



REPUBLIC OF LEBANON
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH



World Health
Organization

GUIDE DE
PRESCRIPTION RATIONNELLE DES
MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT
DES TROUBLES MENTAUX ET
NEUROLOGIQUES PRIORITAIRES

DESTINÉ AUX SPÉCIALISTES
DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIQUE



Décembre 2017

Guide de prescription rationnelle des médicaments pour le traitement des troubles mentaux et neurologiques prioritaires destiné aux spécialistes dans le système de santé publique

Une version anglaise de ce document est disponible.

On peut retrouver les deux versions anglaise et française sur le site suivant: www.moph.gov.lb

Citation suggérée: Ministère de la Santé Publique et Organisation Mondiale de la Santé. 2017. Guide de prescription rationnelle des médicaments pour le traitement des troubles mentaux et neurologiques prioritaires destiné aux spécialistes dans le système de santé publique. Première édition. Beyrouth: Liban.

Ref: NMHP-QUI-REP-MED Ver. 1.0 (F)

© Ministère de la Santé Publique et Organisation Mondiale de la Santé 2017

Une deuxième édition de ce guide devrait être publiée en 2020. Les commentaires et suggestions pour améliorer le contenu et/ou le format de ce guide sont les bienvenus à: mentalhealth@moph.gov.lb ou emwroleb@who.int



TABLE DES MATIÈRES

3	Avant-propos
4	Remerciements
6	Liste des acronymes
7	Liste des tableaux
7	Liste des encadrés
8	Introduction
9	Principes directeurs
10	Interventions psychosociales
11	Chapitre 1: Trouble dépressif majeur
19	Chapitre 2: Trouble affectif bipolaire
27	Chapitre 3: Schizophrénie et autres troubles psychotiques
35	Chapitre 4: Trouble obsessionnel compulsif
39	Chapitre 5: Troubles anxieux
45	Chapitre 6: Épilepsie
51	Chapitre 7: Prise en charge du sevrage alcoolique
55	Chapitre 8: Autres troubles
56	A. Démence
57	B. Troubles du comportement chez les enfants atteints de troubles du développement
58	C. Insomnie
59	Références
60	Annexe A: Liste nationale des médicaments psychotropes et neurologiques pour la réponse humanitaire – v2.0
61	Annexe B: Tests médicaux recommandés pour surveiller les effets secondaires des médicaments psychotropes et neurologiques
63	Annexe C: Interventions psychosociales
64	Annexe D: Glossaire des termes

AVANT-PROPOS

Les médicaments psychotropes et neurologiques constituent un pilier des soins holistiques centrés sur la personne. Pour cela, il est essentiel que ces médicaments soient efficaces, sûrs, prescrits d'une manière rationnelle, et rendus accessibles à tous. A cet égard, le Ministère de la Santé Publique (MSP), à travers le Programme National de Santé Mentale (PNSM), a conçu la "liste nationale des médicaments psychotropes et neurologiques pour la réponse humanitaire", couvrant les conditions prioritaires.

Le "Guide de prescription rationnelle des médicaments pour le traitement des troubles mentaux et neurologiques prioritaires destiné aux spécialistes dans le système de santé publique" est en ligne avec la liste des médicaments mentionnée ci-dessus et constitue un document de référence pour la prise de décisions basées sur des données scientifiques et culturellement appropriées. Ce guide préconise la prescription rationnelle des médicaments selon la liste nationale en accord avec la continuité des soins et souligne l'importance de la composante psychosociale dans le traitement des troubles mentaux et neurologiques dans le cadre des soins holistiques centrés sur la personne.

Ce guide a été rendu possible grâce à la collaboration fructueuse entre le Ministère de la Santé Publique et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en plus des experts techniques locaux et internationaux de différentes organisations non gouvernementales locales et internationales et agences de nations unies.

Nous espérons que les spécialistes travaillant dans le système de la santé publique et dans la réponse humanitaire adopteront ce document comme un outil clé pour rationaliser la prescription des médicaments pour les troubles mentaux et neurologiques prioritaires.



Dr. Walid Ammar, PhD
Directeur Général
Ministère de la Santé Publique

REMERCIEMENTS*

Un remerciement particulier est adressé au directeur général du MSP Walid Ammar, et à la représentante de l'OMS Gabriele Riedner pour leur guidage tout au long du processus de développement.

Remerciements particuliers pour les précieux avis, les apports et le matériel reçus des experts locaux et internationaux. Ces contributions ont été vitales pour le développement de ce guide.

Coordination

Ghada Abou Mrad (PNSM, MSP)

Edwina Zoghbi (OMS, Liban)

Rédaction et révision

Nada Zahreddine (consultante technique et contributrice principale)

Ghada Abou Mrad (PNSM, MSP)

Edwina Zoghbi (OMS, Liban)

Supervision technique

Rabih Chammay (PNSM, MSP)

Wissam Kheir (PNSM, MSP)

Réviseurs techniques

Elias Abdel Sater (PNSM, MSP)

Adnan Awada (Société libanaise de neurologie)

Carine Bou Khaled (Epsilon)

Tarun Dua (Siège de l'OMS)

Ali Haidar (SUNY Downstate)

Taghrid El Hajj (Rafic Hariri University Hospital)

Fahmy Hanna (Siège de l'OMS)

Mohamad Hashash (Dar Al Ajaza Al Islamia Hospital)

Janine El Helou (Hôtel Dieu de France)

Elie Karam (Institute for Development, Research, Advocacy and Applied Care)

George Karam (Institute for Development, Research, Advocacy and Applied Care)

Rita Karam (Assurance de qualité des produits pharmaceutiques, MSP)

Fadi Maalouf (Université Américaine de Beyrouth)

Wadih Naja (Société libanaise de psychiatrie)

Alissar Rady (OMS, Liban)

* Les noms sont classés par ordre alphabétique du nom de famille sans les titres professionnels.

Sami Richa (Hôtel Dieu de France)

Wissam Rizk

Khalid Saeed (OMS, Bureau Régional de la Méditerranée Orientale)

Lama Souaiby (PNSM, MSP)

Michel Soufia (International Medical Corps, Liban)

Renato Souza (Comité International de la Croix Rouge)

Marc van Ommeren (Siège de l'OMS)

Peter Ventevogel (United Nations High Commissioner for Refugees)

Inka Weissbecker (International Medical Corps, siège)

Michael Woodman (United Nations High Commissioner for Refugees)

Design et mise en page

Limelight Productions | www.limelightprod.com

Traduction en Français

Joelle Zerbe

Ce document a été élaboré et imprimé grâce à la contribution financière de la République Populaire de Chine.

LISTE DES ACRONYMES

ADHD	Attention deficit hyperactivity disorder
AINS	Anti-inflammatoire non stéroïdien
ATC	Antidépresseur tricyclique
ECG	Electrocardiogramme
EEG	Electroencéphalogramme
FSC	Formule sanguine complète
IM	Intramusculaire
ISRS	Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine
IV	Intraveineux
mhGAP	mental health Gap Action Programme
MSP	Ministère de la Santé Publique
PNSM	Programme National de Santé Mentale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
TFH	Test de la fonction hépatique
TOC	Trouble obsessionnel compulsif
TSH	Thyréostimuline

LISTE DES TABLEAUX

13	Tableau 1: Médicaments du trouble dépressif majeur
21	Tableau 2: Médicaments du trouble affectif bipolaire
23	Tableau 3: Tests de suivi recommandés pour les médicaments relatifs au trouble affectif bipolaire
29	Tableau 4: Médicaments de la schizophrénie et autres troubles psychotiques
31	Tableau 5: Réponse thérapeutique et tolérabilité
41	Tableau 6: Médicaments des troubles anxieux
43	Tableau 7: Equivalence entre les benzodiazépines
47	Tableau 8: Médicaments de l'épilepsie

LISTE DES ENCADRÉS

14	Encadré 1: Hyponatrémie
14	Encadré 2: Rôle des benzodiazépines dans le traitement de la dépression
14	Encadré 3: Passage à un épisode de manie
16	Encadré 4: Passage à un autre antidépresseur
16	Encadré 5: Syndrome sérotoninergique
17	Encadré 6: Idées suicidaires associées aux ISRSs
18	Encadré 7: Symptômes liés à l'arrêt du traitement
21	Encadré 8: Traitement pharmacologique de la dépression bipolaire
26	Encadré 9: Toxicité du lithium
32	Encadré 10: Neutropénie/Agranulocytose
32	Encadré 11: Effets extrapyramidaux
33	Encadré 12: Allongement de l'intervalle QT
33	Encadré 13: Syndrome malin des neuroleptiques
33	Encadré 14: Catatonie
42	Encadré 15: Sevrage des benzodiazépines
43	Encadré 16: Intoxication aux benzodiazépines
52	Encadré 17: Symptômes du sevrage alcoolique
54	Encadré 18: Désintoxication alcoolique assistée en milieu hospitalier
58	Encadré 19: Techniques d'hygiène du sommeil

INTRODUCTION

Depuis le lancement de la stratégie nationale sur la santé mentale et l'abus de substances (2015-2020), le Ministère de la Santé Publique (MSP) a privilégié l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires afin d'améliorer l'accès à des soins de santé de qualité pour les personnes atteintes de troubles mentaux.

En outre, depuis le début de la crise syrienne, les organisations non gouvernementales locales et internationales ont mis en place des services spécialisés en santé mentale utilisant différentes listes de médicaments psychotropes et neurologiques. La tendance principale a été biaisée vers la prescription des médicaments à coût élevé dès l'initiation du traitement, cette pratique ne concordant pas nécessairement avec les données scientifiques les plus récentes. Parfois, la prescription compte sur la présence de dons en nature de médicaments psychotropes à coût élevé, compromettant ainsi la continuité de soins prodigués aux personnes atteintes de troubles mentaux. Maintenir cette tendance, notamment dans les milieux économiquement vulnérables, expose la personne à des difficultés économiques accrues, augmentant le risque d'interruption du traitement et le risque de récurrence.

Dans le but d'harmoniser l'approvisionnement et la fourniture de médicaments parmi l'ensemble des intervenants et de renforcer la continuité des soins, le ministère de la santé publique a établi en 2016 une liste nationale de médicaments psychotropes et neurologiques pour la réponse humanitaire (*annexe A*), qui comprend la liste nationale de médicaments essentiels en plus des médicaments utilisés dans les soins spécialisés. Il est primordial d'assurer la disponibilité continue de ces médicaments, évitant ainsi le risque de détérioration de la condition de la personne ainsi que son exposition aux difficultés financières. De plus, une liste résumant les tests médicaux nécessaires pour surveiller les effets secondaires de ces médicaments peut être trouvée dans l'*annexe B*.

Ce guide est pour le traitement pharmacologique des troubles mentaux et neurologiques; il se base sur la liste nationale des médicaments psychotropes et neurologiques qui couvre les troubles prioritaires suivants fréquemment rencontrés en traitement ambulatoire: (1) le trouble dépressif majeur; (2) le trouble affectif bipolaire; (3) la schizophrénie et autres troubles psychotiques ; (4) le trouble obsessionnel compulsif ; (5) les troubles anxieux ; (6) l'épilepsie; (7) la prise en charge du sevrage alcoolique; et (8) autres troubles (la démence, les troubles du comportement chez les enfants atteints de troubles du développement ainsi que l'insomnie).

Ce guide offre des renseignements simples basés sur des données scientifiques, pour un traitement pharmacologique rationnel en ambulatoire¹ des personnes atteintes de troubles mentaux et neurologiques. Il ne fournit pas d'information pour le diagnostic. Il s'adresse aux spécialistes dans le système de la santé publique, notamment les psychiatres et les neurologues, pour éclairer la pratique et assurer la viabilité économique du système de la santé publique.

¹ Un autre guide pour la gestion des urgences psychiatriques au département des urgences est disponible au ministère de la santé publique. Pour plus d'information, veuillez contacter le ministère à l'adresse suivante : mentalhealth@moph.gov.lb

PRINCIPES DIRECTEURS

Ce guide a été conçu, développé et révisé en se basant sur les principes directeurs suivants:

Continuité des soins	Adopter une approche globale (comprenant la promotion, la prévention, le traitement et le rétablissement) et assurer la continuité des soins de santé aux différents niveaux (communautaire, primaire et secondaire). La continuité des soins est facilitée par l'adoption des interventions ayant le meilleur rapport coût-efficacité et la facilitation du référencement entre les divers niveaux de soins.
Qualité des soins	Adopter des interventions basées sur les données scientifiques et/ou les meilleures pratiques, en tenant compte des considérations culturelles.
Approche centrée sur la personne	Placer les personnes au centre des soins qu'elles reçoivent, notamment par une prise de décision participative et égale sur tous les aspects de leur vie, sans discrimination, contribuant ainsi à leur autonomisation et respectant leurs droits humains.
Approche biopsychosociale	Coordonner les soins au sein de l'équipe multidisciplinaire en santé mentale et avec les autres secteurs en fonction du modèle biopsychosocial et des pratiques axées sur le rétablissement. Adopter une approche holistique du trouble, qui prend en considération les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux ainsi que leurs interactions ; et développer le plan de soins et de rétablissement en considérant que chaque personne est unique et en l'encourageant à s'impliquer activement dans la vie.
Approche axée sur le rétablissement	Travailler en partenariat avec la personne et la famille/l'aidant, et reconnaître que chaque personne est un expert dans sa propre vie. Le rétablissement n'est pas synonyme de guérison. Il vise à acquérir et garder l'espoir, comprendre ses propres capacités et handicaps, s'engager dans une vie active, acquérir une autonomie personnelle et une identité sociale, ainsi qu'un sens et un but dans la vie et une estime de soi positive.

INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES

Des conseils sur le soutien et les interventions psychosociaux se retrouvent au début de chaque chapitre, vu leur efficacité dans la réduction des sources psychosociales de dysfonctionnement et leur participation à l'amélioration du fonctionnement et du bien-être ainsi que leur facilitation à la réintégration sociale.

Le soutien et les interventions psychosociaux s'attaquent aux problèmes psychologiques et sociaux actuels des personnes, de leurs familles et de leurs aidants, ciblant leurs besoins de base (comme la nourriture, les vêtements, le logement), leur sécurité et leur protection (comme la formation professionnelle, l'emploi, la stabilité financière), ainsi que le soutien familial et communautaire. Selon le programme d'action « combler les lacunes en santé mentale » (mhGAP), les interventions psychosociales englobent des activités telles que la psychoéducation, les techniques de résolution des problèmes, l'activation comportementale, les psychothérapies, etc. Pour plus de détails sur les psychothérapies se basant sur des données scientifiques, se référer à *l'annexe C*. On peut retrouver un glossaire des termes utilisés en psychothérapie à *l'annexe D*.



CHAPITRE 1: TROUBLE DÉPRESSIF MAJEUR

- 12 Considérations générales
 - 12 Indications du traitement pharmacologique
 - 12 Choix des médicaments de première intention
 - 14 Tests de surveillance
 - 15 Suivi du traitement
 - 16 Traitement des cas résistants
 - 16 Populations particulières
 - 17 Durée du traitement
-

CHAPITRE 1: TROUBLE DÉPRESSIF MAJEUR

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

- Exclure:
 - » Les conditions médicales (en particulier, l'hypothyroïdie et l'anémie; les tests sont effectués au besoin et non systématiquement).
 - » L'usage de médicaments susceptibles de provoquer des symptômes dépressifs comme l'isotrétinoïne pour l'acné, le lévétiracétam² pour l'épilepsie, les inhibiteurs calciques, les oestrogènes, l'interféron alpha, etc.
 - » D'autres troubles mentaux (antécédents de manie/hypomanie).
 - » Des réactions normales à une perte majeure récente.
- Considérer les interventions psychosociales comme traitement de première intention avant le recours aux médicaments.
- Offrir une psychoéducation pour la personne et la famille/l'aidant (le cas échéant), une activation comportementale, des techniques de relaxation et des exercices de respiration, une réactivation des réseaux sociaux, une prise en charge des stressés psychosociaux (en discutant les méthodes telles que les techniques de résolution des problèmes) et un renforcement du soutien social.
- Référer au besoin à une psychothérapie comme la thérapie cognitive et comportementale, la psychothérapie interpersonnelle, la psychothérapie interpersonnelle de groupe, et la thérapie axée sur la famille.
- Favoriser la pleine participation des personnes dans leur plan de soins et de rétablissement.
- Envisager l'utilisation des instruments de mesure comme outils pour suivre l'amélioration du fonctionnement et/ou la diminution des symptômes.

INDICATIONS DU TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

- Dépression modérée à sévère.

CHOIX DES MÉDICAMENTS DE PREMIÈRE INTENTION


- Tenir compte:
 - » Des préférences de la personne.
 - » Des réponses antérieures de la personne et des membres de sa famille aux antidépresseurs.
 - » Du profil des effets secondaires de chaque antidépresseur.
 - » De la présence de comorbidités.
 - » Des interactions potentielles avec d'autres médicaments.
- Prescrire un seul médicament à la fois, à la dose de départ la plus faible.
- Il est préférable de commencer avec des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) car ils sont aussi efficaces que les antidépresseurs tricycliques (ATCs) et présentent un rapport risque-bénéfice favorable.
- Pour la dépression psychotique, envisager d'ajouter un antipsychotique pour renforcer l'effet de l'antidépresseur durant la phase aiguë du traitement. Par la suite, arrêter l'antipsychotique progressivement.
- Le [tableau 1](#) résume la dose, les effets secondaires et les précautions à observer concernant les médicaments utilisés pour le traitement du trouble dépressif majeur.

² Il est recommandé d'utiliser ce médicament uniquement sous la supervision d'un spécialiste.

