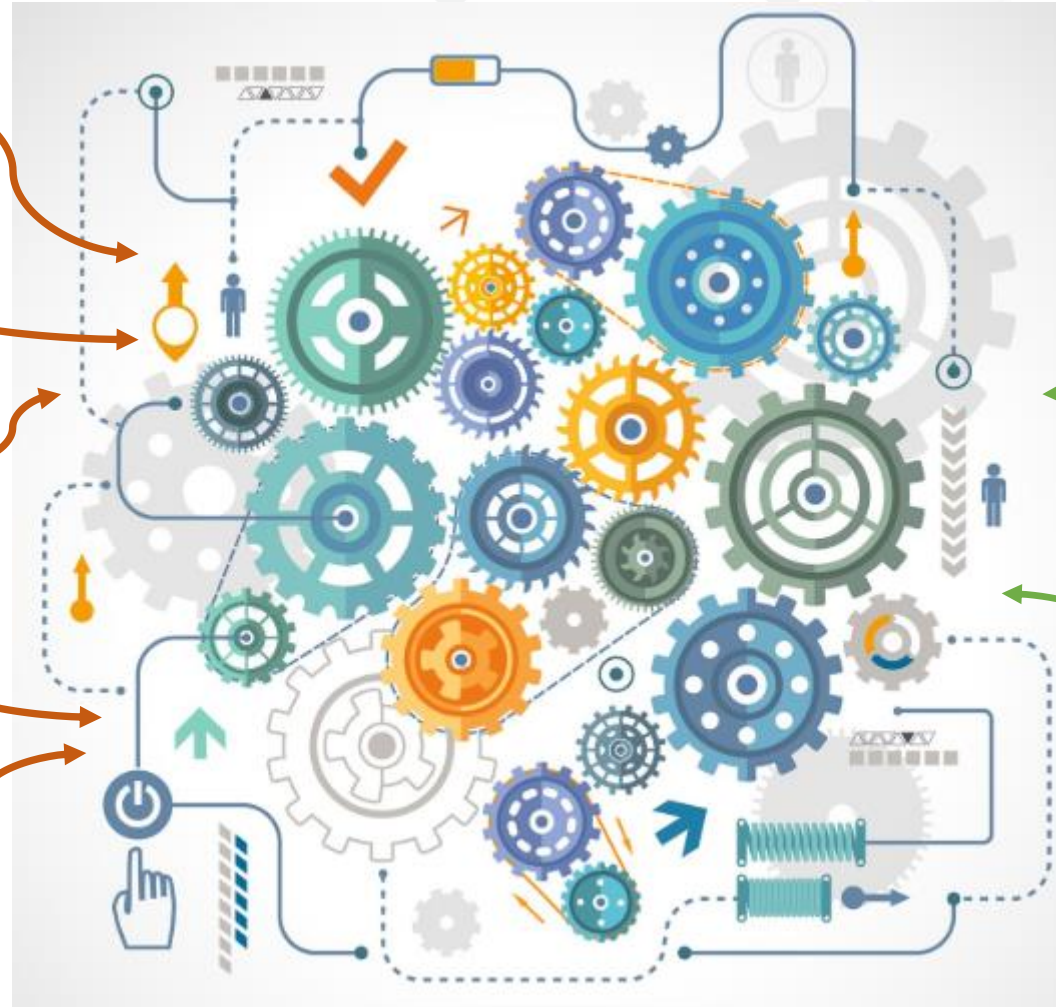
éléments du passé

événements actuels

facteurs génétiques et épigénétiques

facteurs somatiques

facteurs environnementaux





Comment appliquer les nouvelles recommandations sur les troubles psycho-comportementaux chez les patients âgés

A.Desprez, 19.09.2025



Troubles psycho-comportementaux

- Fréquents dans l'ensemble des pathologies neurocognitives (60% des patients)
- Fluctuants, à tous les stades de la pathologie parfois précoces notamment MCL
- Symptômes multiples = agitation, anxiété, irritabilité, dépression, troubles du sommeil, troubles du comportement alimentaire, symptômes psychotiques ...
- Recherche épine irritative si crise comportementale, sd confusionnel, majoration (brutale) des troubles.
- TTT étiologique si cause retrouvée +/- ttt de la crise
- Importance de la stratégie non médicamenteuse ++
- Si agressivité, mauvaise tolérance= ttt médicamenteux



