

---

---

## Chapitre 8

### Traitements psychopharmacologiques pour les personnes affectées d'une déficience de développement

Chrissoula Stavrakaki, Ruxandra Antochi, Jane Summers et Judy Adamson

---

#### Objectifs d'apprentissage

Le lecteur sera en mesure de :

1. Identifier les catégories de psychotropes.
2. Apprendre à utiliser les psychotropes en minimisant leurs effets secondaires.
3. Identifier un système de suivi approprié pour la détermination de l'effet d'une thérapie par les médicaments.
4. Apprendre les protocoles d'utilisation adéquate des médicaments pro re nata:
  - Raison d'utilisation d'un médicament pro re nata
  - Connaissance du stade du comportement où le médicament doit être administré
5. Apprendre ce que le personnel soignant a besoin de connaître sur les psychotropes prescrits :
  - Motif de l'ordonnance du médicament
  - Délai de manifestation de l'action du médicament
  - Situations nécessitant l'interruption de l'administration d'un médicament
  - Durée de la période d'administration d'un médicament
  - Effets secondaires néfastes du médicament

## Introduction

Essayez de vous souvenir de la fréquence d'utilisation des médicaments dans les cas des personnes affectées d'une déficience de développement. Comprenez-vous les multiples usages de ces médicaments? Vous êtes-vous demandé ce qu'était leur fonction? Les professionnels et prestataires de soins intervenant auprès des personnes affectées d'une déficience de développement ont fréquemment eu recours aux traitements pharmacologiques (ordonnance de médicaments) :

- Pour traiter des troubles mentaux (par exemple, dépression, anxiété, schizophrénie) et
- Pour la prévention de l'apparition d'un cycle à effets négatifs, comme dans les cas de troubles bipolaires

Ces médicaments sont également utilisés pour la gestion de :

- Comportement mal adapté, en l'attente de la mise en place d'un traitement actif et définitif; et
- Anxiété extrême, lorsqu'une intervention réhabilitative n'est pas disponible ou pratique.

Dans de nombreux cas, divers types de médicaments sont utilisés dans la recherche d'une amélioration des résultats, et pour permettre à une personne affectée d'une déficience de développement et d'un trouble mental de mener une vie paisible et productive.

Cependant, notre connaissance médicale de l'utilisation des médicaments, même si elle a progressé, demeure grossière et souvent imprécise. Durant les dix dernières années, notre connaissance a décuplé à l'égard des activités d'évaluation, de diagnostic et de traitement des personnes affectées de problèmes de santé mentale. Malgré cette immense expansion de notre base de données, il y a encore des situations pour lesquelles l'utilisation des médicaments n'est pas optimale et/ou les combinaisons

utilisées (polypharmacie) sont moins efficaces et même néfastes.

Les objectifs du présent chapitre sont les suivants :

1. Présentation des diverses catégories de médicaments principalement utilisés chez les personnes à double diagnostic.
2. Discussion des effets secondaires potentiels, et leur évaluation pour ce groupe.
3. Création de stratégies efficaces d'évaluation des besoins de médication et divers modes de prescription (par ex., administration continue, selon le besoin, ou en situation de crise/urgence).

### **Que sont les psychotropes?**

La catégorie des psychotropes inclut tout médicament dispensé sur ordonnance et administré pour la stabilisation ou l'amélioration de l'humeur, du statut mental ou du comportement. Les catégories de médicaments suivantes sont communément utilisées chez les personnes affectées d'une déficience de développement.

- Agents antidépresseurs
- Agents anxiolytiques
- Agents sédatifs/hypnotiques
- Agents stabilisateurs de l'humeur
- Agents antipsychotiques
- Agents stimulants

### **Comment utiliser un psychotrope pour en minimiser les effets secondaires négatifs?**

Les personnes affectées d'une déficience de développement manifestent les mêmes risques que la population générale à l'égard de l'apparition de la même gamme d'effets secondaires des psychotropes. Cependant, ces médicaments semblent avoir dans quelques situations des effets néfastes spécifiques à cette population, comme les crises épileptiques. De plus, le taux de réactions

individualisées aux effets du médicament est probablement plus élevé chez les personnes affectées d'une déficience de développement. Ainsi, les effets négatifs peuvent être relativement inattendus. Pour la majorité des psychotropes, il est actuellement difficile de prédire sur la base de preuve scientifique, quels patients sont exposés à un risque d'effets secondaires cliniquement significatifs.

Néanmoins, les personnes affectées d'une déficience de développement peuvent subir des effets secondaires qui ne seront pas détectés du fait de trois facteurs principaux :

- La déficience fonctionnelle du patient peut masquer certains signes de la toxicité du médicament.
- Le patient peut avoir des difficultés pour informer les prestataires de soins à l'égard des effets secondaires perçus. D'une part, les sujets dont le degré de déficience est modéré peuvent avoir la capacité de signaler des problèmes, mais ils peuvent ne pas être en mesure de comprendre ou apprécier que l'effet perçu est un effet secondaire négatif du médicament. D'autre part, les patients affectés de difficultés plus graves peuvent ne pas être capables de signaler les effets négatifs, du fait d'une déficience affectant l'élocution ou le langage. Pour ces personnes, des réactions négatives peuvent se manifester sous la forme d'un changement de comportement, comme une augmentation des manifestations d'agressivité et d'auto-mutilation.
- Les comportements stéréotypiques, fréquents chez les personnes affectées d'une déficience de développement, peuvent rendre très difficile l'identification des effets négatifs. Il est difficile de différencier ces comportements des mouvements anormaux induits par les médicaments. De plus, la distinction entre les effets négatifs de certains médicaments psychotropes et un état médical ou psychiatrique morbide, est problématique (Sovner & DesNoyers Hurley, 1985; Pary, 1993).

