



*Chapitre 2 - Paragraphe 21*

## LA THÉRAPIE FLEXIBLE

Le traitement par antipsychotique doit avoir pour objectif de produire chez la personne concernée un effet qu'elle estime utile. La thérapie devrait aussi se soucier d'aider le patient à identifier les signes de tension psychique ou les éventuels déclencheurs d'une aggravation de trouble schizophrénique, maniaque ou psychotique. L'usage optimal des antipsychotiques pourrait être de les prendre « intelligemment », juste pour permettre de faire face à un moment difficile. Une « automédication intelligente » pourrait être de diminuer les doses et même d'interrompre le traitement au moment où la tension psychique est moindre ou quand la pathologie est devenue plus supportable. Dans les états psychotiques aigus et transitoires qui se résolvent complètement, le traitement peut être stoppé entre deux épisodes. L'objectif de la prescription devrait être de produire un effet « antipsychotique » à la dose la plus faible possible, celle qui ne produit pas d'effets indésirables et qui dès lors ne requiert pas la

prescription supplémentaire d'un correcteur.

Prendre en compte les différents effets indésirables de chaque médicament ainsi que les différences physiologiques interindividuelles permet de comprendre que certaines personnes ressentiront, avec des substances particulières telles que la perphénazine ou la rispéridone, une sensation de sécurité ou d'indifférence vis-à-vis de la pression extérieure, tandis que d'autres subiront un inconfort avec ces mêmes médicaments, aux mêmes doses. Celles qui n'apprécient pas l'effet d'un antipsychotique peuvent trouver celui d'un autre parfaitement acceptable.

Le patient pourra souvent dire dès le premier jour si un antipsychotique particulier lui convient ou pas, parfois même après la première dose. D'après les observations faites actuellement, on peut prédire que ceux qui, dès le début, se sentent bien avec leur médication ressentiront une amélioration, alors que ceux qui n'en apprécient pas les effets iront de moins en moins bien [19]. Ceci devrait nous inciter à instaurer un traitement d'épreuve pour trouver le bon produit à la bonne dose et à ne pas hésiter à changer d'antipsychotique jusqu'à ce que chaque personne reçoive celui qui lui convient. Mais ceci est loin d'être une pratique courante.

Quels que soient leurs effets indésirables, les antipsychotiques ne doivent pas aggraver l'état du patient. Si tel est le cas, c'est soit que la dose est trop forte, soit que le médicament choisi n'est pas le bon. Bien souvent, les patients qui se retrouvent dans cette situation n'attribuent pas cette dégradation à leur médication : « Mon médecin ne pourrait pas m'avoir prescrit quelque chose qui me fait aller plus mal. »

Dans le cas des antipsychotiques, une confusion est toujours possible entre l'impatience pathologique liée à l'aggravation de la maladie et celle qui est causée par le médicament. C'est pareil avec la démotivation qui peut être causée par la maladie, le médicament ou la vie en elle-même, et avec l'agitation qui peut survenir suite aux expériences provoquées par la maladie ou en réaction à l'effet de camisole chimique du médicament.

Quel que soit le dispositif thérapeutique, on aura plus souvent tendance à blâmer la maladie

plutôt que le médicament.

Si le comportement empire, si l'agitation augmente, les médecins et les infirmières insistent presque toujours pour que l'on augmente les doses ou qu'on associe une autre substance sous prétexte que le patient serait

devenu plus « psychotique ». À l'inverse, l'approche décrite ici devrait encourager les individus à se faire confiance et à s'exprimer ouvertement. Idéalement (et donc très rarement), si le problème a de fortes chances d'être induit par le traitement, le fait que le patient soit mis dans des conditions où il peut l'exprimer devrait entraîner une réduction de la dose, un changement ou un arrêt de traitement (voir le chapitre 2 5 ).

### COMBIEN DE TEMPS LE TRAITEMENT DOIT-IL ÊTRE MAINTENU ?

Il était fréquent, par le passé, qu'un traitement antipsychotique soit prescrit puis maintenu pour le restant de la vie. Mais si on adopte le modèle que je viens de décrire, il n'y a pas de raison de pratiquer de la sorte. *Le seul cas de figure dans lequel un traitement d'une durée indéfinie se justifie est qu'un individu en particulier trouve ce traitement adéquat et souhaite le maintenir, mais certainement pas qu'une équipe de santé mentale insiste pour qu'il le poursuive.*

Les patients atteints d'états délirants aigus et passagers ou de psychoses atypiques ne devraient pas être sous médication continue. Ceci concerne à peu près 20 % des admissions à l'hôpital pour état psychotique. Même si cet état peut se reproduire dans le futur, l'épisode actuel va probablement se résorber complètement dans une période de temps variant de quelques jours à 6 mois. Le fait de prendre des antipsychotiques plus longtemps que nécessaire risque d'induire une dépendance qui compliquera fortement ou rendra impossible l'interruption du traitement. Et comment pouvons-nous savoir si le problème est résolu ? La façon la plus simple de répondre à cette question est de poser la question directement à la personne concernée. Chez les individus souffrant de psychoses chroniques, les voix et les idées délirantes seront toujours là, à l'arrière-plan, alors que dans les psychoses aiguës et transitoires, ces symptômes auront complètement disparu. La dépendance et le syndrome de sevrage avec les antipsychotiques ont été clairement reconnus dans les années 1960, mais

pendant les 30 années qui ont suivi, cette possibilité n'était plus prise en compte. La situation, telle qu'on la perçoit actuellement, est qu'un tiers de ceux qui sont sous antipsychotiques vont se sentir extrêmement mal s'ils essaient d'arrêter, et ce même après seulement quelques mois de traitement à des doses aussi faibles que 1 mg de rispéridone ou 2,5 mg d'olanzapine par jour [20]. Les symptômes habituels sont, entre autres, des troubles moteurs, des nausées, une plus grande sensibilité au stress, des douleurs et des problèmes de régulation thermique. Ils se présentent plus fréquemment et avec une plus grande intensité chez les femmes que chez les hommes (voir le chapitre 23 ).