Cas clinique n°1

- Homme de 88 ans
- ATCD = diabète de type II, gastrite à HP, lymphome non-Hodgkinien
- TNC mixtes diagnostiqués depuis 4 ans avec refus de suivi spécialisé
- Apparition progressive de troubles du comportement depuis 6 mois environ
- Troubles du sommeil (introduction mianserine)
- Syndrome de persécution envers le fils avec agressivité physique
- Introduction en ville de risperidone 0,25 mg matin et soir



Cas clinique n°1

- Entrée en UCC devant la persistance des troubles
- TAD = mianserine 10 mg soir, metformine 500 mg matin et soir ,
dapaglifozine 10 mg, oxazepam 10 mg au coucher , pantoprazole 20 mg ,
risperidone 0,25 mg matin et soir
- Plusieurs passages récents en CSG pour le même motif
- Examen clinique normal
- Bilan biologique rassurant
- TDM cérébral sans anomalie
- ASP sans particularité



Cas clinique n°1

- Clinique =

Sd extra-pyramidal marqué avec marche à petits pas, bradykinésie, hypertonie plus marquée à droite, notion de 4 chutes depuis l'introduction de la risperidone.

Persistance sd de persécution avec refus de prise des ttt (empoisonnement), agressivité physique envers les autres patients

- Introduction aripiprazole 5 mg et arrêt risperidone, diminution progressive de l'oxazepam (sortie sous 5 mg)
- Amélioration +++ du comportement et de la marche



Hallucinations et délires chez patients avec TNC

Traitement médicamenteux de 1 ère intention

Les antipsychotiques atypiques = 4 molécules proposées

- Aripiprazole = meilleure balance bénéfice-risque, tolérance correcte, $\frac{1}{2}$ vie longue (majo très progressive), akathisie
- Risperidone = risque vasculaire (AVC), sd extra-pyramidal +++, interactions IRS, pic plasmatique rapide

Molécule	Dose initial	Augmentation par palier*	Prises par jour	Dose maximale	Temps pour évaluer efficacité	Durée de prescription
Risperidone	0,25 mg matin ou soir	0,25 mg à 0.5 mg tous les 5 jours	1 à 2 fois par jour	2 mg** par jour	2 à 4 semaines à partir de la dose optimale	3 mois à la dose minimale efficace, avec un arrêt progressif
Aripiprazole	2 à 5 mg matin ou soir	2 à 3 mg tous les 7 jours (forme solution) ou 5 mg tous les 15 jours forme comprimé	1 fois par jour	15 mg par jour	2 à 4 semaines à partir de la dose optimale	3 mois à la dose minimale efficace, avec un arrêt progressif



Hallucinations et délires chez patients avec TNC

- Quetiapine = efficacité la plus modeste, tolérance correcte, sédatif donc prise le soir, pbmatique de galénique
- Olanzapine = dernière intention, sd métabolique, risque vasculaire

APA = délai d'efficacité long +++ = 2 à 4 semaines à partir de la dose optimale

Arrêt à 6 semaines de la dose optimale si pas de réponse

Molécule	Dose initial	Augmentation par palier*	Prises par jour	Dose maximale	Temps pour évaluer efficacité	Durée de prescription
Quétiapine	50 LP mg le soir	50 mg toutes les 3 jours	1 le soir***	300 mg LP par jour	2 à 4 semaines à partir de la dose optimale	3 mois à la dose minimale efficace, avec un arrêt progressif
Olanzapine	2,5 ou 5 mg le soir	2,5mg tous les 10 jours	1 le soir	10 mg par jour	2 à 4 semaines à partir de la dose optimale	3 mois à la dose minimale efficace, avec un arrêt progressif



Hallucinations et délires chez patients avec TNC

- Antidépresseurs = 1 ère intention si éléments anxieux ou dépressifs associés aux symptômes psychotiques (Sertaline / Es-Citalopram)
- Anticholinesterasiques = Donepezil
- Pimavanserine = agoniste inverse des R serotoninergiques 5-HT2A