Lorsqu'on entreprend un traitement pharmacologique, il est préférable de commencer avec une faible dose dans les situations

où il n'y a pas d'urgence psychiatrique, et d'augmenter lentement le dosage pour déterminer ainsi la plus faible dose optimalement efficace qui produira l'effet thérapeutique recherché. Cette approche réduit significativement le risque de manifestation d'effets négatifs. Il est également conseillé d'éviter des changements fréquents de posologie en réaction à des comportements cibles identifiés, qui peuvent varier constamment. L'administration du médicament à l'occasion de certains événements de la journée (au déjeuner, avant le coucher, etc.) est une bonne stratégie qui favorisera le respect du programme d'administration du médicament choisi. De plus, l'utilisation simultanée de plusieurs médicaments peut contribuer significativement aux effets secondaires et aux problèmes de non-respect du programme d'administration par le patient. Il est donc conseillé de minimiser/éviter ces situations si possible (Bergman, 1996; Santosh & Baird, 1999).

Le sevrage rapide peut susciter des réactions de manque pour la plupart des psychotropes. D'une manière générale, on devrait réduire graduellement le dosage d'administration de ces médicaments. De plus, les personnes affectées d'une déficience de développement peuvent être plus susceptibles à l'apparition de symptômes de sevrage déclenchés par une cessation rapide de l'administration d'un psychotrope. Cependant, un suivi fréquent durant la période de réduction permettra de minimiser l'apparition des symptômes de sevrage. Aussi, les patients affectés d'une déficience de développement peuvent manifester des changements de comportement déclenchés par les symptômes de sevrage. Dans certains cas, il peut être difficile de faire la distinction entre la réduction/suppression des comportements mal adaptés ou de véritables symptômes de maladie mentale, ou d'identifier une combinaison des deux. Cependant, dans ces cas, l'administration immédiate d'une dose du médicament qui fait l'objet d'un sevrage peut susciter un soulagement des symptômes de sevrage, mais sans amélioration substantielle au niveau de la réapparition des problèmes de comportement. Dans ces circonstances, la reprise du médicament avec la dernière dose administrée, ceci étant suivi d'une diminution plus graduelle du dosage, peut faciliter le succès de

l'abandon de la médication (Madrid, State & King, 2000; Sovner & DesNoyers Hurley, 1985).

**Table 1 – Contrôle physique avant l'emploi d'agents psychopharmacologiques chez les personnes affectées d'un handicap de développement**

Catégorie	Classe	Contrôle
Benzodiazépines	Anxiolytiques	Numération globulaire complète; analyse sanguine avec attention particulière aux fonctions du foie
Tricycliques	Antidépresseurs	Analyse sanguine; électrocardiogramme
Inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine	Antidépresseurs	Analyse sanguine; électrocardiogramme
Neuroleptiques typiques/atypiques	Antipsychotiques	Analyse sanguine; électrocardiogramme
Anticonvulsifs	Stabilisateurs de l'humeur	Numération globulaire complète; numération des plaquettes, analyse sanguine avec attention particulière aux fonctions du foie
Lithium	Stabilisateurs de l'humeur antimaniaques	Test de la thyroïde, analyse sanguine, électrocardiogramme
Propranolol	Agents anti-hyperactivité Anxiolytiques	Pression sanguine, pouls, électrocardiogramme, analyse sanguine

*Remarque : Lorsqu'une intervention pharmacologique a été décidée, un suivi régulier à intervalles de 3 à 6 mois est nécessaire pour contrôler les fonctions décrites ci-haut.*

Une action de suivi sur médication durant un traitement actif est nécessaire pour des médications comme les stabilisateurs de l'humeur, mais pas très utile dans le cas des médications anxiolytiques, des inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine et des antipsychotiques, sauf la clozapine.

### Évaluation des effets indésirables

Il est important de ne pas oublier les directives fortement recommandées, suivantes :

- Avant d'entreprendre l'administration d'un médicament, effectuer les tests de laboratoire appropriés et une évaluation physique pour définir le niveau de base.
- Il est important d'effectuer une évaluation comportementale pour définir le niveau de base *avant* d'entreprendre une pharmacothérapie. Il est nécessaire de définir et quantifier les comportements recherchés, les signes et symptômes, et les paramètres de la qualité de vie. La quantification devrait être basée sur des méthodes de mesure empiriques (par exemple : fréquence, enregistrement des durées, échelles d'évaluation, intervalle de temps, enregistrement des intervalles). Enregistrer des données durant deux à quatre semaines avant d'entreprendre une pharmacothérapie non urgente, et également après le début de l'administration d'un psychotrope, particulièrement avant et après tout changement de dosage ou de médicament.
- Anticiper les effets secondaires; une amplification des problèmes comportementaux peut résulter des effets indésirables du médicament.
- Procéder à un suivi par évaluation et tests de laboratoire à intervalles réguliers (chaque semaine durant la phase initiale, puis à intervalle de trois à six mois en période de maintien).
- Les patients, parents et prestataires de soins doivent être informés des effets secondaires potentiels du médicament; ils doivent signaler immédiatement tout changement de comportement observé.
- Lors de la recherche des effets secondaires, poser des

questions suscitant une réponse développée.