Les risques de sevrage et de rechute sont plus importants chez ceux qui arrêtent le traitement brutalement et probablement chez ceux qui prennent de fortes doses. L'arrêt du traitement devrait dès lors se faire par une diminution progressive des doses. Les décisions d'arrêt de traitement devraient se faire en prenant en compte la nature des problèmes qui pourraient survenir en cas de rechute et le niveau d'hostilité de l'environnement auquel la personne sera confrontée une fois débarrassée du bouclier que lui procure la médication [21]. Durant les 20 dernières années, les cas de rechute rapide à l'arrêt du traitement ont été utilisés comme une preuve que les antipsychotiques sont anti schizophréniques. L'équipe de soins induit souvent les patients et leur entourage en erreur en affirmant que ces problèmes ne peuvent pas être provoqués par un sevrage du traitement puisque les antipsychotiques sont encore largement considérés comme n'entraînant pas de dépendance.

La forme dépôt est une injection intramusculaire , qui diffuse dans le corps pendant 2 à 4 semaines - Les préparations d'anti psychotiques dépôts sont reprises dans le tableau 2.2

Tableau 2.2 Les anti psychotiques dépôts

DCI	NOM DE SPECIALITE
-----	-------------------

	FRANCE	BELGIQUE/SUISSE	CANADA / USA
Flupentixol	Fluanxol LP	Fluanxol Decanoas / Fluanxol Dépôt	Fluanxol Dépôt/ -
Perphenazine	Trilifan retard		Levazine / - Peram / Trilafon
Fluphenazine	Modecate	- / Dapotum D	Modecate /Modecate
Halopéridol	Haldol Decanoas	Haldol Decanoas / Haldol Decanoas	Halopéridol LA / Haldol
Pipotiazine	Piportil L4	- / -	Piportil L4 / -
Zuclopenthixol	Clopixol action prolongée et clopixol action semi prolongée	Clopixol dépôt / Clopixol dépôt Clopixol acutard et / Clopixol acutard	Clopixol acuphase / -
Bromperidol		Impromen Decanoas	
Risperidone	Risperdal cansta	Risperdal cansta / Risperdal cansta	Risperdal cansta / Risperdal cansta
<b>DCI</b> = denomination commune internationale			

Pour certains, ce type de traitement offre un intérêt pratique. Il confère une protection de longue durée et permet de ne pas devoir penser à prendre des comprimés quotidiennement. Cependant, ces formes « dépôts » ont d'autres implications. En effet, un grand nombre de personnes ne prennent pas les antipsychotiques qui leur sont prescrits, ce qui a justifié l'introduction de formes « dépôts ». Or la principale condition pour obtenir l'adhésion à un traitement est, et doit rester, la qualité de la relation entre le patient et ses soignants plutôt que la contrainte [22]. Les effets parfois désagréables de ces traitements en continu et non maîtrisables par le patient pourraient expliquer là aussi une absence d'observance thérapeutique. Ce problème se posera davantage dans les dispositifs cliniques où on a pris l'habitude de prescrire des traitements à des dosages trop élevés, durant de trop longues périodes. Plutôt que de remettre en question le choix du médicament ou la stratégie

*générale du traitement, le personnel des services de santé mentale a tendance à poser le problème sous l'angle d'une irresponsabilité ou d'un manque de conscience morbide chez les patients.* Les patients avec un diagnostic de schizophrénie ou de psychose maniaco dépressive se voient très souvent prescrire ces injections de forme dépôt pendant des années. Les services chargés du suivi des patients en ambulatoire se limitent parfois à ce type de traitement pour contrôler les individus dans la communauté. Mais si la dose n'est pas la bonne, le patient va rester immobilisé dans son appartement, incapable de sortir et de mener une vie sociale. Ceux qui voient cela d'un bon œil et considèrent que c'est un aspect pratique de cette forme de traitement passent tout à fait à côté de ce qui devrait être le but du traitement : accompagner la resocialisation et la thérapie flexible gérée par le patient. Pour terminer, un des aspects imprévus de la prescription de forme « dépôt » est qu'ils n'entraînent pas forcément l'arrêt des formes orales. *De nombreux patients reçoivent les deux formes en même temps.* Il n'y a aucune justification à ce type de prescription. *Elle repose davantage sur la névrose des prescripteurs que sur quoi que ce soit d'autre.* La plupart des formes dépôts font partie des neuroleptiques de première génération. La rispéridone est la seule forme dépôt de la seconde génération. La technologie qui permet de préparer la rispéridone sous cette forme a comme inconvénient que les effets bénéfiques n'apparaissent qu'après 2 semaines au minimum et *que si quelque chose ne va pas, le médicament reste dans le corps pour plusieurs semaines.* Après ce qui vient d'être dit, on peut conclure que la forme dépôt de la rispéridone offre un profil contenant plus de risques que d'avantages. On peut s'inquiéter du fait que d'autres firmes soient en train de travailler sur des projets d'implants chirurgicaux qui pourraient délivrer jusqu'à 1 année de traitement en une seule intervention.

*Doc postée par françois alric - 21 nov 2019*