Délai d'action long ++++



Hallucinations et délires chez patients avec pathologie psychiatrique + TNC

- SCZ équilibrée = pas de modification de ttt (formes retard, APA 1 ère génération), essai de diminution de doses.
- SCZ tardive = amisulpride 100 mg / j



Hallucinations et délires chez patients avec TNC

- Recommandations claires

Problématique d'arrêt BZD (si agitation anxieuse ++ courte durée)

Réévaluation psychotropes à 3 mois

« Peur » de décroître

Crainte des familles



Cas clinique n°2

- Patiente de 75 ans suivie depuis 4 ans pour MCL
- Tableau classique à la première consultation =
Hallucinations précoces = sensation de présence non gênantes
Pas de sd extra-pyramidal mais symptômes associés = constipation,
anosmie , hypersalivation
TCSP
Pas de fluctuations
Plainte mnésique MMS= 23/30



Cas clinique n°2

- Bilan diagnostic complet = confirmation de l'hypothèse
- Stabilité correcte pendant 1 an pas de ttt spécifique
- Hallucinations angoissantes +++ = introduction rivastigmine efficace
- Apparition d'un syndrome extrapyramidal marqué avec chutes +++ à M6
- Introduction modopar 62,5 mg 3/j
- Stable 9 mois puis recrudescence symptômes psychotiques
- Entrée en UCC: diminution modopar à 2 prises / intro clozapine 12,5 mg
- Efficacité +++



Hallucinations et délire dans MCL

- Plus fréquents, plus précoces voir inauguraux
- Hallucinations 62% / délire 57 %/ Sd Capgras 20 %
- Si non envahissant = psychoéducation / diminution agonistes dopaminergiques
- Envahissant mais critiqué = psychoéducation / diminution agonistes dopaminergiques / anticholinesterasiques (Rivastigmine)
- Hallucinations non critiquées = diminution ou arrêt des ttt dopaminergiques / clozapine ¼ cp de 25 mg avec augmentation progressive
- Si CI ou ES clozapine = Quetiapine / Pimavanserine 34 mg en AAC (délai long 6 semaines)



Hallucinations et délire dans MCL

Surveillance clozapine

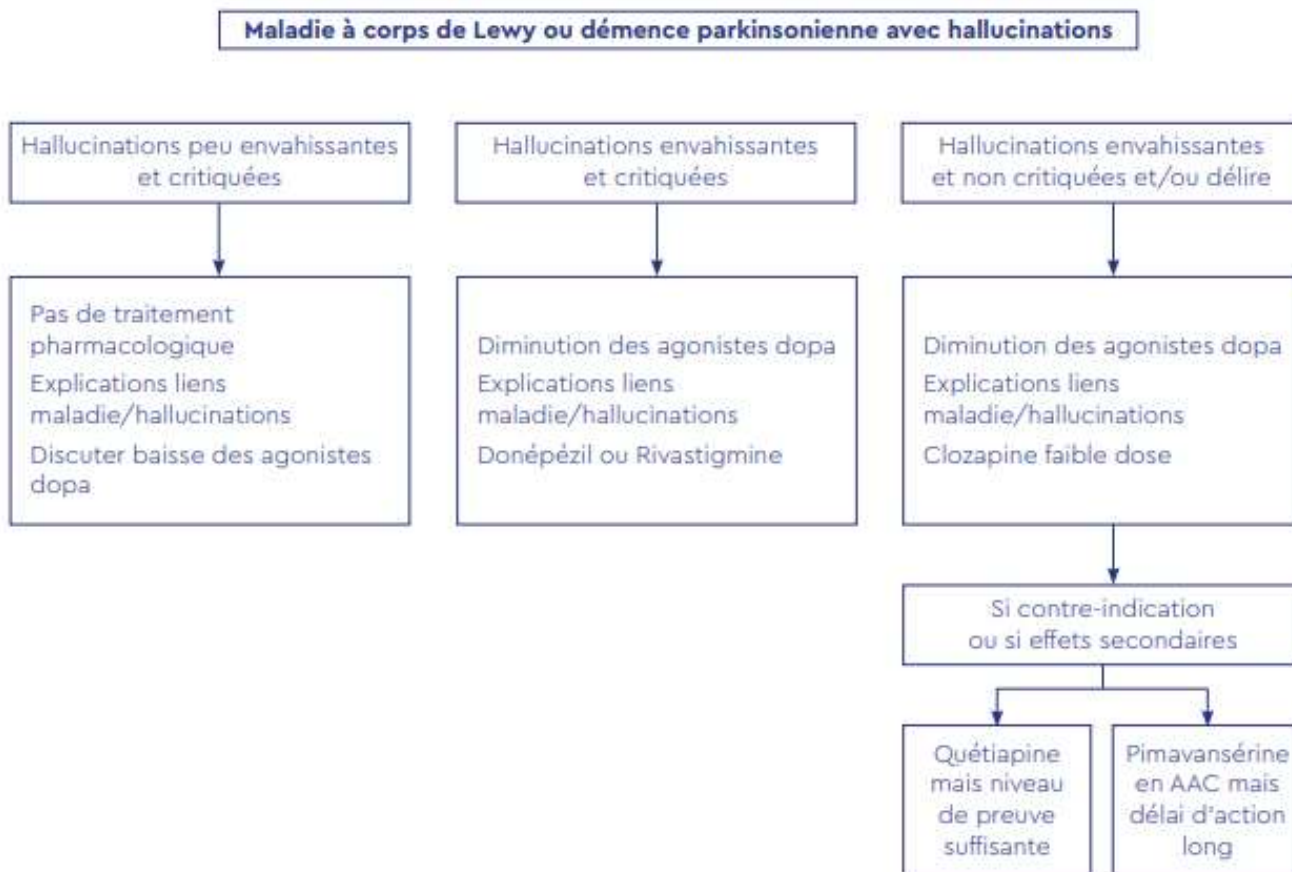
- Agranulocytose (instauration si PNN > 1500/mm³ / arrêt si < 1000 /mm³)