Tableau 1: Médicaments du trouble dépressif majeur

		Dose	Effets secondaires	! Précautions principales
ISRSs	Sertraline (comprimés de 50 mg)	Commencer avec: 25 mg par jour. Dose minimale efficace: 50 mg. Augmenter de: 25-50 mg chaque semaine (dose maximale: 200 mg). Administrée en une seule prise, ou fractionnée toutes les 12 heures si l'on observe des effets secondaires.	Courants: symptômes gastro-intestinaux, transpiration, agitation, anxiété, céphalée, sédation, insomnie, dysfonctionnement sexuel, appétit accru. La plupart des effets secondaires s'estompent après quelques jours. Sérieux: hyponatrémie (voir l'encadré 1), risque rare de saignement (chez les personnes qui prennent de l'aspirine ou d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens).	Interactions médicamenteuses: <ul style="list-style-type: none"> • Inhibe CYP2D6. • Elève les taux sanguins de certains antipsychotiques et ATCs. • Eviter une combinaison avec la warfarine et les AINSs tels que l'aspirine (augmente rarement le risque de saignement).
	Fluoxétine (comprimés de 20 mg)	Commencer avec: 20 mg le matin. Dose minimale efficace: 20 mg. Augmenter de: 20 mg chaque mois (dose maximale: 80 mg).	Comme pour la sertraline, mais il est possible que l'insomnie et l'agitation* soient plus courantes, et le risque d'augmenter l'appétit est moins probable. * Si présence de l'insomnie et/ou de l'agitation, envisager la prescription d'une benzodiazépine (voir l'encadré 2), de préférence diazépam, pour une durée maximale de 2 semaines.	Interactions médicamenteuses: <ul style="list-style-type: none"> • Inhibe CYP2D6, CYP3A4. • Elève les taux sanguins de certains antipsychotiques, de certaines benzodiazépines, de la carbamazépine, de la cyclosporine, de la phénytoïne et des ATCs. • Réduit l'effet du tamoxifène, de la codéine et du tramadol. • Eviter une combinaison avec la warfarine et les AINSs tels que l'aspirine (augmente rarement le risque de saignement).
ATCs	Amitriptyline (comprimés de 25 mg)	Commencer avec: 25 mg au coucher. Dose minimale efficace: 75 - 100 mg. Augmenter de: 25-50 mg chaque semaine (dose maximale: 300 mg). Administrée en une seule prise au coucher ou fractionnée toutes les 8 - 12 heures, avec la plus grande dose au coucher.	Courants: sédation, hypotension orthostatique (risque de chute), vision brouillée, sécheresse de la bouche, constipation, rétention urinaire, nausée, prise de poids, dysfonctionnement sexuel. Sérieux: modifications de l'ECG (par exemple, allongement de l'intervalle QTc), arythmie cardiaque, risque accru de crise convulsive.	A éviter chez les personnes atteintes d'une pathologie cardiaque, ayant des antécédents de crise convulsive, d'hyperthyroïdie, de rétention urinaire, ou de glaucome à angle fermé et de trouble bipolaire (risque plus élevée de passage à un épisode de manie qu'avec les ISRSs) (voir l'encadré 3). A éviter chez les personnes présentant un risque élevé de suicide: une surdose peut entraîner des crises convulsives, des arythmies cardiaques, une hypotension, un coma ou la mort. Interactions médicamenteuses: ISRSs, phénothiazines, alcool, antimuscariniques, antipsychotiques, antiarythmiques.
	Clomipramine (comprimés de 75 mg)	Commencer avec: 37.5 mg au coucher. Dose minimale efficace: 75 - 112.5 mg (fractionnée toutes les 8 - 12 heures), avec la dose la plus grande au coucher. Augmenter de: 37.5 - 75 mg chaque semaine (dose maximale: 225 mg). Peut être administrée comme une dose unique au coucher si elle est bien tolérée.	Comme pour l'amitriptyline.	Comme pour l'amitriptyline.

Encadré 1: Hyponatrémie

Symptômes: nausée, léthargie, faiblesse/crampes musculaires, confusion, crises convulsives, coma. 

Traitement: arrêter l'antidépresseur en cause, surveiller le taux de sodium de façon quotidienne; limiter l'apport de liquides.

Si le taux de sodium <125 mmol/l, une hospitalisation est nécessaire.

Lorsque les taux de sodium redeviennent normaux, envisager l'administration d'un autre médicament antidépresseur, de préférence appartenant à une classe différente, sous étroite surveillance.

Encadré 2: Rôle des benzodiazépines dans le traitement de la dépression

Les benzodiazépines ne sont pas un traitement de la dépression et ne doivent pas être prescrites systématiquement. Elles sont prescrites seulement en présence de symptômes anxieux, d'une irritabilité ou d'une insomnie au cours des 2 premières semaines du traitement avec des ISRSs (un délai de 2 semaines au moins est nécessaire pour une réponse effective avec les ISRSs qui peuvent eux-mêmes induire ces mêmes effets secondaires). Les benzodiazépines doivent être arrêtées après 2 semaines à cause de leur potentiel addictif. On peut les remplacer par d'autres anxiolytiques/sédatifs légers tels que l'hydroxyzine.

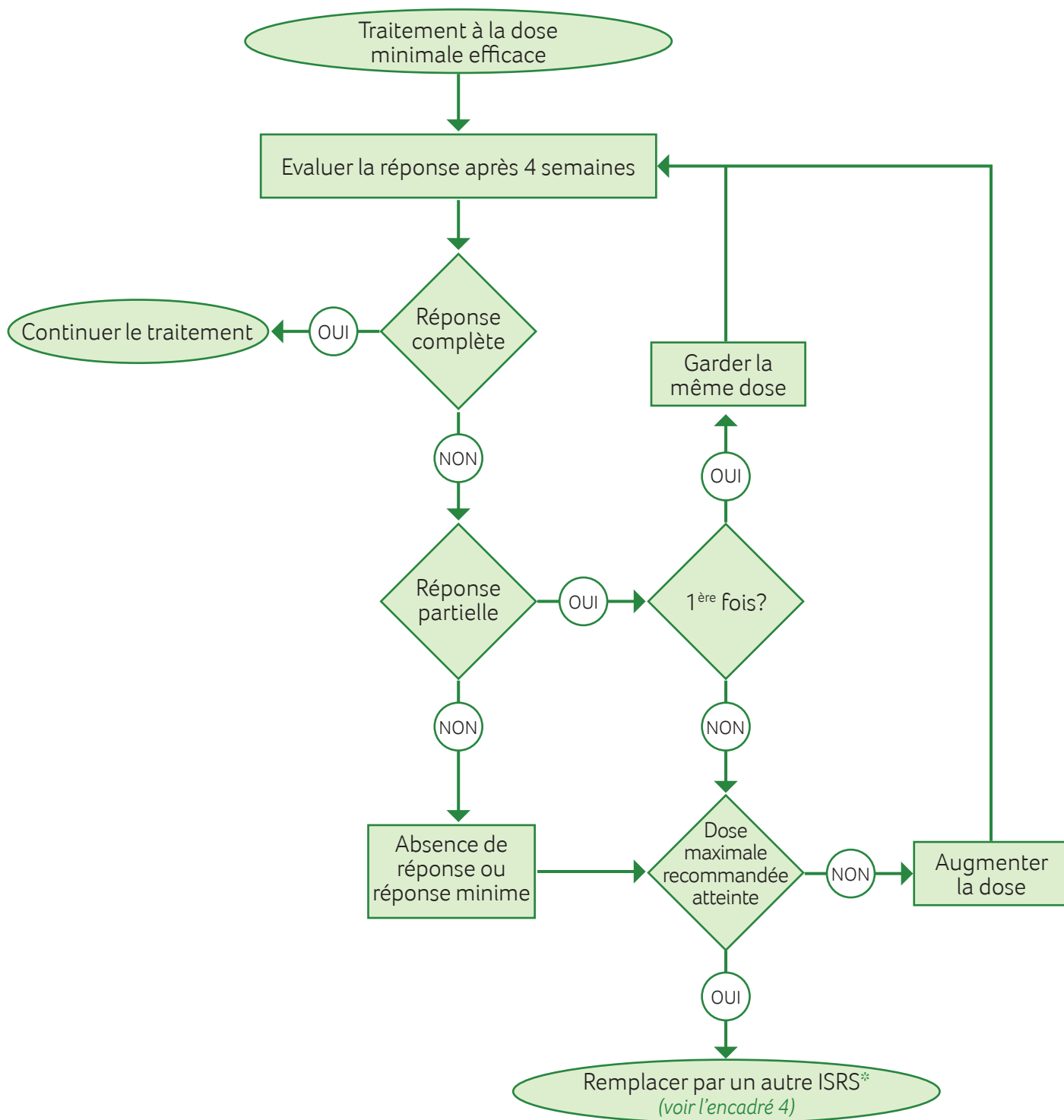
Encadré 3: Passage à un épisode de manie

Si une personne développe un épisode d'hypomanie/manie secondaire à l'administration d'un antidépresseur, arrêter l'antidépresseur immédiatement et, si les symptômes persistent, appliquer un traitement comme pour un épisode maniaque habituel. Pour les épisodes ultérieurs de dépression, envisager l'utilisation de thymorégulateurs pour cette personne, selon les recommandations pour le traitement de la dépression bipolaire (*voir le chapitre 2*).

TESTS DE SURVEILLANCE

Aucun test spécifique de routine n'est pratiqué avant le début d'un traitement par antidépresseurs ou à des fins de suivi, sauf si c'est cliniquement indiqué, comme les taux de sodium en présence de symptômes d'hyponatrémie (*voir l'encadré 1*), l'ECG si des ATCs sont administrés à une personne à risque de maladies cardiaques, le poids d'une personne souffrant de surpoids, etc.

SUIVI DU TRAITEMENT



* De préférence, les ATCs doivent uniquement être prescrits après l'échec de 2 essais d'ISRSs, à la dose maximale efficace et pendant une durée de traitement appropriée.

Encadré 4: Passage à un autre antidépresseur

En passant d'un antidépresseur à un autre, il faudrait habituellement éviter une interruption soudaine. Il est préférable de procéder à un passage progressif (cross-tapering), où la dose du médicament inefficace ou mal toléré est lentement réduite tandis que le nouveau médicament est lentement introduit. Le meilleur moyen de juger la vitesse à laquelle se fait ce passage est de surveiller la tolérabilité chez la personne. Parfois, une transition soudaine est possible, comme c'est le cas de la transition vers la fluoxétine à partir d'autres ISRSs.

- ❗ **Prudence** en passant de la fluoxétine (ayant une longue demi-vie) à d'autres antidépresseurs: à l'arrêt de la fluoxétine, attendre 2 semaines avant de commencer le nouvel antidépresseur afin d'éviter le syndrome sérotoninergique (voir l'encadré 5).
- ❗ **Prudence** en passant de la fluoxétine ou de la paroxétine à un ATC (les deux peuvent inhiber le métabolisme des ATCs): une dose de départ plus faible d'ATC est nécessaire.

Encadré 5: Syndrome sérotoninergique

Symptômes: nervosité, hyperréflexie, myoclonie, hypertonie périphérique, frissons, tachycardie, augmentation de la tension artérielle, diaphorèse, augmentation des bruits intestinaux, diarrhée, agitation, convulsions, fièvre, mydriase, delirium. **Risque de mourir.** ❗

Traitement: arrêter les antidépresseurs immédiatement. Envisager l'administration de benzodiazépines afin de maîtriser l'agitation, les crises convulsives et la rigidité musculaire. Envisager des antagonistes de la sérotonine tels que la cyproheptadine. Les formes sévères nécessitent une hospitalisation.

Lorsque le syndrome sérotoninergique disparaît, réintroduire un antidépresseur à la dose la plus faible puis l'augmenter très progressivement tout en surveillant une éventuelle réapparition des symptômes. Ne pas administrer plus d'un seul antidépresseur à la fois.

TRAITEMENT DES CAS RÉSISTANTS

Si la personne ne répond toujours pas à la monothérapie avec 2 ISRSs et 1 ATC successivement, envisager d'ajouter à l'antidépresseur du lithium³ ou un antipsychotique de deuxième génération tel que la rispéridone (0.5 à 2 mg par jour).

POPULATIONS PARTICULIÈRES

- **Les enfants (<12 ans):** les antidépresseurs sont déconseillés.
- **Les adolescents (12 à 18 ans):** après l'échec des interventions psychosociales appropriées, la fluoxétine est le médicament de choix, en combinaison avec une psychothérapie continue. Les ATCs sont contre-indiqués. Offrir à la famille/l'aidant une psychoéducation et surveiller de près pour déceler tout risque d'idées et d'actes suicidaires survenus suite au traitement (voir l'encadré 6).

³ Il est recommandé d'utiliser ce médicament uniquement sous la supervision d'un spécialiste.

- **Les personnes âgées (> 65 ans):** les ISRSs sont les médicaments de choix aux mêmes doses que celles administrées aux adultes. Faire attention car les ISRSs sont susceptibles de causer une hémorragie chez cette catégorie de personnes. La réponse thérapeutique peut être retardée (6 à 12 semaines). Il vaut mieux éviter les ATCs (hypotension et risque de chutes, constipation et rétention urinaire, delirium).
- **Femmes enceintes:** il vaut mieux éviter les antidépresseurs, notamment au cours du premier trimestre. Au besoin, la sertraline ou la fluoxétine à la plus faible dose efficace sont les médicaments de choix. La paroxétine est la moins sûre des ISRSs. Faire attention aux symptômes de sevrage chez le nouveau-né. Appeler un gynécologue.
- **Femmes allaitantes:** il vaut mieux éviter les antidépresseurs. Au besoin, la sertraline est le médicament de choix. La fluoxétine est déconseillée.

Encadré 6: Idées suicidaires associées aux ISRSs

Les ISRSs peuvent augmenter le risque d'idées et de comportements suicidaires à court terme, notamment chez les jeunes (adolescents et jeunes adultes jusqu'à l'âge de 24 ans). Toutefois, le fait de réduire la prescription d'ISRSs est associé à des taux élevés de suicide; par conséquent, ils doivent être prescrits quand c'est nécessaire, après avoir expliqué à la personne et la famille/l'aidant les risques associés et en continuant à surveiller de près.

DURÉE DU TRAITEMENT

- Le traitement doit être poursuivi pendant 9 à 12 mois après la disparition des symptômes.
- Poursuivre le traitement pendant deux années au moins, si:
 - » La personne a souffert de plus de deux épisodes dépressifs majeurs.
 - » La personne est à risque accru de faire une récurrence (symptômes résiduels, antécédents d'épisodes sévères).
 - » Les conséquences d'une éventuelle récurrence seraient vraisemblablement sévères (tentatives de suicide, sévère perturbation de la vie et incapacité de travailler).
- L'arrêt du traitement se fait en 4 semaines au moins, sauf pour la fluoxétine (ayant une plus longue demi-vie, elle peut être arrêtée plus rapidement). Si les symptômes de sevrage (*voir l'encadré 7*) sont sévères, envisager de réintroduire l'antidépresseur original et de diminuer la dose progressivement tout en surveillant les symptômes.

Encadré 7: Symptômes liés à l'arrêt du traitement

Les antidépresseurs n'engendrent pas de dépendance, mais peuvent produire certains symptômes quand ils sont arrêtés après une prise ininterrompue d'au moins 6 semaines. Ces symptômes sont plus courants avec la paroxétine, la venlafaxine et l'amitriptyline.

Symptômes: pseudo-grippaux (myalgie, frissons), sensation comparable à un choc, céphalée, nausée, insomnie, irritabilité, troubles du mouvement.

Ceux-ci sont habituellement légers et spontanément résolutifs, mais sont occasionnellement sévères et prolongés.



CHAPITRE 2: TROUBLE AFFECTIF BIPOLAIRE

- 20 Considérations générales
 - 20 Indications du traitement pharmacologique
 - 20 Choix des médicaments de première intention
 - 23 Tests de surveillance
 - 24 Suivi du traitement
 - 25 Populations particulières
 - 25 Durée du traitement
-

CHAPITRE 2: TROUBLE AFFECTIF BIPOLAIRE

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

- Exclure :
 - » Les conditions médicales (en particulier le delirium).
 - » Les effets secondaires des médicaments (corticoïdes, traitements hormonaux, traitement de l'acné etc.).
 - » D'autres troubles mentaux (troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues).
- Offrir une psychoéducation pour la personne et la famille/l'aidant (le cas échéant), une réactivation des réseaux sociaux, un maintien du rythme social, une prise en charge des stressors psychosociaux (en discutant les méthodes telles que les techniques de résolution des problèmes) et un renforcement du soutien social.
- Référer au besoin à une psychothérapie comme la thérapie cognitive et comportementale, la psychothérapie interpersonnelle et la thérapie centrée sur la famille.
- Favoriser la pleine participation des personnes dans leur plan de soins et de rétablissement.
- Envisager l'utilisation des instruments de mesure comme outils pour suivre l'amélioration du fonctionnement et/ou la diminution des symptômes.

INDICATIONS DU TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

- Manie bipolaire
(Ce chapitre se concentre principalement sur la manie bipolaire, voir l'encadré 8 pour plus d'informations sur la dépression bipolaire).

CHOIX DES MÉDICAMENTS DE PREMIÈRE INTENTION

- Arrêter l'antidépresseur en cas d'utilisation.
- Considérer:
 - » Les préférences de la personne.
 - » Le profil d'effets secondaires de chaque médicament.
 - » La présence de comorbidités.
 - » Les interactions potentielles avec d'autres médicaments.
- Pour obtenir une réponse plus rapide, initier le traitement par antipsychotiques (halopéridol ou rispéridone; voir tableau 4 pour le dosage) ou avec le valproate de sodium. Le lithium⁴ est également un traitement de première intention de la manie aiguë mais son délai d'action est plus lent et sa prescription est possible uniquement si les tests de laboratoire sont disponibles à des prix abordables. La carbamazépine peut aussi être envisagée pour le traitement de la manie, mais son efficacité est moins prouvée.
- Envisager l'administration de benzodiazépines telles que le diazépam pour calmer l'agitation (pendant 2 à 4 semaines au maximum).

⁴ Il est recommandé d'utiliser ce médicament uniquement sous la supervision d'un spécialiste; éviter l'usage du lithium comme traitement de première intention au cas où la personne ne peut se conformer aux tests sanguins de routine ou est en train de déménager.