- Utiliser les échelles d'évaluation.

On utilise trois différents types d'échelle d'évaluation pour la détection des réactions indésirables suscitées par les médicaments : échelle spécifique au médicament, échelle d'application générale, et échelle spécifique à un effet secondaire. Nous avons cependant encore besoin d'échelles d'évaluation standardisées et d'emploi facile pour le suivi des effets secondaires induits par les médicaments (Reiss & Aman, 1998).

Les échelles spécifiques à un médicament sont basées sur les symptômes les plus fréquemment observés, décrits dans le manuel Physicians' Desk Reference. L'utilité de ces instruments disparaît lors de l'emploi simultané de plusieurs médicaments. Les échelles d'évaluation d'application générale permettent un examen approfondi de toutes les parties du corps, et contrairement aux échelles spécifiques à un médicament, on peut les utiliser pour des patients prenant de multiples médicaments.

Des échelles spécifiques à un effet secondaire ont été élaborées pour l'évaluation des symptômes secondaires extrapyramidaux aigus et chroniques qui accompagnent la plupart des antipsychotiques. Exemples :

- L'échelle (AIMS) (Abnormal Involuntary Movement Scale/Échelle de mesure des mouvements involontaires anormaux) (Guy, 1976); il s'agit de l'échelle d'évaluation la plus largement utilisée et reconnue pour les tests d'identification de routine et la détection précoce de la dyskinésie tardive. Cependant, ce processus d'évaluation ne peut détecter une dystonie tardive ou acathisie tardive.
- L'échelle (ESRS) (Extrapyramidal Symptom Rating Scale/Échelle d'évaluation des symptômes extrapyramidaux) (Chouinard, Ross-Chouinard, Annable & Jones, 1980) permet de déterminer la présence ou l'absence d'effets secondaires extrapyramidaux aigus ou chroniques. Cependant, cette échelle d'évaluation ne produit aucune indication sur la gravité des symptômes.

## Protocoles et directives pour l'utilisation des médicaments pro re nata

Les médicaments sont prescrits pour être administrés d'une certaine manière (voir table 2). Dans d'autre cas, ils sont prescrits pour être administrés selon le besoin (pro re nata).

Il est préférable d'utiliser les médicaments pro re nata comme suit :

**Table 2 – Abréviations décrivant les modes d'administration des médicaments, selon une prescription ou selon le besoin**

<b>od</b>	une fois par jour
<b>bid</b>	deux fois par jour (habituellement à 9 h et 18 h)
<b>tid</b>	trois fois par jour (habituellement à 9 h, 13 h et 18 h)
<b>qid</b>	quatre fois par jour (habituellement à 9 h, 13 h, 18 h et 22 h)
<b>hs</b>	au coucher
<b>qh</b>	intervalle de 1 heure
<b>qH</b>	intervalle de 2 heures
<b>q4H</b>	intervalle de 4 heures
<b>a.c.</b>	avant les repas (habituellement 1 heure avant les repas)
<b>p.c.</b>	une heure après les repas
<b>tid a.c.</b>	trois fois par jour, avant les repas
<b>tid p.c.</b>	trois fois par jour, après les repas
<b>Remarque :</b> Pour les médicaments administrés régulièrement durant la journée, on peut choisir le moment d'administration approprié en fonction de l'horaire d'activité du patient.	
<b>Médicaments pro re nata :</b>	
<b>PRN</b>	selon le besoin
<b>PRN bid</b>	jusqu'à deux fois par jour
<b>PRN tid</b>	jusqu'à trois fois par jour
<b>PRN q3h</b>	à intervalles de 3 heures
<b>PRN q3h tid</b>	à intervalles de trois heures, jusqu'à trois fois par jour

- Gestion d'une anxiété extrême lorsqu'une intervention de réadaptation n'est pas disponible ou pratique; par exemple, lorsque le patient a besoin d'une attention médicale urgente, et n'est pas en mesure de permettre l'examen médical et/ou le traitement. On doit distinguer les cas dans lesquels une personne a besoin d'une intervention intrusive pré-planifiée, comme une intervention dentaire. Dans ce cas, il est plus approprié d'employer une approche de réadaptation, si c'est pratiquement possible. Dans une situation où ceci n'est pas disponible ou pratique, on peut utiliser un médicament pro re nata.
- Gestion des comportements mal adaptés du patient en l'attente de la mise en place d'un traitement actif et définitif d'un trouble mental en particulier.

Les catégories de médicaments utilisés pour les stratégies de gestion, par exemple en situation de crise, sont essentiellement les suivantes :

- Anxiolytiques / benzodiazépines (voir le texte)
- Antipsychotiques (voir le texte)
- Somnifères (voir le texte)

Des médicaments appartenant à d'autres groupes sont occasionnellement utilisés pour la prévention d'une crise, mais moins fréquemment, et leur utilité est beaucoup plus limitée. Exemples : Inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine, et bêta-bloquants.