Surveillance uniquement des PNN

- NFS / semaine pendant 18 semaines
- NFS/ mois pendant 1 an
- NFS / 3 mois pendant 1 an puis 1 fois / an



Hallucinations et délire dans MCL





Hallucinations et délire dans MCL

- Recommandations claires
 - Limite clozapine chez patients opposants aux bilans bio
 - Galénique de la quetiapine
 - Méconnaissance pimavanserine

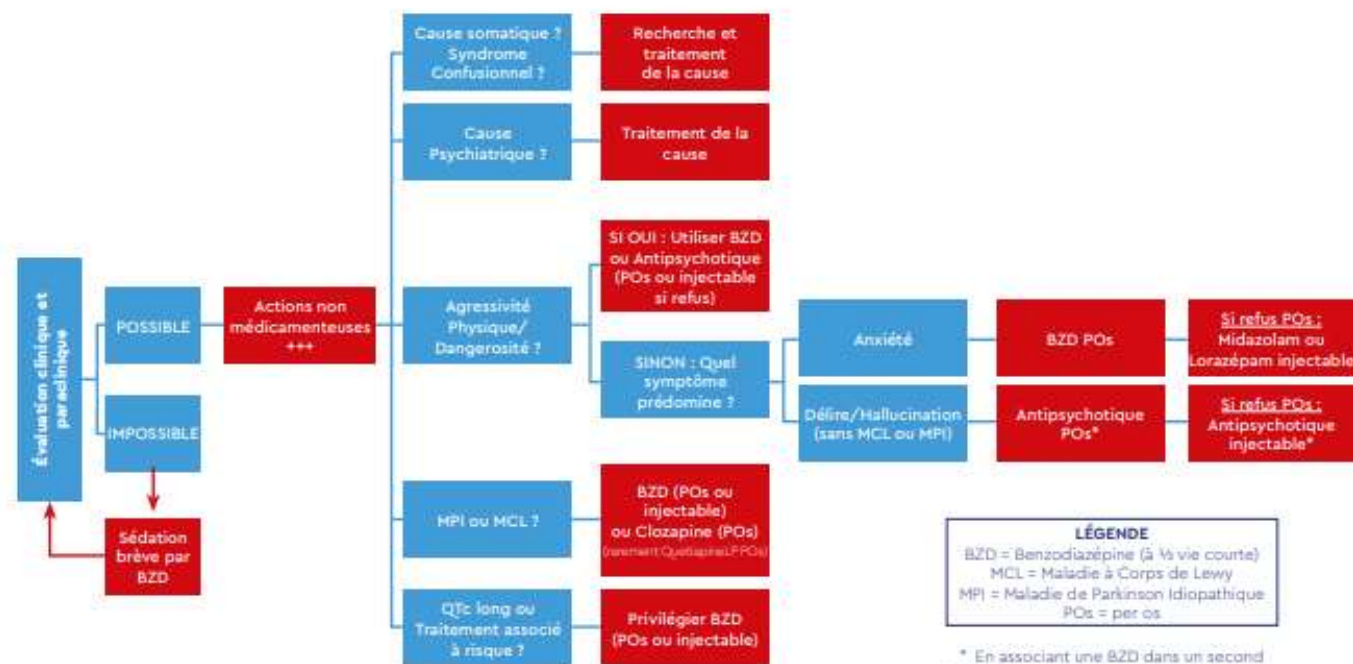
Evolution des pratiques +++



La crise comportementale

- Changement de comportement brutal avec mise en danger du patient ou entourage
- Non médicamenteux
- TTT étiologique +++
- Si délire / hallucinations =
APA PO +/- BZD si agitation sévère
et besoin d'un ttt rapide
Si refus AP injectable

ARBRE DÉCISIONNEL DU TRAITEMENT DE LA CRISE COMPORTEMENTALE





La crise comportementale

But des ttt = pic d'action précoce, $\frac{1}{2}$ vie courte
Loxapine = moindre effet sur le QT

APA PO hors MCL

APA PO MCL

Tableau 3 : Caractéristiques des Antipsychotiques per os

DCI Nom commercial*	Dosage Disponibilité	Posologies initiales conseillées	AMM ou Indication Lors des Symptômes Psychologiques et comportementaux	Pic action (Cmax)	1/2 vie d'élimination : Sujets jeunes / Personnes Agées (PA)