- Si la personne est déjà sous traitement avec le lithium, le valproate de sodium ou la carbamazépine, optimiser la dose puis ajouter au besoin un antipsychotique. Si la personne est déjà sous antipsychotique, optimiser la dose et ajouter au besoin le valproate de sodium ou le lithium.
- Le *tableau 2* résume la dose, les effets secondaires et les précautions à observer concernant les médicaments utilisés pour le traitement du trouble affectif bipolaire.

Encadré 8: Traitement pharmacologique de la dépression bipolaire

Pour le traitement d'un épisode dépressif aigu:

- Utiliser des thymorégulateurs (lithium, valproate de sodium, carbamazépine, lamotrigine ou un antipsychotique) seuls ou en combinaison avec un antidépresseur (de préférence un ISRS) (*voir le tableau 2*).
- **Puisque les antidépresseurs peuvent induire un épisode de manie (*voir l'encadré 3*), ils ne doivent jamais être prescrits seuls pour traiter une dépression bipolaire.**
- A l'apparition de symptômes de manie, arrêter l'antidépresseur immédiatement.

Pour une prophylaxie à long terme:

- Il vaut mieux éviter l'utilisation prolongée d'antidépresseurs.
- Le lithium ou la lamotrigine sont probablement les meilleures options parmi les thymorégulateurs pour la prévention des épisodes dépressifs récidivants. La lamotrigine est probablement plus efficace pour la prévention des récives que pour un traitement aigu de la dépression.

Tableau 2: Médicaments du trouble affectif bipolaire

	Dose	Effets secondaires	! Précautions principales
Lithium⁵ (comprimés de 400 mg)	<p>Commencer avec: 400 mg (en doses fractionnées toutes les 12 heures).</p> <p>Augmenter: par paliers de 200 mg.</p> <p>Taux sanguins visés: Mesurer les taux sanguins de lithium 7 jours après chaque modification de la dose jusqu'à atteindre les taux sanguins visés:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Episode de manie aiguë: 0.8-1.2 mEq/l. • Traitement de maintenance: 0.6-0.8 mEq/l. 	<p>Courants: sédation, problèmes cognitifs, tremblements, perturbation de la coordination, hypotension, leucocytose, polyurie, polydipsie, nausée, diarrhée, prise de poids, chute de cheveux, éruption cutanée.</p> <p>Sérieux: diabète insipide néphrogénique, hypothyroïdie, hyperparathyroïdie, modifications de l'ECG (arythmie, maladie du sinus, modifications de l'onde T), réduction du débit de filtration glomérulaire pouvant aboutir à une insuffisance rénale et la dialyse.</p>	<p>A utiliser uniquement si la surveillance clinique et de laboratoire sont disponibles. Contre-indiqué chez les personnes souffrant de maladie cardiaque ou rénale sévère. Peut exacerber le psoriasis et l'acné. Une déshydratation peut élever les taux de lithium.</p> <p>Se méfier de la toxicité du lithium (<i>voir l'encadré 9</i>).</p> <p>Risque de tératogénicité.</p> <p>Interactions médicamenteuses: Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (inhibiteurs ACE), les diurétiques thiazidiques, le métronidazole et la tétracycline peuvent élever les taux de lithium.</p>

⁵ Il est recommandé d'utiliser ce médicament uniquement sous la supervision d'un spécialiste.

Tableau 2: Médicaments du trouble affectif bipolaire (continué)


	Dose	Effets secondaires	! Précautions principales
Valproate de sodium (comprimés de 500 mg libération immédiate ou libération contrôlée)	<p>Commencer avec: 500 mg.</p> <p>Augmenter: progressivement en fonction de la réponse et des effets secondaires.</p> <p>Dose efficace moyenne: 1000-2000 mg par jour (dose maximale: 60 mg/kg/jour).</p> <p>Taux sanguins visés: 50-100 mg/l.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Episode de manie aiguë: 100 mg/l. • Traitement de maintenance: 50 mg/l. <p>Libération immédiate: au moins deux fois par jour.</p> <p>Libération contrôlée: une fois par jour.</p>	<p>Courants: sédation, céphalée, tremblements, ataxie, nausée, vomissement, diarrhée, prise de poids, chute transitoire des cheveux, augmentation banale des résultats du Test de la Fonction Hépatique (TFH).</p> <p>Sérieux: insuffisance hépatique, thrombocytopénie, leucopénie, somnolence/confusion, pancréatite hémorragique, hyperammoniémie, œdème périphérique, hyperandrogénie et ovaires polykystiques chez les femmes.</p>	<p>A utiliser avec précaution chez les personnes souffrant d'une maladie hépatique sous-jacente ou soupçonnée.</p> <p>Risque de tératogénéité et de perturbation de la fonction cognitive chez les enfants exposés in utero: déconseillé aux femmes en âge de procréer.</p> <p>Interactions médicamenteuses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les taux de valproate de sodium diminuent sous l'effet de la carbamazépine, mais augmentent avec l'aspirine. • Le valproate de sodium élève les taux de lamotrigine.
Carbamazépine (comprimés de 200 mg et 400 mg)	<p>Commencer avec: 200 mg (en doses fractionnées toutes les 12 heures).</p> <p>Augmenter: progressivement en fonction de la réponse et des effets secondaires.</p> <p>Dose efficace moyenne: 600-800 mg (dose maximale: 1200 mg par jour) (en doses fractionnées toutes les 8 heures).</p> <p>Taux sanguins visés: 7-12 mg/l.</p> <p>Il peut s'avérer nécessaire d'ajuster la dose au bout de 2 semaines car la carbamazépine est capable d'induire son propre métabolisme.</p>	<p>Courants: sédation, confusion, étourdissement, ataxie, vision double, nausée, diarrhée, leucopénie bénigne, augmentation banale des résultats du TFH.</p> <p>Sérieux: hépatotoxicité, retard de la conduction cardiaque, faibles taux de sodium, éruption cutanée sévère.</p>	<p>Contre-indiquée pour les personnes ayant des antécédents de troubles sanguins, de maladie hépatique, rénale ou cardiaque.</p> <p>Risque de tératogénéité.</p> <p>Interactions médicamenteuses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elle peut réduire les effets des contraceptifs hormonaux, des immunosuppresseurs, des antiépileptiques, des antipsychotiques, de la méthadone et de certains antirétroviraux. • Les niveaux de carbamazépine peuvent s'élever sous l'effet de certains fongicides et antibiotiques.
Lamotrigine⁶ (comprimés de 100 mg)	<p>Commencer avec: 25 mg par jour pendant 2 semaines, puis administrer en doses fractionnées toutes les 12 heures: 50 mg/jour pendant 2 semaines, puis 100 mg/jour pendant 1-2 semaines, puis 150 mg/jour pendant 1-2 semaines, puis 200 mg/jour.</p> <p>Si elle est administrée avec le valproate de sodium: commencer avec 25 mg un jour sur deux pendant 2 semaines, puis suivre le même régime de titrage.</p> <p>Une augmentation rapide des doses élève le risque du syndrome de Stevens Johnson.</p>	<p>Courants: éruption cutanée bénigne, sédation, vision brouillée ou double, étourdissement, ataxie, céphalée, tremblements, insomnie, fatigue, nausée, douleur abdominale, constipation, rhinite.</p> <p>Sérieux: syndrome de Stevens Johnson (éruption cutanée et défaillance multiviscérale), dyscrasies sanguines rares.</p>	<p>A utiliser avec prudence chez les personnes souffrant de maladie rénale, hépatique ou cardiaque.</p> <p>Interactions médicamenteuses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le valproate de sodium élève les taux sanguins de lamotrigine, ce qui nécessite des doses inférieures de lamotrigine. • La carbamazépine peut favoriser la clairance de la lamotrigine et abaisser ses taux plasmatiques.

⁶ Il est recommandé d'utiliser ce médicament uniquement sous la supervision d'un spécialiste.

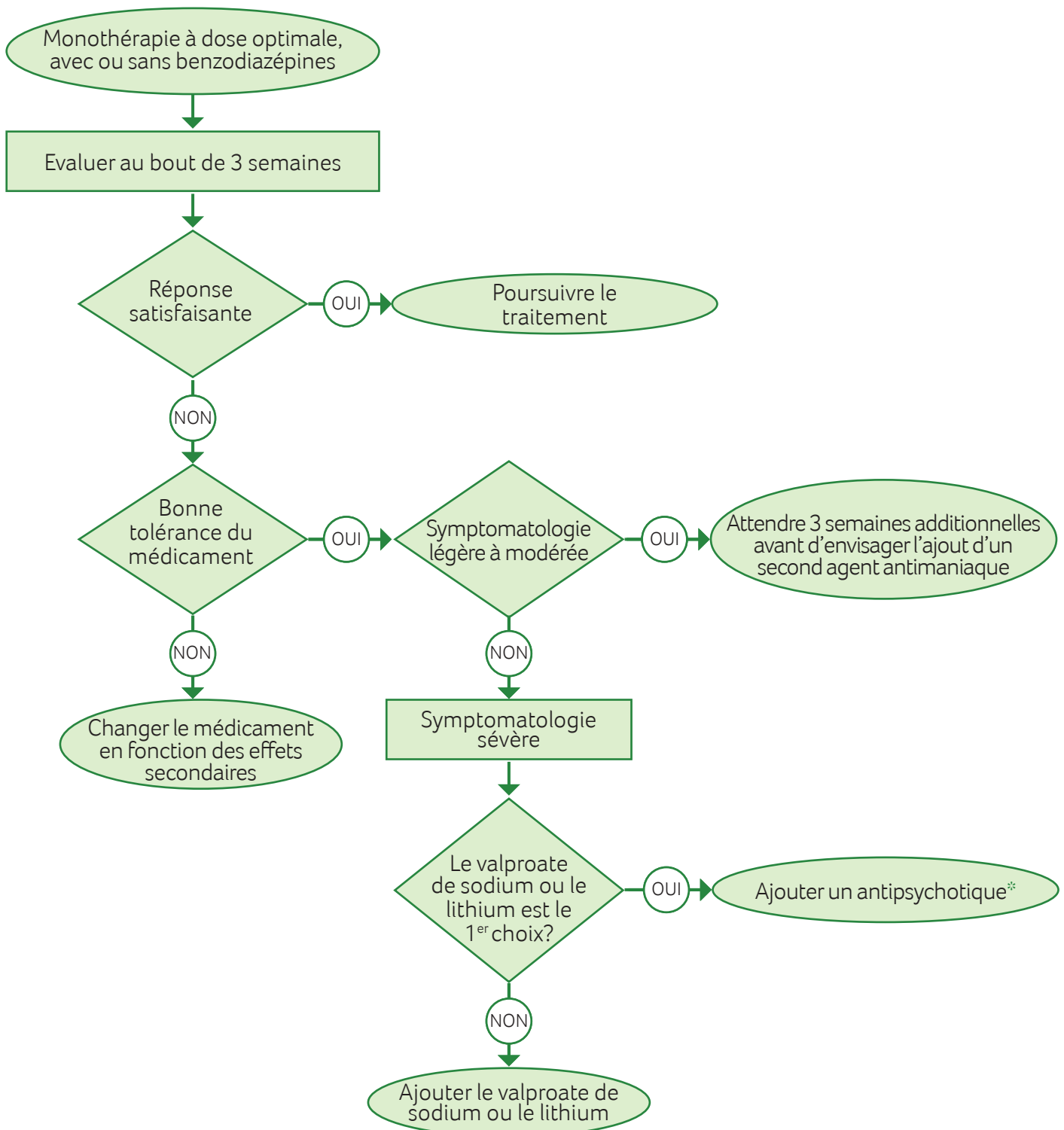
TESTS DE SURVEILLANCE

Les tests de suivi recommandés pour les médicaments avec leur fréquence et les interventions proposées si les résultats ne sont pas dans les limites normales se retrouvent dans le [tableau 3](#).

Tableau 3: Tests de suivi recommandés pour les médicaments relatifs au trouble affectif bipolaire

Médicaments	Tests de suivi	Fréquence	Interventions proposées si les résultats ne sont pas dans les limites normales
Lithium <i>(Ne pas commencer le lithium si les tests ne sont pas faisables)</i>	Taux de lithium (avant la dose du matin et 12 heures après la dose du soir)	A chaque modification de la dose au cours des premières semaines, tous les 3 mois pendant la première année puis tous les 6 mois.	<ul style="list-style-type: none"> Taux élevés de TSH: réversibles à l'arrêt du lithium. Ce n'est pas une indication pour arrêter le lithium. Penser à une supplémentation en hormones thyroïdiennes. Taux élevés de créatinine: orienter la personne vers des soins spécialisés pour procéder à des analyses plus poussées et envisager l'arrêt du lithium.
	Poids, FSC, urée, créatinine, TSH	Avant de commencer, puis chaque 6 mois.	
	ECG	Avant de commencer, si c'est cliniquement indiqué.	
	Test de grossesse	Avant de commencer (lorsque c'est applicable).	
Valproate de sodium	Taux sanguins de valproate de sodium	Jusqu'à la stabilisation de la dose au cours des premières semaines de traitement. Un contrôle continu est inutile sauf devant des preuves manifestes d'inefficacité, de non-adhérence du traitement ou d'une toxicité.	<ul style="list-style-type: none"> Elévation des enzymes hépatiques jusqu'à 2 à 3 fois au-dessus de leurs niveaux normaux: c'est probablement bénin, reprendre les tests et en l'absence d'une nouvelle détérioration, il n'est pas nécessaire d'arrêter le valproate de sodium. Enzymes hépatiques supérieures à 3 fois leurs niveaux normaux: orienter vers des soins spécialisés pour procéder à une évaluation poussée visant à exclure toute toxicité hépatique et pancréatique aiguë. Arrêter le valproate de sodium. Thrombocytopenie: si elle est modérée (100,000-150,000/microL), refaire les tests; il n'est pas nécessaire d'arrêter le valproate de sodium. Si < 100,000/microL: orienter vers des soins spécialisés et arrêter le valproate de sodium. Si hyperammonémie, arrêter le valproate de sodium.
	Poids, SGPT, SGOT, gammaGT, FSC	Avant de commencer, puis à 6 mois, au bout d'un an puis chaque année.	
	Test de grossesse	Avant de commencer (lorsque c'est applicable)	
	Taux d'ammoniaque dans le sang	Devant des signes d'hyperammoniémie (confusion, léthargie, vomissement, crises convulsives).	
Carbamazépine	Poids, urée, électrolytes, SGPT, SGOT, gammaGT, FSC	Avant de commencer. A refaire annuellement ou quand c'est cliniquement indiqué.	<ul style="list-style-type: none"> Elévation des enzymes hépatiques jusqu'à 2 à 3 fois au-dessus de leurs niveaux normaux: c'est probablement bénin, reprendre les tests et en l'absence d'une nouvelle détérioration, il n'est pas nécessaire d'arrêter la carbamazépine. Enzymes hépatiques supérieures à 3 fois leurs niveaux normaux: orienter vers des soins spécialisés pour procéder à une évaluation poussée visant à exclure toute toxicité hépatique et pancréatique aiguë. Arrêter la carbamazépine. Hyponatrémie (<i>voir l'encadré 1</i>): arrêter la carbamazépine, appliquer le traitement habituel. Leucopénie: elle est habituellement bénigne, refaire les tests, ne pas arrêter la carbamazépine sauf en cas de détérioration sévère (nombre de neutrophiles < 1500/mm³). La combinaison de carbamazépine et de clozapine augmente le risque d'agranulocytose. 
Lamotrigine	Pas besoin de tests de référence ou de suivi.		
Antipsychotiques	Se référer aux tests du chapitre de la schizophrénie (<i>chapitre 3</i>).		

SUIVI DU TRAITEMENT



* La clozapine est réservée aux cas résistants: à l'échec de plusieurs combinaisons médicamenteuses.

POPULATIONS PARTICULIÈRES

- **Adolescents (12 à 18 ans):** parmi les médicaments figurant sur la liste nationale des médicaments psychotropes et neurologiques, la rispéridone est l'un des meilleurs choix pour le traitement de la manie aiguë, suivie du lithium, du valproate de sodium et de l'halopéridol.
 - ❗ **Le valproate de sodium est contre-indiqué pour les adolescentes.**
 - **Personnes âgées (> 65 ans):** utiliser des doses inférieures de médicaments. Prévoir un risque accru d'interactions médicamenteuses.
 - **Femmes enceintes ou allaitantes:** éviter le valproate de sodium, le lithium et la carbamazépine durant la grossesse en raison du **risque d'anomalies congénitales**. Envisager l'administration de rispéridone ou d'halopéridol à faible dose vu que les antipsychotiques sont relativement sûrs pendant la grossesse. Considérer la lamotrigine pour le traitement de la dépression bipolaire. Discuter avec la personne le risque de récurrence bipolaire durant la grossesse en l'absence de traitement ainsi que les risques de chaque médicament.
- Pendant l'allaitement, il est préférable d'éviter les médicaments antiépileptiques et le lithium à cause du risque accru des effets secondaires chez les nourrissons. Il est préférable de passer à des antipsychotiques (rispéridone, halopéridol). Le valproate de sodium pourrait être utilisé si une méthode contraceptive adéquate est en place (en combinaison avec l'allaitement) et si les nourrissons sont surveillés pour une éventuelle hépatotoxicité.