### **Les objectifs de l'emploi d'un médicament en situation de crise :**

- Tout d'abord et de préférence, prévention du déclenchement de la crise
- Stabilisation des comportements existants ou manifestant une escalade
- Minimisation des dommages pour patient/autres personnes et/

ou biens matériels

- Maintien d'un environnement moins perturbant pour le bien-être et la stabilité des autres patients

Ces médicaments sont usuellement prescrits par les psychiatres, médecins généralistes, dentistes, anesthésistes et professionnels d'autres disciplines impliquées. Il est communément accepté qu'un changement environnemental, médical ou social peut conduire à une crise. Dans toute situation de crise, si le temps disponible le permet, les prestataires de soins doivent tenter d'identifier les causes et motifs de la crise. Cependant, dans certaines situations, l'escalade comportementale est si rapide et si imprévisible, ou si extrême/sévère, qu'une analyse de recherche des causes est impossible. Dans ces cas, des directives claires et l'emploi de protocoles pro re nata sont très utiles pour que les prestataires de soins, qu'ils aient ou pas une connaissance familière du patient, puissent réagir adéquatement et d'une manière appropriée pour résoudre la situation problématique.

On présente dans ce qui suit quelques exemples de protocoles/directives qui faciliteront une réaction plus rapide et appropriée dans ces situations très traumatisantes.

### **Le cas de Jean**

Ce cas décrit l'apparition de signes d'agitation qui peuvent conduire à une crise majeure.

*Jean est un homme de 40 ans chez qui on a diagnostiqué une déficience de développement et le trouble bipolaire. Jean vit dans un foyer de groupe avec niveau de soutien élevé, et il est traité à l'aide d'un stabilisateur de l'humeur dont on titre la dose.*

*Durant le processus d'administration sous titrage, Jean reste excessivement hyperactif et excessivement réactif aux stimuli de l'environnement. Durant ce processus, le comportement de Jean peut empirer, avec des manifestations verbales et physiques extrêmement abusives pour lui-même et l'entourage. Une médication pro re nata est utilisée pour la protection de Jean et son entourage.*

Protocoles et directives pour Jean :

**Nom :** Jean J.

**Date :** 2/4/2002

**Psychiatre/Médecin traitant :** Dr M. Peterson

**Médication :** Halopéridol 0,5 mg – PRN jusqu'à 3 mg par 24 heures

**Description des comportements :**

*Légère anxiété :* Des signes de tension apparaissent : morsure des lèvres, pincement sur les bras, grattage excessif du corps ou piétinement et chocs à la tête. Essayer de distraire l'attention de Jean et le conduire en un lieu tranquille. Prévoir une période de 15 minutes pour que Jean se calme. Si cela ne réussit pas, administration de la médication pro re nata.

*Anxiété/agitation sévère :* Signes d'anxiété sévère : hurlements, menaces à l'endroit du personnel ou d'autres patients, marmonnement obsessionnel. Administration immédiate de la médication pro re nata.

*Agression :* Procédure à suivre.

Période d'apaisement, restreinte si nécessaire; administration de la médication pro re nata dès que possible.

Directives pour comportement/période d'apaisement/  
restreinte matérielle.

Administer la médication pro re nata lorsque Jean est en mesure de la recevoir.

**Posologie :**

- Anxiété modérée : Halopéridol 0,5 mg stat; répétition après 45 minutes ou moins si nécessaire
- Anxiété/agitation sévère : Halopéridol 1 mg; répétition après 30 minutes ou moins si nécessaire
- Agression : Halopéridol 1 mg; répétition à intervalles de 30 minutes si nécessaire – jusqu'à 3 mg

Remarque : Ne pas dépasser 3 mg par 24 heures lors de l'emploi des combinaisons ci-dessus.

**Le cas de David**

*David est un homme de 47 ans affecté d'une déficience de développement et qui manifeste des troubles de dépression répétitifs. David a été traité avec succès il y a quatre ans, et la médication a été suspendue. L'état de David est demeuré satisfaisant durant plusieurs années. Cependant, durant les derniers mois, des symptômes de dépression ont réapparu. Une médication antidépressive est administrée sous titrage, et une médication pro re nata est utilisée pour la sécurité de David.*

*En plus de sa médication régulière, David reçoit occasionnellement une médication pro re nata destinée à empêcher une escalade comportementale.*

Protocoles et directives pro re nata pour David :

**Nom :** David L.

**Date :** 6/5/2002

**Psychiatre/Médecin traitant :** Dr M. Peterson

**Médication :** Lorazépam 1 mg; 3 mg par 24 heures

**Description des comportements :**

Signes d'anxiété sévère : chocs à la tête, hurlements, piétinement, geignements et utilisation fréquente des toilettes.

Exécuter les étapes suivantes avant l'administration du médicament :

1. Établir une communication verbale et suggérer à David qu'il essaie de se détendre. Prévoir le temps nécessaire en un lieu tranquille. Laisser s'écouler une période de 15-20 minutes. Si David se détend bien, il faut le féliciter.
2. Si l'étape précédente ne réussit pas, administrer le médicament.
3. Continuer à inciter David à se détendre. Répéter l'administration pro re nata si les manifestations comportementales se poursuivent plus de 30 minutes. Ne pas dépasser le maximum recommandé.