Risperidone Risperdal*	Cp 0,5, 1, 2 ou 4mg Sol buv 1mg/ml Ville ou Hôpital	0,5 (à 1 mg)	Schizophrénie/Episode Maniaque/ Traitement symptomatique de courte durée (<6sem) de l'agressivité persistante en cas de maladie d'Alzheimer modérée à sévère ne répondant pas aux approches non-pharmacologiques et si risque de préjudice pour patient ou les autres	1 à 2h	3h pour rispéridone 24h pour 9 hydroxy rispéridone / Augmentée de 38%. Augmentée aussi si insuffisance rénale
Loxapine Loxapac*	Cp 25, 50, 100 mg Sol buvable 25mg/ml Ville ou Hôpital	25mg	Etats psychotiques aigus ou chroniques Etats d'agitation, d'agressivité et anxiété en lien avec troubles psychotiques ou à certains troubles de la personnalité à court terme	15-1h30	8h (élimination Rénale 70%)/ PA? Conseil de diminuer de moitié posologie chez PA

Clozapine Léponex	Cp 25 et 100mg Actuellement initiation Psychiatre, Gériatre ou Neurologue hospitalier. Renouvellement par les mêmes spécialistes (Hospitalier ou Ville) Surveillance NFS	12,5mg le soir (parfois moins)	Schizophrénie résistante, Psychose lors évolution de la maladie de Parkinson Utilisable par extension dans la maladie à corps de Lewy.	2,1h en moyenne (0,4 à 4,2h)	12h en moy (6 à 26h)/ PA ?
Quetiapine LP Xéroquel*	Cp LP à 50, 300 et 400mg Ville ou Hôpital	50mg	Schizophrénie, Troubles bipolaires, Traitement adjuvant des Episodes dépressifs majeurs Si Maladie à corps de Lewy ou Maladie de Parkinson. Rarement en 1^{re} intention dans la crise.	6h Retardé	7 à 12h / Baisse de la clairance du médicament de 30 à 50%. Si insuffisance rénale sévère clairance de la quetiapine abaissée de 25%