DURÉE DU TRAITEMENT

- Poursuivre le traitement pendant 2 ans au moins après la rémission d'un premier épisode de manie, afin de prévenir les récurrences (phase de traitement prophylactique).
- Après un deuxième épisode, le traitement est habituellement poursuivi sur 5 ans et parfois davantage.
- Si l'épisode maniaque aigu est maîtrisé à l'aide de plusieurs médicaments, il est souhaitable de maintenir uniquement l'un d'eux pour le traitement prophylactique (puisque une monothérapie est toujours plus sûre qu'une polythérapie).
- Durant le traitement prophylactique, il est habituellement conseillé de maintenir la même dose efficace utilisée pour le traitement aigu de la manie. Toutefois, si cette dose est élevée, on peut essayer de la réduire jusqu'à la dose minimale efficace afin de diminuer le risque d'effets secondaires durant la phase de traitement prophylactique. Ceci doit être décidé au cas par cas et soupesé contre le risque de récurrence.
- Le lithium présente la meilleure preuve scientifique de prophylaxie à long terme, suivi du valproate de sodium, des antipsychotiques et de la carbamazépine. Par conséquent, si les récurrences sont fréquentes, le lithium pourrait être le traitement prophylactique de choix si les tests de laboratoire sont disponibles à des prix abordables.
- En cas de non-adhérence du traitement prophylactique à long terme: discuter les raisons de cette non-adhérence avec la personne concernée et la famille/l'aidant et fournir des informations concernant l'importance des médicaments dans la prévention des récurrences.
- Pour l'arrêt du traitement :
 - » L'arrêt des antipsychotiques, du valproate de sodium et de la carbamazépine doit se faire au moins en 4 semaines.
 - » L'arrêt du lithium doit se faire au moins en 4 semaines, et de préférence en 3 mois (voir le risque accru de récurrence en cas d'arrêt brusque).

Encadré 9: Toxicité du lithium

Le lithium a un facteur de sécurité et un indice thérapeutique qui sont extrêmement faibles, d'où l'importance d'adhérer à la dose prescrite.

Symptômes:

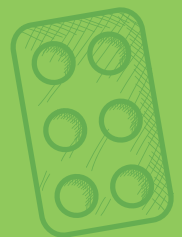
- Avec des taux de lithium > 1.5 mmol/l: anorexie, nausée, diarrhée, faiblesse musculaire, somnolence, ataxie, tremblement lent et secousses musculaires.
- Avec des taux de lithium > 2 mmol/l: désorientation, crises convulsives, coma et mort. !

Facteurs de risque: déshydratation, régime alimentaire pauvre en sodium, interactions médicamenteuses (voir le tableau 2).

Traitement: arrêt du lithium, hydratation et surveillance étroite des taux de lithium. Une hospitalisation peut s'imposer en cas de diurèse alcaline osmotique ou forcée (ne pas utiliser de diurétiques thiazidiques ou de diurétiques de l'anse), ou même une dialyse péritonéale ou une hémodialyse.

Il est indispensable d'offrir à la personne et à la famille/l'aidant une psychoéducation concernant les symptômes et les facteurs de risque de toxicité.

! Les personnes qui risquent de faire des tentatives de suicide avec une surdose ne doivent pas avoir un accès non surveillé aux comprimés de lithium.



CHAPITRE 3: SCHIZOPHRÉNIE ET AUTRES TROUBLES PSYCHOTIQUES

- 28 Considérations générales
 - 28 Indications du traitement pharmacologique
 - 28 Choix des médicaments de première intention
 - 31 Tests de surveillance
 - 31 Suivi du traitement
 - 31 Traitement des cas résistants
 - 32 Populations particulières
 - 34 Durée du traitement
-

CHAPITRE 3: SCHIZOPHRÉNIE ET AUTRES TROUBLES PSYCHOTIQUES


CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

- Exclure :
 - » Les conditions médicales (en particulier le delirium, les effets secondaires des médicaments tels que les stéroïdes et certains antipaludiques).
 - » D'autres troubles mentaux (comme les troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues, la démence).
- Offrir une psychoéducation pour la personne et la famille/l'aidant (le cas échéant), une réactivation des réseaux sociaux, une prise en charge des stressors psychosociaux (en discutant les méthodes telles que les techniques de résolution des problèmes) et un renforcement du soutien social. Promouvoir le fonctionnement dans la vie quotidienne et les activités sociales ainsi que l'autonomie. Évaluer la famille/l'aidant qui peut être atteint d'un trouble mental associé aux prestations de soins.
- Référer au besoin à une psychothérapie comme la thérapie centrée sur la famille et la thérapie par remédiation cognitive.
- Favoriser la pleine participation des personnes dans leur plan de soins et de rétablissement.
- Envisager l'utilisation des instruments de mesure comme outils pour suivre l'amélioration du fonctionnement et/ou la diminution des symptômes.

INDICATIONS DU TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

- Schizophrénie.
- Trouble schizo-affectif.
- Trouble délirant.

CHOIX DES MÉDICAMENTS DE PREMIÈRE INTENTION

- Lorsqu'une psychose est identifiée, initier immédiatement les médicaments antipsychotiques, prescrire un seul antipsychotique à la fois, commencer avec la dose la plus faible puis augmenter la dose rapidement tant que le médicament est bien toléré.
- Les antipsychotiques de première génération et les antipsychotiques de deuxième génération autre que la clozapine sont aussi efficaces pour le traitement de la psychose mais leurs profils des effets secondaires diffèrent. Le choix du médicament se fait en fonction des préférences de la personne, du degré d'adhérence au plan thérapeutique, de la réponse et de la tolérance précédentes au traitement, du profil d'effets secondaires de chaque antipsychotiques, de la présence de comorbidités et des interactions potentielles avec d'autres médicaments.
- La clozapine⁷ est réservée au traitement des cas résistants en raison du risque d'**agranulocytose**  et du besoin de répéter les bilans sanguins (*voir l'encadré 10*). Son efficacité est supérieure aux autres antipsychotiques.
- Le *tableau 4* résume la dose, les effets secondaires et les précautions à observer concernant les médicaments utilisés pour le traitement de la schizophrénie et des autres troubles psychotiques.

⁷ Il est recommandé d'utiliser ce médicament uniquement sous la supervision d'un spécialiste.



Tableau 4: Médicaments de la schizophrénie et autres troubles psychotiques

	Dose	Effets secondaires	! Précautions principales
Antipsychotiques de première génération	<p>Halopéridol (comprimés de 5 mg)</p> <p>Commencer avec: 2.5 mg à 5 mg. Dose minimale efficace: 5 mg à 10 mg. Augmenter progressivement sur 2 semaines: jusqu'à une dose maximale: 30 mg (administrée en doses fractionnées toutes les 8 heures).</p>	<p>Courants: sédation, étourdissement, vision brouillée, sécheresse de la bouche, rétention urinaire, constipation, tachycardie, prise de poids, galactorrhée, aménorrhée, dysfonctionnement sexuel.</p> <p>Sérieux: hypotension orthostatique, effets extrapyramidaux (voir l'encadré 11), modifications de l'ECG (allongement de l'intervalle QT) (voir l'encadré 12), syndrome malin des neuroleptiques (voir l'encadré 13).</p>	<p>A utiliser avec précaution chez les personnes souffrant de: maladie rénale, hépatique ou cardiaque, épilepsie, syndrome du QT long ou recevant des médicaments prolongeant l'intervalle QT. Si possible, surveiller l'ECG.</p>
	<p>Chlorpromazine (comprimés de 100 mg)</p> <p>Commencer avec: 25 à 50 mg. Dose minimale efficace pour un effet antipsychotique: 300 mg. Dose maximale pour un effet antipsychotique: 1000 mg (en doses fractionnées toutes les 8 heures). Dose minimale efficace pour une sédation: 50 mg. Dose maximale pour une sédation: 300 mg (en doses fractionnées toutes les 8 heures).</p>	<p>Comme pour l'halopéridol.</p> <p>Risque supérieur de: sédation, hypotension orthostatique, syncope, photosensibilité, ictère.</p>	<p>Comme pour l'halopéridol.</p> <p>A utiliser avec une plus grande précaution chez les personnes souffrant de: maladie respiratoire, glaucome, rétention urinaire.</p> <p>Contre-indications: altération de l'état de conscience, dépression médullaire, phéochromocytome.</p> <p>Interactions médicamenteuses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmente les effets des médicaments hypotenseurs. • Diminue la tension artérielle en combinaison avec l'épinéphrine.
	<p>Décanoate de Zuclopenthixol⁸ (IM 200 mg/ml)</p> <p>Dose d'essai: 100 mg. Administrer une seconde injection (200 mg) après 1 à 4 semaines en fonction de la réponse. Ajuster la dose et la fréquence des injections en fonction de la réponse et de la tolérabilité.</p> <p>Dose minimale efficace: 200 mg toutes les 4 semaines. Dose maximale: 200 mg chaque semaine.</p> <p>Après l'injection initiale, poursuivre l'administration de l'antipsychotique oral reçu auparavant durant la première semaine, puis réduire la dose et arrêter le médicament pendant une autre semaine.</p> <p>Equivalences entre les antipsychotiques: 100 mg/ semaine de zuclopenthixol IM est l'équivalent d'une dose orale quotidienne de 25 à 50 mg de zuclopenthixol, d'une dose orale de 1 à 5 mg d'halopéridol, d'une dose orale de 0.5 à 3 mg de rispéridone.</p> <p>Attendre 2 à 3 mois avant d'évaluer l'effet thérapeutique complet.</p>	<p>Comme pour l'halopéridol.</p>	<p>Comme pour l'halopéridol</p> <p>Contre-indications: hypersensibilité, collapsus circulatoire, diminution de l'état de conscience quelle que soit la cause.</p> <p>Déconseillé aux personnes n'ayant jamais pris d'antipsychotiques oraux.</p> <p>A éviter chez les personnes ayant développé dans le passé le syndrome malin des neuroleptiques secondaire à un traitement par antipsychotique.</p>

⁸ Il est recommandé d'utiliser ce médicament uniquement sous la supervision d'un spécialiste.

Tableau 4: Médicaments de la schizophrénie et autres troubles psychotiques (continué)

		Dose	Effets secondaires	! Précautions principales
Antipsychotiques de deuxième génération	Risperidone (comprimés de 4 mg, sirop 1 mg/ml)	<p><u>Comprimés:</u> Commencer avec: 1 mg.</p> <p>Dose minimale efficace: 2 mg.</p> <p>Dose maximale: 8 mg* (une fois par jour ou fractionnée toutes les 12 heures).</p> <p>* Si elle est bien tolérée et en l'absence de réponse optimale, on peut l'augmenter jusqu'à 10 mg.</p> <p><u>Sirop pour enfants et personnes âgées:</u> de 0.25 à 2 mg par jour.</p> <p>Le sirop peut être mélangé avec de l'eau, du café, du jus d'orange et du lait à faible teneur en matière grasse, mais non du coca ou du thé.</p>	<p>Courants: sédation, étourdissement, tachycardie.</p> <p>Sérieux: hypotension orthostatique, effets métaboliques (taux élevés de lipide, résistance à l'insuline, prise de poids), effets extrapyramidaux, taux élevé de prolactine, dysfonctionnement sexuel, syndrome malin des neuroleptiques.</p>	<p>A utiliser avec précaution chez les personnes souffrant de maladie cardiaque.</p> <p>Risque accru d'accident cardiovasculaire chez les personnes âgées.</p> <p>Interactions médicamenteuses: la carbamazépine peut réduire les taux de rispéridone, tandis que la fluoxétine peut les élever.</p>
	Clozapine⁹ (comprimés de 100 mg)	<p>Commencer avec: 25 mg.</p> <p>Augmenter: lentement de 25 mg tous les 1-2 jours, en fractionnant la dose toutes les 12 heures.</p> <p>Dose moyenne efficace: 300 à 450 mg (peut être administrée en une seule prise le soir lorsque l'efficacité est atteinte et que le médicament est bien toléré).</p> <p>Dose maximale: 900 mg.</p> <p>Si le traitement est arrêté pendant plus de 2 jours mais moins qu'une semaine, augmenter la dose rapidement sur une période de 3 jours au moins, en commençant par la moitié de la dernière dose.</p> <p>S'il est arrêté pendant plus d'une semaine, décider la dose comme pour une nouvelle personne.</p>	<p>Courants: sédation, hypersalivation, nausée, reflux gastro-œsophagien, hypotension orthostatique, tachycardie, fièvre, énurésie.</p> <p>Sérieux: effets métaboliques importants (taux élevés de lipides, résistance à l'insuline, prise de poids), crises convulsives (aux doses >500 mg/jour; envisager d'ajouter un traitement prophylactique avec l'acide valproïque), agranulocytose/neutropénie, éosinophilie, myocardite, pneumonie, constipation sévère.</p>	<p>A utiliser avec précaution chez les personnes souffrant de maladie cardiaque, syndrome métabolique, épilepsie.</p> <p>Interactions médicamenteuses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il peut s'avérer nécessaire de réduire la dose si celle-ci est administrée en combinaison avec la fluvoxamine. • Il peut s'avérer nécessaire d'augmenter la dose si la personne est un fumeur (en cas d'arrêt du tabac, penser à réduire la dose de clozapine).
Anticholinergiques	Biperiden (comprimés de 4 mg)	<p>Commencer avec: 2 mg.</p> <p>Dose maximale: 12 mg (en doses fractionnées toutes les 6 à 12 heures).</p>	<p>Courants: sédation, confusion, agitation et troubles de mémoire (en particulier chez les personnes âgées), tachycardie, sécheresse de la bouche, rétention urinaire et constipation.</p> <p>Sérieux: glaucome à angle fermé, myasthénie sévère et obstruction gastro-intestinale.</p>	<p>A utiliser avec précaution chez les personnes souffrant de maladie cardiaque, hépatique ou rénale.</p> <p>Ne pas prescrire d'anticholinergiques systématiquement aux personnes sous antipsychotiques.</p> <p>Interactions médicamenteuses: A utiliser avec prudence en combinaison avec d'autres médicaments anticholinergiques.</p>
	Trihexyphénidyle (comprimés de 5 mg)	<p>Commencer avec: 2.5 mg.</p> <p>Dose maximale: 15 mg (en doses fractionnées toutes les 6 à 12 heures).</p>		

⁹ Il est recommandé d'utiliser ce médicament uniquement sous la supervision d'un spécialiste.

TESTS DE SURVEILLANCE

- Il est conseillé de procéder à une vérification du poids, du pouls et de la tension artérielle avant de commencer la prise d'antipsychotiques, puis une fois par mois au cours des 3 premiers mois, au bout d'un an et par la suite une fois par an.
 - Il est conseillé d'effectuer un ECG si c'est cliniquement indiqué (tension élevée) ou en cas d'antécédents personnels de maladies cardiaques. On peut le faire avant d'initier les antipsychotiques, après 3 mois, au bout d'un an et par la suite une fois par an.
 - Si possible, mesurer les taux de lipides sanguins et de la glycémie à jeun 6 mois après l'initiation des antipsychotiques, au bout d'un an et par la suite une fois par an. Ceci est particulièrement important en présence de facteurs de risque et en cas de prise des antipsychotiques de deuxième génération.
 - Chez les personnes sous traitement par clozapine, une formule sanguine complète est due chaque semaine pendant 18 semaines, puis toutes les 2 semaines jusqu'à un an et par la suite une fois par mois.
- ! Il ne faut pas prescrire la clozapine s'il est difficile de procéder à ces contrôles réguliers en raison du risque de développer une agranulocytose potentiellement fatale.**

SUIVI DU TRAITEMENT

- Au cours des premières semaines, surveiller la réponse et la tolérabilité du traitement et prendre des mesures suivant les directives du [tableau 5](#).
- Le médicament doit être généralement administré à une dose efficace pendant une durée d'au moins 6 à 8 semaines avant d'envisager de passer à un autre antipsychotique. Cependant, cette transition peut être envisagée plus tôt (à 2-3 semaines) si les symptômes sont sévères et ne répondent pas au traitement.
- Le changement de médicament doit se faire lentement par *cross-tapering*.
- Si l'adhérence au traitement n'est pas satisfaisante, discuter les raisons de cette non-adhérence avec la personne concernée et la famille/l'aidant, donner des informations sur l'importance du médicament et considérer la prescription d'antipsychotiques injectables dépôt/à action prolongée.

Tableau 5: Réponse thérapeutique et tolérabilité

	Tolérance +	Tolérance -
Réponse +	Poursuivre le même traitement.	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire la dose. • Prescrire un traitement pour réduire les effets secondaires (tel un anticholinergique, etc.). • Remplacer par un autre antipsychotique, de préférence appartenant à une autre classe et présentant un profil d'effets secondaires différent.
Réponse -	Augmenter jusqu'à la dose maximale recommandée.	<ul style="list-style-type: none"> • Remplacer par un autre antipsychotique, de préférence appartenant à une classe différente.

TRAITEMENT DES CAS RÉSISTANTS

Les personnes en échec de 2 essais d'antipsychotiques (l'un des deux étant un antipsychotique de deuxième génération autre que la clozapine), à une dose et pour une durée optimales, doivent recevoir un traitement par la clozapine, s'il est possible d'effectuer des bilans sanguins selon les recommandations. L'efficacité du traitement par la clozapine doit être évaluée au cours des 6 mois.

POPULATIONS PARTICULIÈRES

- **Adolescents (12 à 18 ans):** il est préférable d'initier le traitement avec la rispéridone, suivie de l'halopéridol. Attention au risque accru d'effets extrapyramidaux chez les jeunes.
- **Les personnes âgées (> 65 ans):** utiliser entre le tiers et la moitié de la dose habituelle de médicament. Prévoir un risque accru d'interactions médicamenteuses.
- **⚠ Prudence: les antipsychotiques représentent un risque accru d'accidents vasculaires cérébraux et de mort chez les personnes âgées atteintes de psychose attribuable à la démence.**
- **Femmes enceintes ou allaitantes:** aux femmes psychotiques envisageant une grossesse ou enceintes ou allaitantes, il faut envisager l'administration d'halopéridol ou de rispéridone à faible dose.
- **⚠ Etre vigilant au risque d'effets extrapyramidaux chez le nouveau-né.** Il ne faut pas prescrire d'anticholinergiques durant une grossesse, sauf pour une utilisation aiguë de courte durée (pendant quelques jours à quelques semaines). L'administration de benzodiazépines est possible uniquement dans les cas aigus (quelques jours à quelques semaines), mais celles-ci sont susceptibles d'engendrer le syndrome du bébé floppy (mou) si elles sont prises à l'approche de l'accouchement.

Encadré 10: Neutropénie/Agranulocytose

C'est un effet secondaire rare du traitement par la clozapine: 0.8%. Le risque est supérieur durant les 18 premières semaines de traitement.