Remarque : Documenter chaque administration de médicament pro re nata, et inclure un rapport de comportement.

### ***Le cas de Georges***

*Georges est un homme de 35 ans affecté du syndrome de Down, qui manifeste aussi des troubles anxieux généralisés. Malgré un essai adéquat avec une médication anxiolytique, Georges continue à souffrir de perturbations du sommeil et de changements rapides de son humeur, avec des périodes de sourires et de pleurs excessifs. En l'attente d'une réévaluation de Georges, l'équipe utilise une médication pro re nata pour éviter que Georges ou d'autres patients subissent des blessures.*

Protocoles et directives pour Georges :

**Nom :** Georges T.

**Date :** 5/4/2002

**Psychiatre/Médecin traitant :** Dr M. Peterson

**Médication :** Risperidone 0,5 mg

**Dose maximale :** 2 mg par 24 heures

**Description des comportements :**

1. Impossibilité de relaxation
2. Fixation oculaire intense
3. Hurlements répétitifs
4. Agression physique contre une autre personne ou les biens matériels

Exécuter les étapes suivantes avant l'administration du médicament :

1. Demander à Georges de se détendre. Prévoir le temps nécessaire en un lieu tranquille.
2. Si cela ne réussit pas, essayer de diriger de nouveau Georges vers un lieu tranquille.
3. S'il choisit de rester en cet endroit, lui laisser suffisamment de temps pour se détendre.
4. Si les manifestations comportementales se poursuivent pendant plus de 20 minutes, ou si elles sont sévères/intenses, administrer la médication pro re nata.

Remarque : Documenter chaque administration de médicament pro re nata, et inclure un rapport de comportement.

Il est manifestement important d'appliquer les protocoles et les directives pro re nata :

- pour que la médication permette une gestion des comportements mal adaptés qu'on ne peut autrement gérer en sécurité
- pour que les membres de l'équipe soignante qui ne connaissent pas bien le patient concerné demeurent capables de gérer un comportement très anormal sans risque pour la santé ou la sécurité de quiconque
- pour que le dosage quotidien maximum (24 heures) ne soit jamais dépassé, pour qu'il n'y ait pas d'effet secondaire indésirable ou de période de sédation prolongée

Nous espérons que les directives présentées, ainsi que les exemples de cas spécifiques aideront le lecteur à maximiser l'efficacité des médications pro re nata avec un minimum de risque pour la sécurité et la santé de chaque patient concerné et de son entourage/environnement.

## **Description des psychotropes**

### **A. Antidépresseurs**

*Dans quels cas prescrit-on des antidépresseurs?*

Gestion des états psychiatriques comme :

- Dépression importante ou autres troubles de dépression  
Inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine
- Troubles anxieux  
Inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine
- Peur d'une dysmorphie corporelle et trichotillomanie  
Possibilité de réaction aux inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine
- Troubles des conduites alimentaires  
Des doses élevées d'inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine peuvent réduire les comportements de suralimentation frénétique/purge
- Cessation du tabagisme  
Le bupropion (Zyban) s'est révélé efficace pour le sevrage du tabac, comme composant d'un programme thérapeutique global
- Énurésie fonctionnelle  
Souvent traitée avec l'imipramine
- Ces affections influencent l'apparition et la sévérité de divers comportements comme l'agression, le comportement impulsif, l'auto-mutilation, et éventuellement la stéréotypie.

*Quel est le délai de manifestation des effets des antidépresseurs?*

Les antidépresseurs sont utilisés pour le traitement d'une dépression importante ou d'autres troubles de dépression. On observe chez 50 % des patients déprimés une récupération totale lorsque la quantité appropriée de l'antidépresseur est utilisée pendant au moins 6 semaines; par ailleurs on observera une amélioration chez 10-15 % des patients et pas d'amélioration significative chez 20-30 % des patients.

*Quelle est la durée nécessaire d'utilisation de ce médicament?*

Le profil des effets secondaires des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine est meilleur que celui d'autres classes d'antidépresseurs. Par conséquent, leur emploi est utile comme première ligne de traitement. S'il n'y a pas d'amélioration après quatre semaines d'administration de la dose initiale, poursuivre l'administration avec une dose plus élevée durant trois semaines. Si aucune amélioration n'est observée, il sera nécessaire de réévaluer le diagnostic de dépression. Ensuite, si le diagnostic est reconfirmé, essayer d'autres antidépresseurs comme le Manerix, la trazodone et la venlafaxine.

Après un premier épisode de dépression important, on recommande un traitement d'au moins six mois avec un antidépresseur à la dose thérapeutique pour laquelle le patient a manifesté une réaction. Par la suite, on devrait réduire graduellement le dosage de l'antidépresseur pour minimiser le risque de rechute ou l'apparition d'un syndrome de sevrage.

*Quelles sont les classes d'antidépresseurs?***1. Inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine**

Le seuil épileptogène est peu élevé chez les personnes affectées d'une déficience de développement, et on doit choisir prudemment la vitesse de dosage de l'antidépresseur utilisé. Exercer également une grande prudence lors de l'emploi d'un antidépresseur à effet prolongé comme la fluoxétine; si le diagnostic est incorrect, les effets négatifs se manifesteront durant une longue période.