La crise comportementale

Tableau 4 : Caractéristiques des Antipsychotiques injectables

DCI Nom commercial*	Dosage Disponibilité	Voie	Posologies initiales conseillées	AMM ou Indication	Pic action (Cmax)	1/2 vie d'élimination : Sujets jeunes /Personnes Agées (PA)
Loxapine Loxapac*	50mg/2ml Sol Inj Hospitalier	IM	25mg	Etats Agitation, agressivité lors psychoses	1h30	8h (élimination Rénale 70%)/ 2h Pas de donnée chez plus de 65 ans. Pas étudié chez insuffisant rénal > éviter si insuffisance rénal
Olanzapine Zyprexa*	10mg pdre Sol Inj Hospitalier	IM	5mg	Agitation et trouble du comportement chez Schizophrène ou si épisode maniaque	15-45mn	33,8h/ 51,8h
Halopéridol Haldol*	5mg/ml Sol Inj Ville et Hospitalier	IM ou s/c	1 à 2mg	Agitation sévère du Psychotique ou épisode maniaque, Traitement Aigu du délire	20 à 40 mn	13 à 36h (moyenne 21h) /Augmentée chez PA Posologie initiale réduite de moitié chez PA. Possible si très productif ou si insuffisance rénale
Aripiprazole Abilify*	7,5mg sol inj Hospitalier	IM	7,5mg	Agitation et troubles du comportement chez Schizophrène ou si épisode maniaque	1-3 h	75h->146H (selon métaboliseurs rapides ou lents) / Pas de différences chez PA

Loxapine = non étudié chez PA et IR

Halopéridol =diminution poso ½ chez
PA, pas d'adaptation si IRC
Attention QT



La crise comportementale

Voie PO à privilégier si possible
Pic d'action rapide lorazepam +++

Midazolam = SC 1 mg / max 9 mg par jour
Lorazepam = IM 1 mg / max 8 mg par jour

Tableau 1 : Caractéristiques des Benzodiazépines per os

DCI Nom commercial*	Dosage Disponibilité	Posologies initiales conseillées	AMM ou Indication	Pic action (Cmax)	1/2 vie d'élimination : Sujets jeunes / Personnes Agées (PA)
Midazolam Midazolam* Buccolam*	Solution buvable ou ampoule injectable utilisée per os Hospitalier sauf si utilisé dans cadre soins palliatifs	1mg	Epilepsie (3mois<âge<18 ans) : Forme Solution buccale Prémédication/Anesthésie : Ampoule	30 min	27 min à 3 h environ / ?
Lorazépam Témesta*	Cp 1 et 2,5mg Ville et Hôpital	1mg	Anxiété sévère/invalidante. Prévention Delirium Tremens	0,5 à 4h	10 à 20h / Idem Diminuer posologie de moitié si PA, insuffisance rénale ou hépatique
Oxazépam Séresta*	Cp 10 et 50 mg Ville et Hôpital	10mg	Anxiété sévère/invalidante. Prévention Delirium Tremens	2h	8h / Idem Diminuer posologie de moitié si PA ou insuffisance rénale ou hépatique
Alprazolam Xanax*	Cp 0,25 et 0,50mg Ville et Hôpital	0,25mg	Anxiété sévère/invalidante. Prévention Delirium Tremens	30 min à 2h	10 à 20h/Augmentée chez PA Réduire posologie si PA ou insuffisance rénale ou hépatique
Clotiazépam Vérantran*	Cp 5 et 10mg Ville et Hôpital	5mg	Anxiété sévère/invalidante. Prévention Delirium Tremens	1h	4h / Augmentée chez PA Réduire posologie de moitié si PA ou insuffisance rénale ou hépatique

DCI Nom commercial*	Dosage Disponibilité	Voie Éviter la voie IV	AMM ou Indication	Poso initiale chez PA	Pic action (Cmax)	1/2 vie d'élimination: sujet Jeune/PA
Lorazépam Xilmac*	4mg/ml AMM Hospitalier	IM (IV)	Prémédication. Etats anxieux aigus et agitation avec voie PO impossible	1 à 2 mg	60-90 min	IM 12-16h / +20% chez PA
Midazolam Hypnovel*	1mg/ml ou 5mg/ml Hospitalier sauf si utilisé dans cadre des Soins Palliatifs	IM, s/c, (IV)	Prémédication. Anesthésie	1 à 2 mg	20-30 min	1,5 à 2,5h / idem



MERCI DE VOTRE ATTENTION