Une neutropénie sévère, définie par un nombre absolu de neutrophiles $< 500/\text{mm}^3$, peut entraîner

⚠ l'infection et la **mort**: conseiller aux personnes de signaler immédiatement une fièvre et des signes d'infection.

Un nombre absolu de neutrophiles de base doit être $> 1500/\text{mm}^3$ pour initier un traitement par la clozapine et le traitement doit être suspendu si le nombre absolu de neutrophiles tombe en dessous de $1000/\text{mm}^3$.

Encadré 11: Effets extrapyramidaux

Symptômes: Réactions dystoniques aiguës, pseudoparkinsonisme (tremblement, bradykinésie, rigidité en roue dentée), acathésie, dyskinésie tardive.

Traitement: réduire la dose d'antipsychotiques, ajouter des médicaments anticholinergiques (sauf en cas de dyskinésie tardive où il faut les arrêter), remplacer par un antipsychotique présentant un risque inférieur d'effets extrapyramidaux (clozapine).

La prométhazine (25-75 mg) peut également réduire les effets extrapyramidaux aigus, notamment les réactions dystoniques aiguës.

On peut utiliser le propranolol (30-80 mg/jour) pour traiter l'acathésie.

Encadré 12: Allongement de l'intervalle QT

Les antipsychotiques (en particulier, l'halopéridol et la chlorpromazine) peuvent prolonger l'intervalle QT. QTc (QT corrigé en fonction de la fréquence cardiaque) est normal quand < 440 msec chez les hommes, < 470 msec chez les femmes.

Risque élevé d'arythmie (notamment de torsade de pointes) quand > 500 msec: arrêter le médicament soupçonné, remplacer par un médicament à effets moins importants (par exemple, remplacer l'halopéridol par la rispéridone ou la clozapine), surveiller l'ECG de très près.

Entre les limites normales et 500 msec: envisager de réduire la dose ou de remplacer le médicament, surveiller l'ECG de très près.

Facteurs de risque pour l'allongement de l'intervalle QT: maladies cardiaques, hypokaliémie, hypomagnésémie, hypocalcémie.

Les médicaments non psychotropes associés à l'allongement de l'intervalle QT: érythromycine, ampicilline, quinine, quinidine, amiodarone, amantadine, cyclosporine, diphenhydramine, hydroxyzine, tamoxifène, etc.

Encadré 13: Syndrome malin des neuroleptiques

C'est un effet secondaire néfaste rare mais **potentiellement fatal** des antipsychotiques.

Symptômes: rigidité musculaire, hyperthermie, hypertension, tachycardie, confusion.

Tests anormaux: taux élevés de créatinine kinase (CPK), leucocytose, résultats élevés au test de la fonction hépatique.

Traitement: hospitalisation d'urgence et arrêt des antipsychotiques. Envisager la réhydratation, la prescription de benzodiazépines et de bromocriptine. Pour les cas sévères, une ventilation artificielle peut s'avérer nécessaire.

A la disparition des symptômes, tester de nouveau avec un autre antipsychotique à faible affinité avec la dopamine comme la clozapine. Initier à de faibles doses et surveiller de près.

Encadré 14: Catatonie

Symptômes: stupeur, mutisme, flexibilité cireuse, négativisme, prise de posture, écholalie, échopraxie, refus de manger et de boire.

Elle est associée à la schizophrénie, la dépression, la manie etc.

Exclure les conditions médicales.

Traitement: l'hospitalisation est recommandée. Ecarter le syndrome malin des neuroleptiques. Envisager la prescription de benzodiazépines.

DURÉE DU TRAITEMENT

- Le traitement par antipsychotiques doit être poursuivi pendant 1 à 2 ans au moins si l'on obtient une rémission complète des symptômes après un premier épisode de psychose.
- Discuter avec la personne et la famille/l'aidant les risques de récurrence en comparaison avec les effets secondaires des médicaments à long terme et leur apprendre comment identifier les symptômes précoces d'une récurrence.
- Réduire la dose de médicament lentement sur une période de quelques mois et surveiller les symptômes de récurrence.
- Après un deuxième épisode de psychose, il vaut mieux poursuivre le traitement sur plusieurs années.



CHAPITRE 4: TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

- 36 Considérations générales
 - 36 Indications du traitement pharmacologique
 - 36 Choix des médicaments de première intention
 - 36 Tests de surveillance
 - 37 Suivi du traitement
 - 38 Traitement des cas résistants
 - 38 Populations particulières
 - 38 Durée du traitement
-

CHAPITRE 4: TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

- Offrir une psychoéducation pour la personne et la famille/l'aidant (le cas échéant), des techniques de relaxation et des exercices de respiration, et une prise en charge des stressors psychosociaux (en discutant les méthodes telles que les techniques de résolution des problèmes).
- Référer au besoin à une psychothérapie comme la thérapie cognitive et comportementale.
- Favoriser la pleine participation des personnes dans leur plan de soins et de rétablissement.
- Envisager l'utilisation des instruments de mesure comme outils pour suivre l'amélioration du fonctionnement et/ou la diminution des symptômes.

INDICATIONS DU TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

- Trouble obsessionnel compulsif (TOC) sévère.

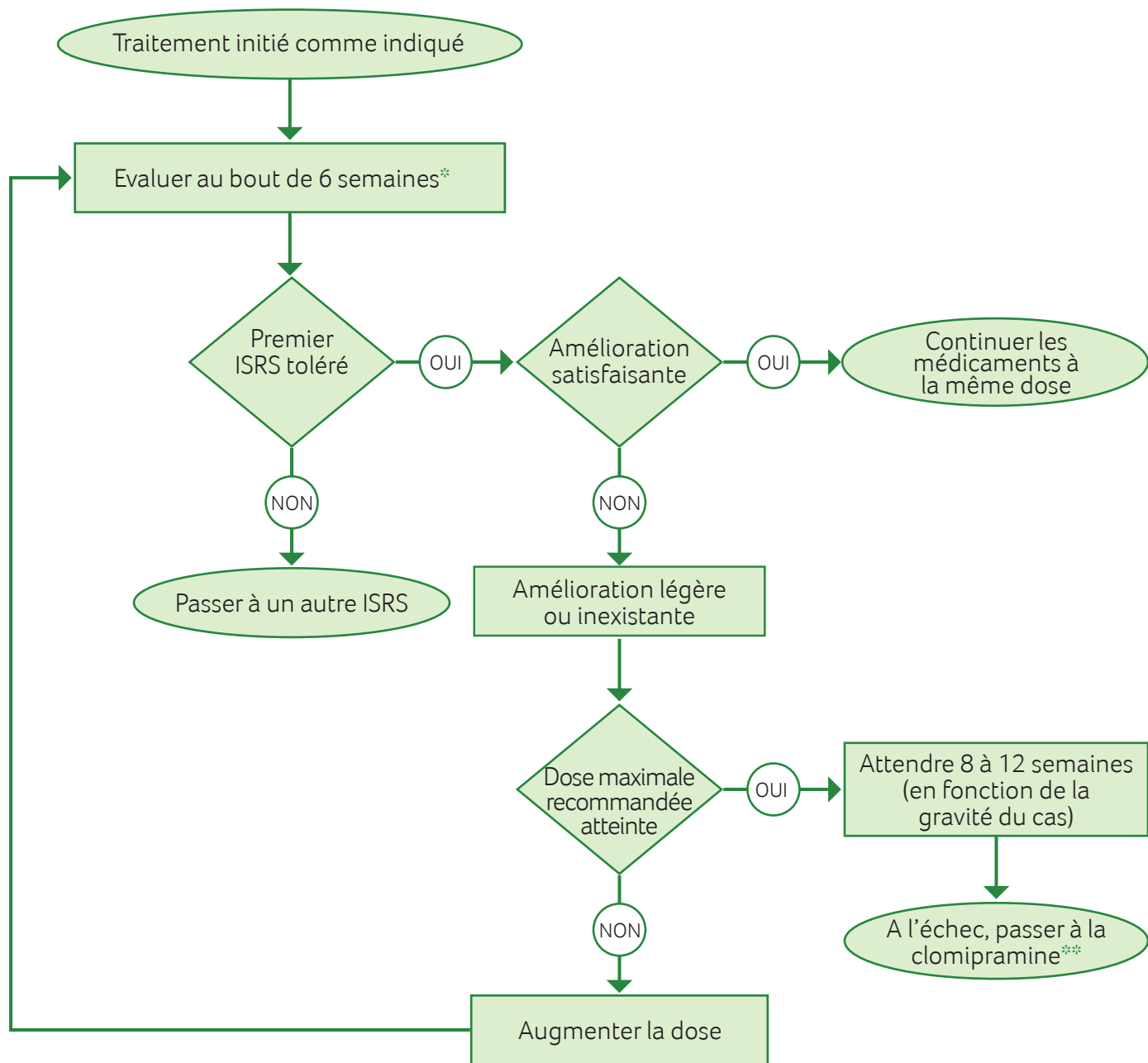
CHOIX DES MÉDICAMENTS DE PREMIÈRE INTENTION

- Le meilleur traitement d'un trouble obsessionnel compulsif (TOC) sévère est l'association de médicaments et d'une thérapie cognitive et comportementale.
- Les ISRSs sont considérés aussi efficaces que les ATCs pour le traitement du TOC, et sont mieux tolérés, constituant par conséquent le traitement de choix du TOC. Le choix entre la fluoxétine et la sertraline doit se faire en fonction des préférences de la personne, du profil des effets secondaires, des comorbidités et des interactions potentielles avec d'autres médicaments.
- L'effet thérapeutique peut tarder à se manifester avec les TOC par comparaison à la dépression, et pourrait nécessiter des doses supérieures d'ISRSs.
- On peut administrer des benzodiazépines au début du traitement pendant 2 à 4 semaines au maximum, en présence d'une anxiété excessive, d'une insomnie ou d'une agitation. Éviter un emploi prolongé des benzodiazépines en raison du risque de dépendance.
- Pour les médicaments, *voir le tableau 1* du chapitre du trouble dépressif majeur (*chapitre 1*).

TESTS DE SURVEILLANCE

Aucun test spécifique de routine n'est pratiqué avant le début d'un traitement pharmacologique ou à des fins de suivi, sauf si c'est cliniquement indiqué, comme les taux de sodium en présence de symptômes d'hyponatrémie (*voir l'encadré 1*), l'ECG si des ATCs sont administrés à une personne à risque de maladies cardiaques, le poids d'une personne souffrant de surpoids, etc.

SUIVI DU TRAITEMENT



* Sauf si des effets secondaires sévères les obligent à requérir une consultation psychiatrique avant cette date.

** Appliquer avec la clomipramine le même schéma thérapeutique: augmenter d'abord la dose jusqu'à atteindre la dose thérapeutique moyenne et évaluer au bout de 6 semaines. Si la réponse n'est pas satisfaisante et que le médicament est bien toléré, augmenter jusqu'à la dose maximale et maintenir pendant 8 à 12 semaines.

TRAITEMENT DES CAS RÉSISTANTS

A l'échec de l'essai par la clomipramine:

- Combiner la clomipramine avec un ISRS (il faut être vigilant avec la fluoxétine car elle élève les taux de clomipramine).
- Ou ajouter un antipsychotique (rispéridone) soit à l'ISRS ou à la clomipramine.

Attention au risque plus élevé d'effets secondaires avec une combinaison de médicaments, en particulier les effets cardiaques indésirables et le syndrome sérotoninergique.

POPULATIONS PARTICULIÈRES

- **Adolescents (12 à 18 ans):**
 - » En présence d'un TOC léger, essayer une thérapie cognitive et comportementale sur 3 mois au moins avant de commencer les médicaments.
 - » En présence d'un TOC modéré à sévère, il faut prendre une décision en fonction de l'accès à la thérapie cognitive et comportementale et des préférences parent/adolescent, sachant que la thérapie cognitive et comportementale ou les médicaments sont efficaces séparément mais qu'une association des deux serait meilleure.
 - » La fluoxétine et la sertraline sont les médicaments de choix, éviter les ATCs, éviter les benzodiazépines.
 - » A l'échec d'un essai par ISRS à la dose maximale pendant une durée de traitement adéquate, il faut toujours passer à un autre ISRS avant d'envisager la clomipramine.
 - » Offrir une psychoéducation à la famille/l'aidant et surveiller de près afin d'identifier tout risque d'idées et d'actes suicidaires induits par le traitement.
- **Femmes enceintes ou allaitantes:** les mêmes considérations que pour le traitement de la dépression sont valables. Éviter les benzodiazépines, en particulier avant l'accouchement en raison du risque d'engendrer le syndrome du bébé floppy (mou).
- **Personnes âgées (> 65 ans):** éviter les benzodiazépines en raison du risque accru de chute, de confusion et de réactions paradoxales. Se méfier des interactions médicamenteuses et comorbidités.

DURÉE DU TRAITEMENT

- A la rémission des symptômes, le traitement doit être poursuivi pendant 12 mois au moins, de préférence à la même dose aiguë efficace.
- L'arrêt du médicament doit se faire lentement, sur une période de plusieurs semaines.
- Une réapparition des symptômes pourrait justifier un traitement continu sur plusieurs années.



CHAPITRE 5: TROUBLES ANXIEUX

- 40 Considérations générales
 - 40 Indications du traitement pharmacologique
 - 40 Choix des médicaments de première intention
 - 43 Tests de surveillance
 - 43 Suivi du traitement
 - 44 Traitement des cas résistants
 - 44 Populations particulières
 - 44 Durée du traitement
-

CHAPITRE 5: TROUBLES ANXIEUX

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

- Exclure les conditions médicales (en particulier, les maladies cardiovasculaires, l'hyperthyroïdie).
- Considérer les interventions psychosociales comme traitement de première intention avant le recours aux médicaments.
- Offrir une psychoéducation pour la personne et la famille/l'aidant (le cas échéant), une activation comportementale, des techniques de relaxation et des exercices de respiration et une prise en charge des stressés psychosociaux (en discutant les méthodes telles que les techniques de résolution des problèmes).
- Référer au besoin à une psychothérapie comme la thérapie cognitive et comportementale et l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) pour un état de stress post-traumatique.
- Favoriser la pleine participation des personnes dans leur plan de soins et de rétablissement.
- Ne pas prescrire de suppléments vitaminiques et minéraux sauf au cas d'indication médicale.
- Envisager l'utilisation des instruments de mesure comme outils pour suivre l'amélioration du fonctionnement et/ou la diminution des symptômes.

INDICATIONS DU TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

- Trouble panique.
- Phobie sociale.
- Trouble d'anxiété généralisée.
- Etat de stress post-traumatique.


CHOIX DES MÉDICAMENTS DE PREMIÈRE INTENTION

- Les ISRSs constituent le traitement de choix des troubles anxieux, et non les benzodiazépines.
- Tous les ISRSs sont considérés aussi efficaces pour le traitement des troubles anxieux. Le choix entre la fluoxétine et la sertraline doit se faire en fonction des préférences de la personne, du profil d'effets secondaires, des comorbidités et des interactions potentielles avec d'autres médicaments.
- A comparer avec la dépression, l'effet thérapeutique peut tarder à se manifester avec les troubles anxieux et peut nécessiter des doses supérieures d'ISRSs.
- On peut administrer des benzodiazépines au début du traitement pendant 2 semaines en général, en présence d'une anxiété excessive, d'une insomnie ou d'une agitation. Éviter un emploi prolongé de benzodiazépines en raison du risque de dépendance et leur manque d'efficacité pour le traitement des troubles anxieux. *Voir l'encadré 15* pour le sevrage de la benzodiazépine.
- Le propranolol peut s'avérer parfois utile à titre de traitement auxiliaire afin de réduire les symptômes somatiques de l'anxiété (hypervigilance, tachycardie, diaphorèse, acathésie, etc.) et peut être utilisé uniquement selon le cas afin de maîtriser l'anxiété de performance.
- L'hydroxyzine et la prométhazine au besoin peuvent être utilisées à la place des benzodiazépines pour soulager les symptômes d'anxiété aiguë, l'acathésie et l'insomnie.
- Le *tableau 6* résume la dose, les effets secondaires et les précautions à observer concernant les médicaments utilisés pour le traitement des troubles anxieux.