**Table 3 – Inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine et doses recommandées**

Appellation générique	Appellation commerciale	Dose initiale (mg/jour)	Dose d'entretien (mg/jour)
Fluoxétine	Prozac	20 od	20-40
Fluvoxamine	Luvox	50 od	50-300
Paroxétine	Paxil	20 od	20-50
Sertraline	Zoloft	50 od	50-200
Citalopram	Celexa	20 od	20-40

\*Directives générales. Les doses sont variables, selon chaque cas.

*Quels sont les effets secondaires indésirables des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine?*

- Nausée, réduction d'appétit, vomissement, diarrhée et douleurs gastro-intestinales. Ceci peut limiter la dose administrable ou nécessiter des changements de thérapie durant le traitement à l'aide des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine. L'administration de la médication avec ou après les repas peut minimiser ces effets secondaires.
- Les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (en particulier la fluoxétine) peuvent susciter l'agitation et la nervosité/impatience au début du traitement. Les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine peuvent occasionnellement provoquer une acathisie (déclenchement soudain d'une agitation interne, irritabilité, augmentation du niveau d'énergie et insomnie), ceci pouvant persister de quelques heures à une journée; la réduction de la dose initiale peut être utile pour le patient.
- Lorsque l'agitation associée aux inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine provoque des perturbations du sommeil, de nombreux cliniciens ajoutent la trazodone (Desyrel), un antidépresseur sédatif, à faible dose, pour la réduction des insomnies.
- Il peut y avoir également d'autres effets secondaires comme la transpiration excessive, les maux de tête, l'insomnie, la

sédation, les étourdissements et le dysfonctionnement sexuel (changements de la libido, impuissance, perturbations de l'éjaculation ou de l'orgasme).

- Autres effets secondaires indésirables : les démangeaisons, la bouche sèche, la rétention urinaire, le gain de poids (durant le traitement à long terme).
- Possibilité de résultats anormaux des tests de laboratoire durant l'administration des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine.
- Les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine ont l'avantage qu'une surdose n'est pas dangereuse.
- Symptômes de sevrage des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine : symptômes similaires à une grippe, étourdissements, nausée et insomnie; ces symptômes peuvent se manifester même lors d'une réduction lente du dosage.
- Le syndrome de la sérotonine est habituellement déclenché par l'emploi de multiples médicaments sérotoninergiques, ce qui peut être potentiellement mortel; la suspension de l'administration de ces médicaments fait disparaître ce risque.
- Signes de danger : tremblements, hypertension, tachycardie, diarrhée, myoclonie, oscillations des yeux, et dans les cas sévères, possibilités de convulsions et même de coma.

## 2. Antidépresseurs tricycliques et tétracycliques

**Table 4 – Antidépresseurs tricycliques et tétracycliques et doses recommandées**

Appellation générique	Appellation commerciale	Dose initiale (mg/jour)	Dose d'entretien (mg/jour)
<b>Amitriptyline</b>	<b>Elavil</b>	25 tid	75-200
<b>Clomipramine</b>	<b>Anafranil</b>	25 od	75-300
<b>Doxépine</b>	<b>Sinequan</b>	25 tid	75-200
<b>Imipramine</b>	<b>Tofranil</b>	25 tid	75-300

\*Directives générales. Les doses sont variables, selon chaque cas.

\*\*Réaliser un ECG avant le début du traitement avec la médication et durant l'utilisation.

\*\*\*Employer de préférence une titration lente de la dose, sauf indication différente, car les personnes affectées d'une déficience de développement ne peuvent pas toujours communiquer les effets néfastes des médicaments.

*Quels sont les effets indésirables des antidépresseurs tricycliques et tétracycliques?*

- Effets secondaires communs : nausée, vomissement et inconfort gastro-intestinal.
- Effets anticholinergiques : bouche sèche, vision trouble, constipation, miction difficile, tachycardie et possibilité de perte de mémoire.
- Une tolérance à l'assèchement de la bouche se développe au cours du temps chez la plupart des patients. Cependant l'assèchement de la bouche peut susciter des problèmes de mastication, de déglutition, d'élocution, et une augmentation des risques de caries dentaires, un mal ajustement de dentier et une mycose buccale. Les mesures palliatives sont l'interruption du traitement, ou l'adoption d'autres médications dont le profil anti-cholinergique est moins élevé. Autres stratégies possibles : consommation de gomme sans sucre ou de confiseries sans sucre, qui stimulent la production de salive. Pour le soulagement symptomatique, l'emploi de salive artificielle (p. ex. Moi-Stir, Salivart ou Oral Balance) peut être utile chez certains patients. Finalement, pour réduire le risque de caries dentaires, on recommande la consommation d'aliments sans sucre.
- La constipation est un problème qui se manifeste fréquemment chez les personnes affectées d'une déficience de développement. La constipation et la distension intestinale sont des effets secondaires significatifs qui peuvent conduire à de graves complications, comme l'occlusion. Par conséquent, les patients à qui on administre des médicaments aux propriétés anticholinergiques doivent faire objet d'un suivi adéquat. Si une constipation se développe, il conviendra de recommander la consommation de fibres diététiques, de laxatif mucilagineux, d'agents osmotiques et d'amollissement des selles. L'absorption de fluides joue également un rôle important dans la prévention de la constipation – on recommande 8 à 10 verres d'eau par jour.
- Autres effets secondaires négatifs : la sédation, le désir de consommation de glucides, le gain de poids, l'hypotension

orthostatique, effets cardiaques, tremblements et épilepsie.