Tableau 6: Médicaments des troubles anxieux

		Dose	Effets secondaires	! Précautions principales
ISRSs	Sertraline (comprimés de 50 mg)	Commencer avec: 25 mg par jour. Dose minimale efficace: 50 mg. Augmenter de: 25-50 mg chaque semaine (dose maximale: 200 mg). Administrée en une seule prise, ou fractionnée toutes les 12 heures si l'on observe des effets secondaires.	Courants: symptômes gastro-intestinaux, transpiration, agitation, anxiété, céphalée, sédation, insomnie, dysfonctionnement sexuel, appétit accru. La plupart des effets secondaires s'estompent après quelques jours. Sérieux: hyponatrémie (voir l'encadré 1), risque rare de saignement (chez les personnes qui prennent de l'aspirine ou d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens).	Interactions médicamenteuses: <ul style="list-style-type: none"> Inhibe CYP2D6. Elève les taux sanguins de certains antipsychotiques et ATCs. Eviter une combinaison avec la warfarine et les AINSs tels que l'aspirine (augmente rarement le risque de saignement).
	Fluoxétine (comprimés de 20 mg)	Commencer avec: 20 mg le matin. Dose minimale efficace: 20 mg. Augmenter de: 20 mg chaque mois (dose maximale: 80 mg).	Comme pour la sertraline, mais il est possible que l'insomnie et l'agitation* soient plus courantes, et le risque d'augmenter l'appétit est moins probable. <i>* Si présence de l'insomnie et/ou de l'agitation, envisager la prescription d'une benzodiazépine (voir l'encadré 2), de préférence diazépam, pour une durée maximale de 2 semaines.</i>	Interactions médicamenteuses: <ul style="list-style-type: none"> Inhibe CYP2D6, CYP3A4. Elève les taux sanguins de certains antipsychotiques, de certaines benzodiazépines, de la carbamazépine, de la cyclosporine, de la phénytoïne et des ATCs. Réduit l'effet du tamoxifène, de la codéine et du tramadol. Eviter une combinaison avec la warfarine et les AINSs tels que l'aspirine (augmente rarement le risque de saignement).
Benzodiazépines	Diazépam (comprimés de 5 mg)	Commencer avec: 2.5 mg Dose maximale: 20 mg par jour (fractionnée toutes les 6 à 12 heures). Peut être administré au besoin. Utiliser la dose minimale efficace pendant la durée la plus courte possible, de façon à ne pas dépasser les 4 semaines. Le risque de dépendance est probablement inférieur qu'avec d'autres benzodiazépines.	Courants: somnolence, sédation, vertige, céphalée, faiblesse musculaire. Sérieux: confusion, dépression, dysarthrie, tremblement, déficience visuelle, rétention ou incontinence urinaire, troubles gastro-intestinaux, amnésie, ictère, troubles sanguins, hypersensibilité, dépression respiratoire, hypotension potentiellement fatale , réactions paradoxales (excitation, désinhibition, agression). Un emploi prolongé peut entraîner une dépendance.	Eviter de conduire. A ne pas utiliser chez les personnes en état de sédation et éviter une association avec d'autres sédatifs ou l'alcool. La durée de l'effet peut se prolonger chez les personnes atteintes de maladie hépatique sévère. Risque de dépendance avec une prise à long terme. Superviser le dosage et fournir de petites quantités à la fois pour réduire au minimum le risque d'abus et d'usage détourné (par exemple, vendre le médicament à quelqu'un d'autre). Relativement sûr en cas de surdoses, sauf s'il est utilisé en combinaison avec d'autres sédatifs ou l'alcool: le flumazénil est l'antidote en cas d'intoxication aux benzodiazépines (voir l'encadré 16). Une prise à long terme est associée à des problèmes de mémoire et au risque de chutes chez les personnes âgées.

Tableau 6: Médicaments des troubles anxieux (continué)

		Dose	Effets secondaires	 Précautions principales
Benzodiazépines	Clonazépam (comprimés de 2 mg)	Commencer avec: 0.5 mg Dose maximale: 4 mg par jour (fractionnée toutes les 8 à 12 heures). Peut être administré au besoin. Utiliser la dose minimale efficace, pendant la durée la plus courte possible, de façon à ne pas dépasser les 4 semaines.	Comme pour le diazépam.	Comme pour le diazépam.
	Propranolol (comprimés de 20 mg et 40 mg)	Commencer avec: 20 mg au besoin (pour l'anxiété de performance) ou 10 mg toutes les 8 heures (pour les symptômes somatiques de l'anxiété, l'acathésie ou les tremblements). Dose maximale: 40 mg au besoin ou 40 mg toutes les 8 heures.	Courants: bradycardie, hypotension, fatigue, troubles gastro-intestinaux, paresthésie. Sérieux: dépression.	Contre-indications: asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), bradycardie sévère, bloc cardiaque ou insuffisance cardiaque. Il est susceptible d'exacerber la cardiopathie ischémique et l'angine en cas d'arrêt soudain: réduire la dose progressivement sur une période de 1 à 2 semaines.

Encadré 15: Sevrage des benzodiazépines

Il est connu que les benzodiazépines sont addictives; le développement d'une dépendance est possible suite à une utilisation continue sur 4 à 6 semaines.

Symptômes de sevrage: anxiété, insomnie, tremblements, nausée/vomissement, augmentation du rythme cardiaque et de la tension artérielle, convulsion, agitation, confusion, hallucinations.

Potentiellement fatal. 

La réduction de la dose doit se faire progressivement sur 8 à 12 semaines.

Calendrier recommandé de réduction des doses élevées:

- Passer d'abord à une dose équivalente de diazépam (voir le tableau 7).
- Réduire d'un équivalent à 5 mg de diazépam par semaine au maximum.
- Ajuster la dose de réduction en fonction des symptômes.
- Ralentir le rythme de la réduction quand la dose est en dessous de l'équivalent à 20 mg de diazépam (par exemple, 1 -2 mg/semaine).
- Administrer chaque jour, 2 fois par semaine ou 1 fois par semaine en fonction de la dose et de la fiabilité de la personne.
- Il faut souligner qu'une lente réduction devrait idéalement être associée à une désensibilisation comportementale, en particulier chez les personnes ayant de très grandes difficultés à arrêter les benzodiazépines.

Encadré 16: Intoxication aux benzodiazépines

Symptômes: élocution ralentie, démarche instable, nystagmus, altération de l'attention et/ou de la mémoire, dépression respiratoire, stupeur ou coma. ⚠

Traitement en milieu hospitalier:

- Flumazénil 0.2 mg en IV en 30 secondes, en l'absence de réponse après 1 minute, administrer 0.3 mg en 30 secondes, en l'absence de réponse après 1 minute, administrer 0.5 mg en 30 secondes ; continuer à ce rythme-là jusqu'à atteindre une dose cumulative maximale de 3 mg/heure.

Le flumazénil a une courte demi-vie, pour cette raison en cas d'une nouvelle sédation: renouveler la dose à des intervalles de 20 minutes, veiller à ne pas dépasser 0.5 mg/minute et pas plus de 3 mg/heure.

Tableau 7 - Equivalence entre les benzodiazépines

Diazépam	5-10 mg
Clonazépam	0.25-0.5 mg
Alprazolam	0.5-1 mg
Lorazépam	1-2 mg
Bromazépam	3-6 mg

TESTS DE SURVEILLANCE

Aucun test spécifique de routine n'est pratiqué avant le début d'un traitement pharmacologique ou à des fins de suivi, sauf si c'est cliniquement indiqué, comme les taux de sodium en présence de symptômes d'hyponatrémie (*voir l'encadré 1*), l'ECG si des ATCs sont administrés à une personne à risque de maladies cardiaques, le poids d'une personne souffrant de surpoids, etc.

SUIVI DU TRAITEMENT

- Evaluer toutes les 6 semaines: en l'absence de réponse satisfaisante, augmenter la dose jusqu'à atteindre la dose maximale tolérée.
- Maintenir à la dose maximale pendant 12 semaines: si la réponse n'est pas satisfaisante, passer à un second ISRS.

TRAITEMENT DES CAS RÉSISTANTS

- Il n'y a pas de recommandations spécifiques; le médecin doit examiner les données scientifiques les plus récentes relatives à chaque trouble.
- On peut envisager la clomipramine pour le trouble panique et l'état de stress post-traumatique, à l'échec de deux essais d'ISRSs à la dose maximale sur 8 à 12 semaines.

POPULATIONS PARTICULIÈRES

- **Adolescents (12 à 18 ans):**
 - » Si les symptômes anxieux sont légers, essayer une thérapie cognitive et comportementale pendant 3 mois au moins avant de commencer les médicaments.
 - » Si les symptômes anxieux sont modérés à sévères, prendre une décision en fonction de la disponibilité d'une thérapie cognitive et comportementale et des préférences parent/adolescent, sachant que la thérapie cognitive et comportementale ou les médicaments sont efficaces séparément mais qu'une association des deux est meilleure.
 - » La fluoxétine et la sertraline sont les médicaments à privilégier, éviter les ATCs, éviter les benzodiazépines.
 - » A l'échec d'un essai par ISRS à la dose maximale pendant une durée de traitement adéquate, il faut toujours passer à un autre ISRS avant d'envisager la clomipramine.
 - » Offrir une psychoéducation à la famille/l'aidant et surveiller de près afin d'identifier tout risque d'idées et d'actes suicidaires induits par le traitement.
- **Femmes enceintes ou allaitantes:** les mêmes considérations que pour le traitement de la dépression sont valables. Éviter les benzodiazépines, en particulier avant l'accouchement en raison du risque d'engendrer le syndrome du bébé floppy (mou).
- **Personnes âgées (> 65 ans):** éviter les benzodiazépines en raison du risque accru de chute, de confusion et de réactions paradoxales. Se méfier des interactions médicamenteuses et comorbidités.

DURÉE DU TRAITEMENT

- A la rémission des symptômes, le traitement doit être poursuivi pendant 12 mois au moins, de préférence à la même dose aiguë efficace.
- L'arrêt du traitement doit se faire lentement, sur plusieurs semaines ou mois, étant donné que les personnes anxieuses sont très sensibles aux symptômes de sevrage.
- Une réapparition des symptômes justifie la poursuite du traitement pendant plusieurs années.



CHAPITRE 6: ÉPILEPSIE

- | | |
|----|---|
| 46 | Considérations générales |
| 46 | Indications du traitement pharmacologique |
| 46 | Choix des médicaments de première intention |
| 48 | Tests de surveillance |
| 49 | Suivi du traitement |
| 50 | Populations particulières |
| 50 | Durée du traitement |
-

CHAPITRE 6: ÉPILEPSIE

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

- Exclure :
 - » Les causes réversibles (trouble métabolique, effets secondaires ou symptômes de sevrage des médicaments, etc.).
 - » Les conditions médicales aiguës (par exemple: traumatisme, infection du système nerveux, accidents vasculaires cérébraux, etc.).
 - » D'autres troubles mentaux (par exemple: des crises pseudo-convulsives non épileptiques).
- Offrir une psychoéducation pour la personne et la famille/l'aidant (le cas échéant), une réactivation des réseaux sociaux. Promouvoir le fonctionnement dans la vie quotidienne et les activités sociales et évaluer la famille/l'aidant qui peut être atteint d'un trouble mental associé aux prestations de soins.
- Favoriser la pleine participation des personnes dans leur plan de soins et de rétablissement.
- Envisager l'utilisation des instruments de mesure comme outils pour suivre l'amélioration du fonctionnement et/ou la diminution des symptômes.

INDICATIONS DU TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

Un traitement par des médicaments antiépileptiques est généralement conseillé après une deuxième crise convulsive. Toutefois, le traitement est parfois administré après un premier épisode si une deuxième crise est très risquée (par exemple : EEG anormal, convulsion nocturne, imagerie cérébrale anormale).

Il est souhaitable d'effectuer un EEG qui confirme le diagnostic, celui-ci n'étant toutefois pas obligatoire. Un EEG normal n'écarte pas un diagnostic d'épilepsie.

Seul un neurologue est en mesure d'initier un traitement antiépileptique chez les enfants et les jeunes.

CHOIX DES MÉDICAMENTS DE PREMIÈRE INTENTION

- Quand c'est possible, choisir le médicament antiépileptique en fonction du syndrome épileptique ou de la crise convulsive qui se présente.
- Commencer avec un seul médicament à la dose initiale la plus faible.
- Augmenter la dose lentement de façon à maîtriser les convulsions.
- Choisir le médicament antiépileptique selon le type de convulsion, les comorbidités neurologiques et psychiatriques, le sexe, l'âge (âge de procréation, personnes âgées, pédiatrie), le profil métabolique (anomalie hépatique ou rénale), médicaments associés, et le coût.
- Les 2 sous-types de médicaments antiépileptiques sont :
 - » A large spectre (tous les types de convulsion: crises partielles et crises généralisées): lamotrigine, lévétiracétam et valproate de sodium.
 - Le valproate de sodium peut être utilisé pour les crises d'absence (un type de crise généralisée).
 - » A spectre étroit (crises partielles simples, crises partielles complexes et crises secondaires généralisées): carbamazépine, phénytoïne.
- Le [tableau 8](#) résume la dose, les effets secondaires et les précautions à observer concernant les médicaments utilisés pour le traitement de l'épilepsie.

Tableau 8: Médicaments de l'épilepsie

	Dose	Effets secondaires	! Précautions principales
Valproate de sodium (comprimés de 500 mg libération prolongée ou libération immédiate, sirop 200 mg/5 ml)	<p>Adultes: Commencer avec: 500 mg par jour, fractionnés en 2 doses.</p> <p>Augmenter: chaque semaine de 500 mg par jour (dose maximale: 3000 mg par jour).</p> <p>Enfants: Commencer avec: 15-20 mg/kg par jour, fractionnés en 2 à 3 doses.</p> <p>Augmenter: chaque semaine de 15 mg/kg par jour (dose maximale: 15-40 mg/kg par jour).</p>	<p>Courants: sédation, céphalée, tremblements, ataxie, nausée, vomissement, diarrhée, prise de poids, chute transitoire des cheveux, augmentation banale des résultats du TFH.</p> <p>Sérieux: insuffisance hépatique, thrombocytopénie, leucopénie, somnolence/confusion, pancréatite hémorragique, hyperammoniémie, œdème périphérique, hyperandrogénie et ovaires polykystiques chez les femmes.</p>	<p>A utiliser avec prudence chez les personnes souffrant d'une maladie hépatique sous-jacente ou soupçonnée.</p> <p>Déconseillé aux femmes en âge de procréer: risque de tératogénicité et de perturbation de la fonction cognitive chez les enfants exposés in utero.</p> <p>Interactions médicamenteuses: les taux de valproate de sodium diminuent sous l'effet de la carbamazépine, mais augmentent avec l'aspirine.</p> <p>Le valproate de sodium augmente les taux de lamotrigine.</p>
Carbamazépine (comprimés de 200 mg et de 400 mg, sirop 100 mg/5ml)	<p>Adultes: Commencer avec: 200 mg par jour, fractionnés en 2 doses.</p> <p>Augmenter: chaque semaine de 200 mg (dose maximale 1400 mg par jour).</p> <p>Enfants: Commencer avec: 5 mg/kg par jour, fractionnés en 2 à 3 doses.</p> <p>Augmenter: chaque semaine de 5 mg/kg par jour (dose maximale 40 mg/kg par jour ou 1400 mg par jour).</p> <p>Il peut s'avérer nécessaire d'ajuster la dose après 2 semaines car la carbamazépine est capable d'induire son propre métabolisme.</p>	<p>Courants: sédation, confusion, étourdissement, ataxie, vision double, nausée, diarrhée, leucopénie bénigne, augmentation banale des résultats du TFH.</p> <p>Sérieux: hépatotoxicité, retard de la conduction cardiaque, faibles taux de sodium, éruption cutanée sévère.</p>	<p>Contre-indiquée pour les personnes ayant des antécédents de troubles sanguins, de maladie hépatique, rénale ou cardiaque.</p> <p>Prendre garde quand prescrite pour les crises convulsives généralisées: risque d'aggravation des crises d'absence et myocloniques.</p> <p>Risque de tératogénicité.</p> <p>Interactions médicamenteuses:</p> <ul style="list-style-type: none"> Elle peut réduire les effets des contraceptifs hormonaux, des immunosuppresseurs, des antiépileptiques, des antipsychotiques, de la méthadone et de certains antirétroviraux. Les niveaux de carbamazépine peuvent augmenter sous l'effet de certains fongicides et antibiotiques.
Lamotrigine¹⁰ (comprimés de 100 mg)	<p>Commencer avec: 25 mg par jour pendant 2 semaines, puis donner en doses fractionnées toutes les 12 heures: 50 mg/jour pendant 2-4 semaines, puis augmenter de 50 mg/jour toutes les 2 semaines (en fonction de la réponse clinique) jusqu'à atteindre une dose maximale de 350 mg/jour.</p> <p>Si elle est administrée avec le valproate de sodium: commencer avec 25 mg un jour sur deux pendant 2 semaines, puis suivre le même schéma posologique.</p> <p>Une augmentation rapide des doses augmente le risque du syndrome de Stevens Johnson.</p>	<p>Courants: éruption cutanée bénigne, sédation, vision brouillée ou double, étourdissement, ataxie, céphalée, tremblements, insomnie, fatigue, nausée, douleur abdominale, constipation, rhinite.</p> <p>Sérieux: syndrome de Stevens Johnson (éruption cutanée et défaillance multiviscérale), dyscrasies sanguines rares.</p>	<p>A utiliser avec prudence chez les personnes souffrant de maladie rénale, hépatique ou cardiaque.</p> <p>Interactions médicamenteuses:</p> <ul style="list-style-type: none"> Le valproate de sodium augmente les taux sanguins de lamotrigine, ce qui nécessite des doses inférieures de lamotrigine. La carbamazépine peut favoriser la clairance de la lamotrigine et abaisser ses taux sanguins.

¹⁰ Il est recommandé d'utiliser ce médicament uniquement sous la supervision d'un spécialiste.