- Les antidépresseurs tricycliques et tétracycliques peuvent susciter des dysfonctionnements sexuels, comme modification de la libido, impuissance ou priapisme (érection prolongée douloureuse), particulièrement l'amitriptyline et la désipramine.
- Le sevrage des antidépresseurs tricycliques et tétracycliques peut provoquer la nausée, le vomissement, la diarrhée, des crampes abdominales, des frissonnements, des sueurs froides, des maux de tête et l'insomnie durant les deux semaines suivant un sevrage brutal.
- Indices de danger de la toxicité des antidépresseurs tricycliques et tétracycliques : pupilles dilatées, vision trouble, assèchement de la peau, hyperpyrexie, iléus, rétention urinaire, confusion, épilepsie, arythmie et hypotension.
- Une surdose d'antidépresseur tricyclique ou tétracyclique peut être mortelle.

### 3. Inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO)

Appellation générique	Appellation commerciale	Dose initiale (mg/jour)	Dose d'entretien (mg/jour)
<b>Moclobémide</b>	<b>Manerix</b>	100 tid	300-600

#### **Table 5 – IMAO et doses recommandées**

\*Directives générales. Les doses sont variables, selon chaque cas.

*Quels sont les effets secondaires indésirables des IMAO?*

- Effets secondaires communs : hypotension orthostatique (qui peut ne pas se manifester avant trois à six semaines de traitement), insomnie, agitation, sédation et dysfonctionnement sexuel (impuissance).
- Autres effets secondaires négatifs : variation du poids, assèchement de la bouche, constipation et rétention urinaire.
- Les IMAO peuvent entraîner une atteinte hépatique.

- Une médication IMAO réduira probablement le seuil épiléptogène; on ne doit en considérer l'emploi que pour un patient très résistant.

## B. Médicaments anxiolytiques

**Table 6 – Médicaments anxiolytiques et doses recommandées**

Appellation générique	Appellation commerciale	Action brève/	Dose initiale	Dose d'entretien (mg/jour)
<b>Alprazolam</b>	<b>Xanax</b>	Brève	0,25-0,5	0,5-1
<b>Clonazépam</b>	<b>Rivotril</b>	Prolongée	0,25	0,5-1
<b>Diazépam</b>	<b>Valium</b>	Prolongée	2,5	5-20
<b>Lorazépam</b>	<b>Ativan</b>	Brève	1	1-4
<b>Oxazépam</b>	<b>Serax</b>	Brève	10	15-60
<b>Temazépam</b>	<b>Restoril</b>	Brève	15	15-30

\*Directives générales. Les doses sont variables, selon chaque cas.

### 1. Benzodiazépines (BDZ)

*Quel est le délai de manifestation des effets des BDZ?*

Les effets des BDZ se manifestent assez rapidement, en quelques heures. Cependant, la manifestation de toutes les réactions cliniques peut prendre plusieurs jours.

*Dans quels cas prescrit-on des BDZ?*

Pour la gestion des états psychiatriques comme :

- les troubles anxieux
- la dépression
- le trouble bipolaire de type 1
- l'acathisie
- le sevrage de l'alcool
- l'insomnie

On ne devrait pas utiliser une BDZ seule pendant plus de trois semaines.

Le traitement à long terme d'une insomnie inclut la modification des comportements, les techniques de relaxation et l'hygiène du sommeil.

On peut considérer la trazodone comme un substitut (sans accoutumance) des BDZ pour le traitement de l'insomnie.

*Quelle est la durée nécessaire d'utilisation de ce médicament?*

On recommande de minimiser l'emploi des BDZ à action durable au-delà de trois mois. De plus, ne pas utiliser pendant plus de 14 jours une BDZ à action brève.

*Quels sont les effets secondaires des BDZ?*

- Toutes les benzodiazépines peuvent produire des effets de sédation et réduire la cognition.
- L'emploi des benzodiazépines peut dégrader la mémoire et même la capacité du patient pour de nouveaux apprentissages.
- On recommande une utilisation très prudente chez les personnes âgées, compte tenu de la plus grande sensibilité aux effets de sédation, de dégradation de la mémoire et d'ataxie, et des risques de chute.
- Les manifestations d'hostilité et perte d'inhibition et les comportements d'auto-mutilation et agression sont occasionnellement considérées comme des réactions paradoxales aux benzodiazépines, particulièrement chez les patients qui manifestaient avant le début du traitement des comportements d'auto-mutilation et de stéréotypie.
- En cas de manifestation d'effets paradoxaux, on suggère un suivi étroit durant la période de sevrage des BDZ.
- Les BDZ peuvent provoquer des dysfonctions sexuelles (modifications de la libido).
- Les BDZ peuvent provoquer une rétention urinaire.
- Potentiel d'accoutumance, de tolérance et d'emploi abusif.
- Possibilité de résultats anormaux lors des tests de laboratoire : thrombocytopénie.