Tableau 8: Médicaments de l'épilepsie (continué)

	Dose	Effets secondaires	! Précautions principales
Phénytoïne¹¹ (comprimés de 100 mg)	<p>Adultes: Commencer avec: 100 mg par jour, fractionnés en 2 doses.</p> <p>Augmenter: de 50 mg par jour toutes les 3-4 semaines (dose maximale: 400 mg par jour).</p> <p>Enfants: Commencer avec: 3-4 mg/kg par jour, fractionnés en 2 doses.</p> <p>Augmenter: de 5 mg/kg par jour toutes les 3-4 semaines (dose maximale: 300 mg par jour).</p>	<p>Courants: sédation, confusion, étourdissement, tremblements, secousses motrices, ataxie, vision double, nystagmus, troubles de l'élocution, nausée, vomissement, constipation.</p> <p>Sérieux: anomalies hématologiques, hépatite, polyneuropathie, hypertrophie gingivale, acné, lymphadénopathie, augmentation des idées suicidaires.</p>	<p>Aux personnes souffrant de maladie rénale ou hépatique, administrer des doses inférieures.</p>
Lévétiracétam¹² (comprimés de 500 mg, sirop 100 mg/ml)	<p>Commencer avec: 250 mg toutes les 12 heures.</p> <p>Augmenter: de 500 mg/jour toutes les 2 semaines jusqu'à atteindre la dose recommandée de 500 mg toutes les 12 heures.</p> <p>Dose maximale: 1500 mg toutes les 12 heures.</p>	<p>Courants: fatigue, céphalée, somnolence.</p> <p>Sérieux: augmentation de la pression artérielle, infection, dépression, résultats anormaux des tests de la fonction hépatique, myélosuppression.</p>	<p>Aux personnes souffrant de maladie rénale, administrer des doses inférieures.</p> <p>Prudence: il peut déclencher une dépression, des idées suicidaires et des troubles du comportement.</p>

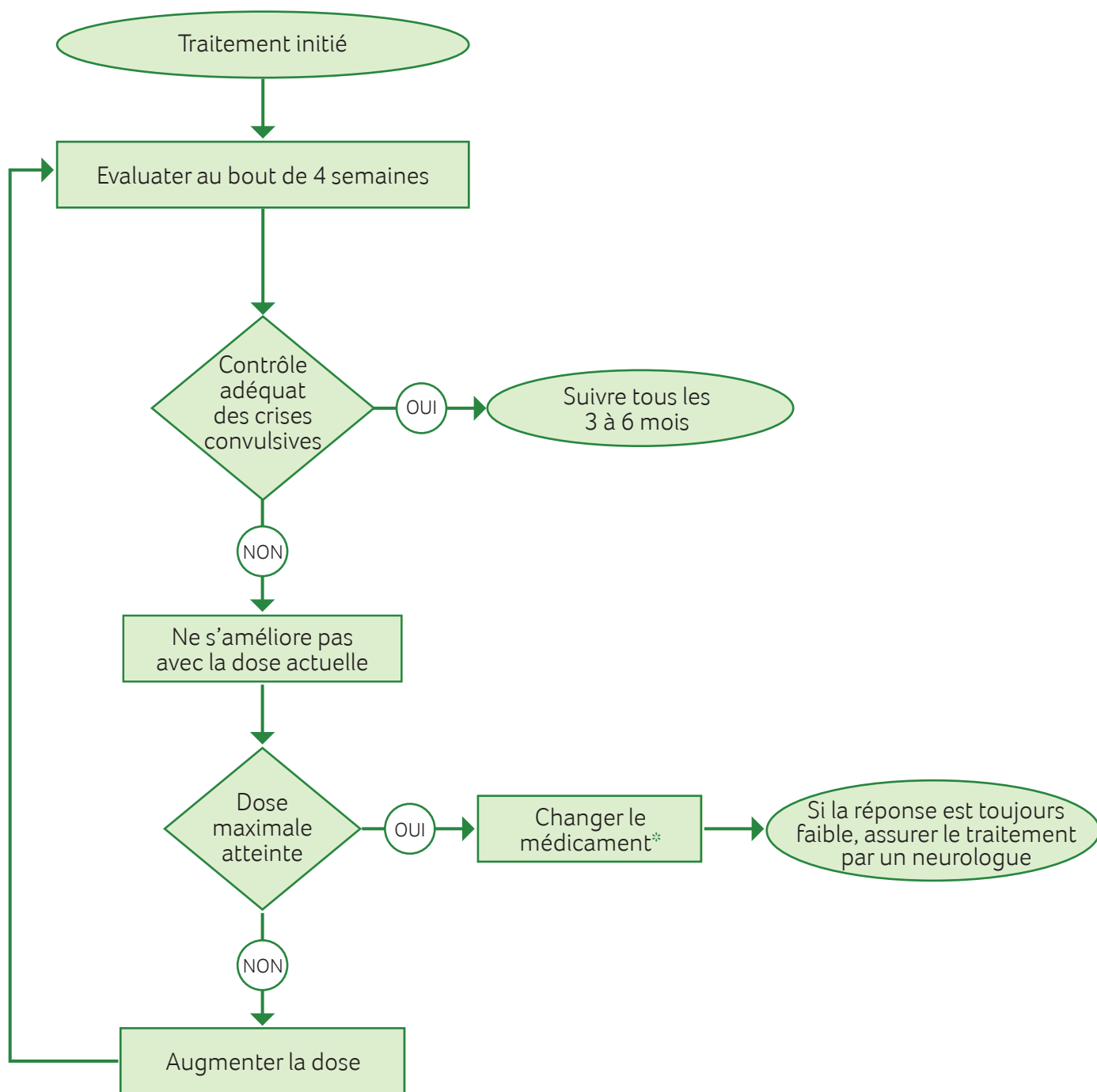
TESTS DE SURVEILLANCE

- Un EEG est souhaitable mais pas obligatoire. Un EEG normal n'écarte pas un diagnostic d'épilepsie.
- Référer au chapitre du trouble affectif bipolaire (*chapitre 2*) pour les tests de surveillance requis pour la lamotrigine, le valproate de sodium et la carbamazépine.
- En comparaison avec le trouble affectif bipolaire, les taux sanguins de valproate de sodium ne sont pas requis sauf si l'on suspecte une non-adhérence du traitement ou une toxicité ou en cas de persistance de convulsion.

¹¹ La phénytoïne a un facteur de sécurité et un indice thérapeutique qui sont extrêmement faibles. D'où l'importance d'adhérer à la dose prescrite.

¹² Il est recommandé d'utiliser ce médicament uniquement sous la supervision d'un spécialiste.

SUIVI DU TRAITEMENT



* Le nouveau médicament doit atteindre la dose optimale avant d'arrêter lentement le premier.

N.B. Seul le neurologue est en mesure de tenter un traitement auxiliaire ou une polythérapie avec des benzodiazépines.

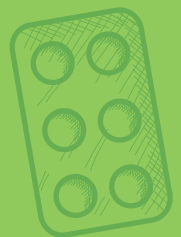
POPULATIONS PARTICULIÈRES

- Femmes en âge de procréation:
 - » Eviter le valproate de sodium.
- Femmes enceintes:
 - » Eviter le valproate de sodium.
 - » Eviter une polythérapie: **elle augmente le risque de tératogénicité. !**
 - » Aux femmes prenant du valproate de sodium, conseiller la prise d'acide folique (5 mg/jour) afin de prévenir les anomalies du tube neural (il vaut mieux éviter la prescription de valproate de sodium car une protection totale n'est pas garantie).
 - » A l'accouchement, donner au nouveau-né 1 mg de vitamine K en IM afin de prévenir une maladie hémorragique.
- Femmes allaitantes: il faut encourager l'allaitement même si la mère est sous médicament antiépileptique. La carbamazépine est préférée par rapport à d'autres médicaments. Eviter les benzodiazépines.
- Adolescents (12 à 18 ans): il vaut mieux qu'un neurologue initie le traitement par médicament antiépileptique.
- ! Le valproate de sodium ne doit pas être administré aux filles en âge de procréer.
- Personnes âgées (> 65 ans): utiliser des doses inférieures.

DURÉE DU TRAITEMENT

En général, si la personne n'a pas eu de convulsion pendant 2 années consécutives:

- Discuter avec la personne et/ou la famille/l'aidant le risque d'avoir de nouvelles crises convulsives (si l'épilepsie est due à un traumatisme crânien, un accident vasculaire cérébral ou une infection du système nerveux, la récurrence des crises est plus probable quand la personne n'est plus sous traitement pharmacologique), ainsi que les risques et les avantages de l'arrêt des médicaments.
- S'ils sont d'accord, arrêter progressivement les médicaments en réduisant les doses sur une période de 2 mois et en surveillant de près pour déceler toute récurrence des crises.
- Un EEG est souhaitable mais pas obligatoire: s'il est anormal, ne pas arrêter les médicaments.



CHAPITRE 7: PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE ALCOOLIQUE

52	Considérations générales
52	Désintoxication alcoolique assistée en ambulatoire
53	Suivi du traitement
53	Populations particulières

CHAPITRE 7: PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE ALCOOLIQUE

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

- Exclure les conditions médicales associées (maladies cardiaques, maladies hépatiques, problèmes neurologiques). Considérer les tests suivants dans chaque consommateur chronique d'alcool (si ces tests n'ont pas encore été effectués) (*voir l'encadré 17* pour les symptômes de sevrage d'alcool):
 - » Les tests de la fonction hépatique (une augmentation du SGPT, SGOT et gammaGT indique une maladie hépatique).
 - » FSC (rechercher une anémie macrocytaire et un faible taux de plaquettes).
- Offrir une psychoéducation pour la personne et la famille/l'aidant (le cas échéant), des entretiens de motivation, une prise en charge des stressseurs psychosociaux (en discutant les méthodes telles que les techniques de résolution des problèmes) et un renforcement du soutien social.
- Référer au besoin à une psychothérapie comme la thérapie cognitive et comportementale.
- Favoriser la pleine participation des personnes dans leur plan de soins et de rétablissement.

Encadré 17: Symptômes du sevrage alcoolique

- Tremblements, nausée/vomissement, augmentation du rythme cardiaque et de la pression artérielle, agitation, confusion, crises convulsives, hallucinations. **Il est potentiellement fatal. !**
- Le delirium tremens est la complication la plus sévère du sevrage alcoolique: confusion, tremblements/convulsions, hallucinations, hyperactivité autonome pouvant évoluer vers un collapsus cardiovasculaire. **Taux de mortalité élevé. !**

DÉSINTOXICATION ALCOOLIQUE ASSISTÉE EN AMBULATOIRE

- Hydratation: encourager la personne à consommer des liquides.
- Diazépam:
 - » Commencer le diazépam à l'apparition des symptômes de sevrage alcoolique, et non si la personne est sous l'effet de l'alcool ou toujours en état de sédation.
 - » Dose initiale pouvant atteindre 40 mg par jour (10 mg toutes les 6 heures ou 20 mg toutes les 12 heures) pendant 3 à 7 jours. Réduire progressivement la dose et/ou la fréquence des doses dès que les symptômes s'améliorent. Il ne faut pas prescrire de benzodiazépines pendant des périodes plus longues en raison du risque de dépendance.
 - » Si une dose supérieure à 40 mg par jour est nécessaire pour soulager les symptômes, la personne doit être hospitalisée afin de recevoir des doses quotidiennes de diazépam pouvant atteindre 120 mg.
 - » Aux personnes avec des signes de maladie hépatique ou aux personnes âgées, administrer une dose initiale faible unique de 5-10 mg, vu que la durée d'action des benzodiazépines peut s'avérer plus longue chez ces personnes.

- Thiamine (Vitamine B1):
 - » Les grands consommateurs chroniques d'alcool risquent de développer l'encéphalopathie de Wernicke, une carence en thiamine qui se caractérise par une confusion, un nystagmus, une ophtalmoplégie (trouble de la motricité oculaire) et une ataxie.
 - » Pour prévenir ce syndrome, toutes les personnes ayant des antécédents de consommation chronique d'alcool et subissant un sevrage doivent recevoir 100 mg/jour de thiamine par voie orale pendant 5 jours, ou même pendant une durée plus longue en cas de régime alimentaire inapproprié ou de reprise de la consommation d'alcool.
 - » Administrer la thiamine avant de donner du glucose pour éviter une précipitation de l'encéphalopathie de Wernicke.
 - » Chez une personne avec une encéphalopathie de Wernicke soupçonnée ou confirmée: hospitaliser, traiter en IV avec de la thiamine et du magnésium et surveiller pour détecter tout développement éventuel du syndrome de Wernicke-Korsakov et du béribéri cardiovasculaire.
- Autres:
 - » Prendre en charge les symptômes spécifiques du sevrage au fur et à mesure de leur apparition: traiter la nausée avec des antiémétiques, la douleur avec de simples analgésiques, l'insomnie avec un sédatif léger, la dépression avec des antidépresseurs.
 - » Corriger la carence en électrolytes (magnésium, potassium) le cas échéant.

SUIVI DU TRAITEMENT

- Surveiller la personne un jour sur deux durant la première semaine de la désintoxication assistée en ambulatoire, ou même chaque jour jusqu'à 3 semaines si les symptômes de sevrage sont sévères.
- Ajuster la dose en présence de symptômes de sevrage sévères ou d'hypersédation.
- Éviter de donner à la personne de grandes quantités de benzodiazépines à emporter à la maison afin de prévenir une surdose ou un usage détourné. Ne pas fournir un approvisionnement en médicaments couvrant plus de 2 jours à la fois.
- Un membre de la famille ou l'aidant doit préférablement superviser l'administration des médicaments entre les visites.

POPULATIONS PARTICULIÈRES

- **Femmes enceintes:** éviter totalement l'alcool. Informer les femmes que le fait de consommer même de petites quantités d'alcool au début de leur grossesse peut être nocif au développement du fœtus, et que de grandes quantités peuvent entraîner un syndrome et des problèmes de développement sévères (appelés syndrome d'alcoolisme fœtal). Si une femme enceinte souhaite subir une désintoxication alcoolique assistée, il vaut mieux que celle-ci soit faite en milieu hospitalier (*voir l'encadré 18*).
- **Femmes allaitantes:** éviter totalement l'alcool. Vu les bienfaits de l'allaitement exclusif au sein (en particulier au cours des six premiers mois), si les mères continuent de consommer de l'alcool, il faut leur conseiller de limiter leur consommation et de réduire au minimum le contenu en alcool de leur lait, par exemple en allaitant leur enfant avant d'en boire puis d'attendre que le taux sanguin tombe à zéro (en approximativement 2 heures après chaque boisson alcoolisée, c'est-à-dire 4 heures si l'on en a pris deux), ou en utilisant du lait qu'elles auront tiré auparavant.
- **Adolescents (12 à 18 ans), personnes âgées (>65 ans) ou personnes souffrant de maladies hépatiques:** il est nécessaire de réduire les doses de benzodiazépine.

Encadré 18: Désintoxication alcoolique assistée en milieu hospitalier

Une désintoxication en milieu hospitalier est meilleure qu'une désintoxication en ambulatoire en raison du risque élevé de sevrage sévère comme dans les situations suivantes:

- Episodes antérieurs de symptômes de sevrage, comprenant des crises convulsives ou un delirium.
- Comorbidités médicales ou psychiatriques importantes.
- Apparition de signes significatifs de sevrage sévères dans les 6 heures après la dernière boisson alcoolisée.
- Echec de plusieurs tentatives d'arrêt à l'extérieur de l'hôpital dans le passé.
- La personne est sans domicile ou sans aucun soutien social.



CHAPITRE 8: AUTRES TROUBLES

56

A. Démence

- Considérations générales
- Traitement pharmacologique des symptômes psychologiques et comportementaux associés

57

B. Troubles du comportement chez les enfants atteints de troubles du développement

- Considérations générales
- Traitement pharmacologique des troubles comportementaux associés

58

C. Insomnie

- Considérations générales
 - Traitement pharmacologique de l'insomnie
-

CHAPITRE 8: AUTRES TROUBLES

Les autres troubles abordés dans ce guide sont: (A) la démence; (B) les troubles du comportement chez les enfants atteints de troubles du développement; et (C) l'insomnie.

A. DÉMENCE

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

- Exclure les conditions médicales qui ressemblent à la démence.
- Procéder à un suivi des conditions médicales concomitantes souvent présentes.
- Offrir une psychoéducation pour la famille/l'aidant (le cas échéant), des interventions psychosociales pour les symptômes cognitifs, la promotion de l'autonomie, du fonctionnement et de la mobilité, une réactivation des réseaux sociaux. Promouvoir le fonctionnement dans la vie quotidienne et les activités sociales. Évaluer la famille/l'aidant qui peut être atteint d'un trouble mental associé aux prestations de soins.
- Favoriser la pleine participation des personnes dans leur plan de soins et de rétablissement.
- Envisager l'utilisation des instruments de mesure comme outils pour suivre l'amélioration du fonctionnement et/ou la diminution des symptômes.

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DES SYMPTÔMES PSYCHOLOGIQUES ET COMPORTEMENTAUX ASSOCIÉS

Une attention particulière devrait être accordée aux symptômes psychologiques et comportementaux associés à la démence et où un traitement pharmacologique serait parfois bénéfique:

- **Dépression:** les ISRSs sont les médicaments à privilégier aux mêmes doses que celles administrées aux adultes. Prendre garde à leur utilisation chez les personnes âgées qui sont plus susceptibles de développer une hémorragie et une hyponatrémie (*voir l'encadré 1*) avec les ISRSs. La réponse thérapeutique peut être retardée. Il vaut mieux éviter les ATCs (risque d'hypotension et de chutes, constipation et rétention urinaire).
- **Psychose:** utiliser le tiers jusqu'à la moitié de la dose habituelle des médicaments antipsychotiques. Envisager un risque accru d'interactions médicamenteuses.
- **! Prudence:** les antipsychotiques comportent un risque accru d'accidents vasculaires cérébraux et de **mort** chez les personnes âgées souffrant de psychose liée à la démence.
- **Agitation, agression:** pour la prise en charge de ces symptômes, il faut toujours essayer d'abord les interventions psychosociales. Devant un risque évident et imminent accompagné de symptômes éprouvants sévères, on peut envisager un emploi à court terme de l'halopéridol ou de la rispéridone (halopéridol 2.5 mg par jour ou rispéridone sirop 0.25 - 2 mg par jour).

B. TROUBLES DU COMPORTEMENT CHEZ LES ENFANTS ATTEINTS DE TROUBLES DU DÉVELOPPEMENT

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Les enfants atteints de troubles du développement (déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme) ont souvent des comportements problématiques comme une agitation, une irritabilité et une agressivité. Le plus souvent, ceci ne doit pas justifier la prescription de médicaments. Il est important de suivre les étapes suivantes:

- Exclure les conditions médicales (épilepsie, constipation, douleur, déficience visuelle ou auditive).
- Rechercher d'autres troubles mentaux comme les troubles de l'humeur ou un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (ADHD).
- Protéger l'enfant contre toute forme de maltraitance à la maison, à l'école ou dans la communauté.
- Offrir une psychoéducation et des interventions psychologiques basées sur des techniques comportementales pour la personne et la famille/l'aidant (le cas échéant). Évaluer la famille/l'aidant qui peut être atteint d'un trouble mental associé aux prestations de soins.
- Référer au besoin à une psychothérapie comme la thérapie centrée sur la famille.
- Favoriser la pleine participation des personnes dans leur plan de soins et de rétablissement.
- Envisager l'utilisation des instruments de mesure comme outils pour suivre l'amélioration du fonctionnement et/ou la diminution des symptômes.

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DES TROUBLES COMPORTEMENTAUX ASSOCIÉS

Si des symptômes sévères persistent en dépit d'une intervention psychosociale intensive et globale, notamment si l'enfant est considéré comme représentant un danger pour soi ou pour autrui, il est possible d'envisager la prise de médicaments en dernier recours et pendant de courtes durées. Discuter les avantages et les inconvénients de la prise de médicaments avec la famille/l'aidant. Le meilleur traitement disponible serait alors une petite dose d'antipsychotique, si possible la rispéridone (0.25-2 mg par jour).

Les enfants en situation d'adversité ont tendance à avoir des problèmes comportementaux dus à différentes raisons. Prudence contre l'étiquetage de ces problèmes de comportements comme troubles mentaux avant une évaluation approfondie de l'enfant, de la famille et du contexte. Cependant, certains problèmes de comportements peuvent être liés à des troubles mentaux comme la dépression, l'anxiété, l'ajustement, etc. Pour les problèmes comportementaux qui sont une manifestation de ces troubles, la condition sous-jacente doit être traitée conformément aux guidelines de l'OMS. Dans certains cas, les conditions comportementales sont liées à un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (ADHD). Un traitement approprié de l'ADHD après une évaluation approfondie et un diagnostic de la condition peut être très utile si les interventions psychosociales n'ont pas réussi à améliorer la situation. Pour les enfants avec ADHD, le recours aux médicaments antipsychotiques pour contrôler les problèmes comportementaux n'est pas recommandé.

C. INSOMNIE

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

L'insomnie est un symptôme courant qui peut se présenter seul ou dans le cadre d'un trouble tel que la dépression. Des directives générales sont données ci-dessous:

- Exclure :
 - » Les troubles mentaux comorbides et les traiter adéquatement le cas échéant.
 - » Les conditions médicales comorbides, notamment l'apnée du sommeil.

Dans le cas d'une insomnie se présentant seule:

- Veiller toujours à dispenser une psychoéducation appropriée, centrée sur l'apprentissage et le suivi des techniques d'hygiène du sommeil (*voir l'encadré 19*).

Encadré 19: Techniques d'hygiène du sommeil

L'hygiène du sommeil désigne les bonnes habitudes du sommeil. Certaines techniques sont:

- Routine du coucher:
 - » Avoir des heures régulières et des habitudes spécifiques au coucher comme le fait d'aller au lit lorsque la personne est fatiguée et d'utiliser le lit pour y dormir seulement (et non pour regarder la télévision, lire ou manger).
 - » Se réveiller toujours à la même heure le matin.
- Réduction du bruit:
 - » Veiller à ce que la chambre à coucher soit calme, relaxante, sombre et d'une température confortable.
 - » Enlever de la chambre à coucher les appareils électroniques (télévisions, ordinateurs, tablettes, smartphones, etc.).
- Avant le coucher, éviter les repas copieux et lourds, la nourriture épicée, l'alcool, le café ou le thé et autres stimulants ainsi que la nicotine.
- Exercice régulier: être plus actif physiquement pendant la journée.

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DE L'INSOMNIE

- En cas d'échec des interventions psychosociales et si l'insomnie est sévère et incapacitante, l'hydroxyzine et la prométhazine peuvent être administrées au besoin.
- Les benzodiazépines doivent être envisagées comme traitement de deuxième intention de l'insomnie en raison de leur effet de dépendance (besoin d'augmenter les doses avec le temps afin d'obtenir le même effet hypnotique et, quand arrêtées, des symptômes de sevrage et une insomnie de rebond font surface). Leur utilisation sur des périodes dépassant les 2 à 4 semaines est déconseillée; il vaut mieux les prescrire au besoin.

RÉFÉRENCES

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2016. Tips for better sleep. Available from: https://www.cdc.gov/sleep/about_sleep/sleep_hygiene.html
2. College of Physicians & Surgeons of Alberta. 2016. Clinical toolkit benzodiazepines: Use and taper. Available from: <http://www.cpsa.ca/wp-content/uploads/2017/06/Benzodiazepine-Clinical-Toolkit-Use-and-Taper.pdf>
3. Humber NHS Foundation. 2012. Guidelines for antipsychotic medication switches. Available from: <http://www.humber.nhs.uk/Downloads/Services/Pharmacy/Guidelines/Antipsychotic%20medication%20switches%20guidelines.pdf>
4. PubMed Health. 2017. Insomnia: Relaxation techniques and sleeping habits. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0072504/>
5. Medscape. Benzodiazepine equivalency table. 2017. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/2172250-overview>
6. National Institute for Health Care Excellence (NICE). 2018. Bipolar disorder: assessment and management. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185>
7. NICE. 2018. Depression in adults: recognition and management. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>
8. NICE. 2018. Epilepsies: diagnosis and management. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg137>
9. NICE. 2017. Alcohol-use disorders: diagnosis and management of physical complications. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg100>
10. NICE. 2017. Depression in children and young people: identification and management. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg28>
11. NICE. 2016. Psychosis and schizophrenia in children and young people: recognition and management. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg155>
12. NICE. 2014. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>
13. NICE. 2011. Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>
14. NICE. 2011. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>
15. NICE. 2005. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31>
16. Taylor, D., Paton, C., and Kapur, S. 2015. The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry. 12th Edition. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.
17. World Health Organization (WHO). 2018. mhGAP Evidence Resource Centre. Available from: http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/
18. WHO. 2017. Improving access to and appropriate use of medicines for mental disorders. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254794/9789241511421-eng.pdf?sequence=1>
19. WHO. 2016. Mental health Gap Action Programme (mhGAP)- Intervention Guide - version 2.0. Available from: http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/
20. WHO. 2013. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85119/9789241505406_eng.pdf;jsessionid=10502841A60937439219E34A22292561?sequence=1
21. WHO. 2012. Psychological interventions in adults and children with epilepsy. Available from: http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/epilepsy/q10/en/
22. WHO. 2009. Pharmacological management of mental health at primary healthcare. Available from: http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic/en/

ANNEXE A: LISTE NATIONALE DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES ET NEUROLOGIQUES POUR LA RÉPONSE HUMANITAIRE – V2.0

La dernière mise à jour de la liste est disponible sur le site du ministère: www.moph.gov.lb

Classe	Médicaments (nom moléculaire)	Forme et dosage
Antidépresseurs	Amitriptyline*	Comprimé 25 mg
	Fluoxétine*	Comprimé 20 mg
	Sertraline*	Comprimé 50 mg
	Clomipramine	Comprimé 75 mg
Antipsychotiques	Chlorpromazine*	Comprimé 100 mg
	Halopéridol*	Comprimé 5 mg
	Risperidone	Comprimé 2 mg
	Risperidone	Sirop 1 mg/ml
	Décanoate de zuclophenthixol ¹	Solution injectable 200 mg/ml
	Clozapine ¹	Comprimé 100 mg
Anxiolytiques	Diazépam ²	Comprimé 5 mg
	Clonazépam ²	Comprimé 2 mg
Antiépileptiques	Phénytoïne*	Comprimé 100 mg
	Lévétiracétam ¹	Comprimé 500 mg
	Lévétiracétam ¹	Sirop 100 mg/ml
Antiépileptiques / Thymorégulateurs	Carbamazépine*	Comprimé 200 mg
	Carbamazépine*	Comprimé 400 mg
	Carbamazépine	Sirop 100 mg/5 ml
	Valproate de sodium*	Comprimé 500 mg
	Valproate de sodium*	Comprimé 500 mg CHRONO
	Valproate de sodium*	Sirop 200 mg/5 ml
	Lamotrigine ¹	Comprimé 100 mg
Thymorégulateurs	Lithium ¹	Comprimé 400 mg
Antiparkinsonien/ traitement des effets secondaires des antipsychotiques	Carbidopa/ Levodopa*	Comprimé 25 mg/250 mg
	Trihexyphénidyle*	Comprimé 5 mg
	Biperiden	Comprimé 4 mg

* Ministère de la santé publique. 2014. Médicaments des maladies chroniques fournis par le ministère de la santé publique en collaboration avec la YMCA, disponibles sur le site: <http://www.moph.gov.lb/userfiles/files/HealthCareSystem/PHC/YMCADrugs.pdf>


¹ Il est recommandé d'utiliser ce médicament uniquement sous la supervision d'un spécialiste.

² Diazépam et clonazépam sont strictement contrôlés par la loi libanaise sur les drogues # 673/1998 et leur délivrance nécessite la tenue de registres spécifiques; disponibles en pharmacie et non disponibles habituellement dans les centres de soins de santé primaires

ANNEXE B: TESTS MÉDICAUX RECOMMANDÉS POUR SURVEILLER LES EFFETS SECONDAIRES DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES ET NEUROLOGIQUES*

Classe	Médicaments	Tests médicaux	Fréquence
Antidépresseurs	Amitriptyline Fluoxétine Sertraline Clomipramine	Si c'est cliniquement indiqué, exemple: <ul style="list-style-type: none"> • Les taux de sodium en présence de symptômes d'hyponatrémie. • L'ECG si des ATCs sont administrés à une personne à risque de maladies cardiaques. • Le poids d'une personne souffrant de surpoids, etc. 	Avant de commencer ou à des fins de suivi.
Antipsychotiques	Chlorpromazine Halopéridol Risperidone Zuclopenthixol decanoate	Poids, pouls et tension artérielle.	Avant de commencer, et puis une fois par mois au cours des 3 premiers mois, au bout d'un an et par la suite une fois par an.
		Lipides sanguins et glycémie à jeun (surtout en présence de facteurs de risque et en cas de prise des antipsychotiques de deuxième génération).	6 mois après l'initiation, au bout d'un an et par la suite une fois par an.
		ECG si c'est cliniquement indiqué (tension élevée ou en cas d'antécédents personnels de maladies cardiaques).	Avant de commencer, après 3 mois, au bout d'un an et par la suite une fois par an.
	Clozapine	! FBS (<i>il ne faut pas prescrire la clozapine s'il est difficile de procéder à ces contrôles réguliers en raison du risque de développer une agranulocytose potentiellement fatale</i>).	Chaque semaine pendant 18 semaines, puis toutes les 2 semaines jusqu'à un an et par la suite une fois par mois.
		Poids, pouls et tension artérielle	Avant de commencer, et puis une fois par mois au cours des 3 premiers mois, au bout d'un an et par la suite une fois par an.
		Lipides sanguins et glycémie à jeun (surtout en présence de facteurs de risque).	6 mois après l'initiation, au bout d'un an et par la suite une fois par an.
		ECG si c'est cliniquement indiqué (tension élevée ou en cas d'antécédents personnels de maladies cardiaques).	Avant de commencer, après 3 mois, au bout d'un an et par la suite une fois par an.
Anxiolytiques	Diazépam Clonazépam	Pas besoin de tests de base ou de suivi.	
Antiépileptiques	Phénytoïne Lévétiracetam	Poids, urée, électrolytes, SGPT, SGOT, gammaGT, FSC	Avant de commencer. A refaire annuellement ou quand c'est cliniquement indiqué.

* Basé sur la "liste nationale des médicaments psychotropes et neurologiques pour la réponse humanitaire".

Classe	Médicaments	Tests médicaux	Fréquence
Antiépileptiques / Thymorégulateurs	Carbamazépine	Poids, urée, électrolytes, SGPT, SGOT, gammaGT, FSC	Avant de commencer. A refaire annuellement ou quand c'est cliniquement indiqué.
	Valproate de sodium	Taux sanguins de valproate de sodium (en comparaison avec le trouble affectif bipolaire, les taux sanguins de valproate de sodium ne sont pas requis sauf si l'on suspecte une non-adhérence du traitement ou une toxicité ou en cas de persistance de convulsion).	Jusqu'à la stabilisation de la dose au cours des premières semaines de traitement. Un contrôle continu est inutile sauf devant des preuves manifestes d'inefficacité, de non-adhérence du traitement ou d'une toxicité.
		Poids, SGPT, SGOT, gammaGT, FSC	Avant de commencer, puis à 6 mois, au bout d'un an puis chaque année.
		Test de grossesse	Avant de commencer (lorsque c'est applicable).
		Taux d'ammoniaque dans le sang	Devant des signes d'hyperammoniémie (confusion, léthargie, vomissement, crises convulsives).
	Lamotrigine	Pas besoin de tests de base ou de suivi.	
Thymorégulateur 	Lithium <i>(Ne pas commencer le lithium si les tests ne sont pas faisables).</i>	Taux de lithium (avant la dose du matin et 12 heures après la dose du soir)	A chaque modification de la dose au cours des premières semaines, tous les 3 mois pendant la première année puis tous les 6 mois.
		Poids, FSC, urée, créatinine, TSH	Avant de commencer, puis chaque 6 mois.
		ECG	Avant de commencer, si c'est cliniquement indiqué.
		Test de grossesse	Avant de commencer (lorsque c'est applicable).

ANNEXE C: INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES

A. Psychoéducation

- Fournir à la personne des informations relatives aux troubles mentaux, neurologiques et liées à l'utilisation des substances, y compris:
 - » Le trouble en soi, son évolution prévisible et son issue.
 - » Les traitements disponibles pour le trouble et les bienfaits attendus.
 - » La durée du traitement.
 - » L'importance d'adhérer au traitement, notamment ce que la personne peut faire (comme le fait de prendre ses médicaments ou de pratiquer les interventions psychologiques pertinentes telles que les exercices de relaxation) et ce que la famille/l'aidant peut faire pour encourager la personne à adhérer au traitement.
 - » Les effets secondaires potentiels (à court et long termes) de tout médicament prescrit que la personne concernée (et la famille/l'aidant) doit surveiller.
 - » L'implication potentielle des assistants sociaux, des agents de santé communautaires ou d'autres membres de confiance de la communauté.

B. Réduction du stress et renforcement du soutien social

- S'occuper des facteurs de stress psychosociaux actuels:
 - » Identifier et discuter les problèmes psychosociaux pertinents qui exercent un stress sur les personnes et/ou qui influencent leur vie y compris, mais sans s'y limiter, les problèmes familiaux et relationnels, les problèmes relatifs au emploi/profession/moyens de subsistance, le logement, les finances, l'accès à la sécurité et aux services de base, la stigmatisation, la discrimination, etc.
 - » Aider la personne à gérer son stress en discutant des méthodes telles que les techniques de résolution des problèmes.
 - » Evaluer et prendre en charge toute situation de maltraitance, d'abus (y compris les violences domestiques) et de négligence (notamment chez les enfants ou les personnes âgées).
 - » Discuter avec la personne la possibilité d'un référencement vers une agence de protection de confiance ou un réseau de protection informel. Contacter les services juridiques et communautaires, le cas échéant.
 - » Identifier les membres de la famille/l'aidant qui apportent un soutien et les impliquer autant que possible et qu'il convient.
 - » Renforcer le soutien social et essayer de réactiver les réseaux sociaux de la personne.
 - » Identifier les activités sociales antérieurement pratiquées qui, si elles étaient reprises, pourraient fournir un soutien psychosocial direct ou indirect (par exemple, les réunions familiales, les visites aux voisins, les activités communautaires, les activités religieuses, etc.).
 - » Enseigner la gestion du stress comme les techniques de relaxation.

C. Promouvoir le fonctionnement au cours des activités quotidiennes

- Offrir à la personne un soutien afin de continuer ses activités sociales, éducatives et professionnelles autant que possible.
- Faciliter son intégration dans des activités économiques.
- Offrir au besoin une formation aux compétences de la vie et/ou compétences sociales.

D. Traitement psychologique

Les traitements psychologiques sont les interventions qui nécessitent normalement de leur consacrer une période de temps substantielle et ont tendance à être prodigués par des spécialistes formés à cette fin. Toutefois, ils peuvent être dispensés efficacement par un personnel de santé non spécialisé formé et supervisé et par une auto-assistance guidée (par exemple, à l'aide de programmes électroniques en santé mentale ou de livres de développement personnel).

ANNEXE D: GLOSSAIRE DES TERMES

Activation comportementale

Traitement psychologique visant à améliorer l'humeur en entreprenant de nouveau des activités spécifiques axées sur les tâches qui étaient autrefois appréciées, malgré la baisse actuelle de moral. Ce traitement peut être utilisé seul ou dans le cadre d'une thérapie cognitive et comportementale.

Thérapie cognitive et comportementale

Traitement psychologique combinant des composantes cognitives (visant à penser différemment, par exemple en identifiant et en remettant en cause des idées négatives non réalistes) et des composantes comportementales (visant à faire les choses différemment, par exemple en aidant la personne à entreprendre davantage d'activités gratifiantes).

Thérapie par remédiation cognitive

Type de traitement de réhabilitation qui offre des exercices visant à améliorer l'attention, la mémoire, le langage et/ou les fonctions exécutives. Il vise à améliorer le fonctionnement de la personne dans la vie quotidienne.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Méthode de psychothérapie conçue pour soulager la détresse associée aux souvenirs traumatisants. Elle facilite la reprise et le traitement des souvenirs traumatisants et autre expérience de vie néfaste pour leur trouver un dénouement adapté.

Thérapie centrée sur la famille

Thérapie impliquant tous les membres de la famille et comprenant plusieurs étapes, à commencer par une psychoéducation concernant les symptômes et l'étiologie, ainsi que l'importance d'adhérer au traitement. Les familles sont encouragées à réagir rapidement face à l'apparition des symptômes et reçoivent une formation sur la meilleure façon d'y répondre. Les familles apprennent aussi des compétences en matière de communication et de résolution des problèmes afin de réduire les conflits et de résoudre les problèmes familiaux.

Psychothérapie interpersonnelle

Traitement psychologique orienté vers le lien entre symptômes dépressifs et problèmes interpersonnels, notamment ceux dus à une perte, un conflit, des changements de la vie et un isolement social.

Entretien de motivation

Technique visant à aider les personnes à résoudre l'ambivalence qui les empêche de réaliser leurs objectifs personnels.

Techniques de résolution des problèmes

Définir des problèmes spécifiques, produire et évaluer des solutions et mettre en œuvre des solutions aux problèmes de la vie personnelle ou familiale.

Apprentissage de la relaxation

Apprentissage de techniques telles que les exercices de respiration afin d'induire une réaction de relaxation.