- **Syndrome de sevrage.**

Le sevrage après l'administration d'une BDZ devrait être effectué graduellement; un sevrage brutal ou trop rapide peut provoquer un syndrome de sevrage avec des symptômes comme la réapparition de l'anxiété, l'insomnie et la faiblesse. De plus, un syndrome de sevrage peut être accompagné de symptômes psychotiques, de confusion et d'épilepsie, et le risque d'apparition de tels symptômes est plus élevé après le sevrage d'une BDZ à action brève; dans ces cas, le remplacement d'un agent à action brève par une BDZ à action plus durable avant le début de la période de sevrage est une stratégie utilisée pour la réduction des symptômes de sevrage. Finalement, on devrait tenir compte du risque de réapparition des troubles anxieux si les symptômes persistent durant plus de deux semaines après l'interruption de l'administration de la médication.

- **Surdose de BDZ**

Une surdose de BDZ seule n'est pas dangereuse; cependant, une surdose en conjonction avec la consommation d'alcool ou en conjonction avec des antidépresseurs ou antipsychotiques peut être mortelle.

Le flumazénil peut être utilisé pour le traitement d'une surdose de BDZ.

## 2. Autres agents

### (i) Buspirone

**Table 7 – Buspirone et doses recommandées**

Appellation générique	Appellation commerciale	Dose initiale (mg/jour)	Dose d'entretien (mg/jour)
<b>Buspirone</b>	<b>BuSpar</b>	5 bid	10-30 bid

\*Directives générales. Les doses sont variables, selon chaque cas.

\*\* Exercer une grande prudence lors du traitement de symptômes d'anxiété en présence d'autres troubles mentaux.

*Dans quels cas prescrit-on la buspirone?*

Traitement d'états psychiatriques comme :

- troubles anxieux, en particulier troubles anxieux généralisés qui peuvent influencer l'apparition et la sévérité de problèmes d'agitation et de comportements comme l'auto-mutilation et l'agression.

*Quel est le délai de manifestation des effets de la buspirone?*

- Les effets thérapeutiques se manifestent en 2 à 3 semaines.

*Quels sont les effets secondaires indésirables de la buspirone?*

- Maux de tête, nausée, étourdissements, et parfois insomnie (rare)

(ii) Bêta-bloquants

**Table 8 – Bêta-bloquants et doses recommandées**

\*Directives générales. Les doses sont variables, selon chaque cas.

\*\* Attention! Les bêta-bloquants peuvent aggraver la dépression chez les patients susceptibles.

Appellation générique	Appellation commerciale	Dose initiale (mg/jour)	Dose d'entretien (mg/jour)
<b>Propranolol</b>	<b>Indérial</b>	10-20 bid	20 bid-tid
<b>Pindolol</b>	<b>Visken</b>	5 bid	10 bid

*Dans quels cas prescrit-on des bêta-bloquants?*

- Troubles anxieux, particulièrement phobie sociale, crainte de l'échec (propranolol), ou
- Tremblement induit par le lithium (propranolol)
- Acatésie aiguë induite par un neuroleptique (propranolol); ceci peut influencer l'apparition et la sévérité de certains comportements comme action impulsive, agression (propranolol, pindolol).

*Quel est le délai de manifestation des effets des bêta-bloquants?*

- Bêta-bloquants adrénergiques : action en moins d'une heure après l'administration.
- Lors du traitement des troubles chroniques, les effets thérapeutiques peuvent ne pas se manifester avant quatre à huit semaines de traitement.
- Ne jamais mettre fin brutalement au traitement.
- On doit suspendre l'administration des bêta-bloquants si le rythme cardiaque est inférieur à 50, si la pression sanguine systolique est inférieure à 90, ou si on observe des symptômes comme des étourdissements, l'ataxie et la respiration sifflante.

**C. Sédatifs/hypnotiques**

Ces composés sont classés dans diverses catégories pharmacologiques :

- les antihistaminiques (p. ex. hydroxyzine, dyphénhydramine)
- les barbituriques (p. ex. phénobarbital, amobarbital sodique)
- les benzodiazépines
- les dérivés du chloral (p. ex. paraldéhyde, hydrate de chloral)
- les dérivés de la cyclopyrrolone (p. ex. Zopiclone)
- l'imidazopyridine (p. ex. Zolpidem)
- le L-tryptophane

### Stabilisateurs de l'humeur

**Table 9 – Stabilisateurs de l'humeur et doses recommandées**

Appellation générique	Appellation commerciale	Dose initiale (mg/jour)	Dose d'entretien (mg/jour)
<b>Carbonate de lithium</b>	<b>Carbolith, Lithane</b>	300 bid-tid	1200-1800
<b>Carbonate de lithium - action prolongée</b>	<b>Duralith</b>	300 bid	600-1800

\*Directives générales. Les doses sont variables, selon chaque cas (mg/kg [poids du corps])

*Dans quels cas prescrit-on des stabilisateurs de l'humeur?*

Gestion des états psychiatriques comme :

- la manie aiguë, et la prophylaxie du trouble bipolaire de type I
- le trouble cyclothymique
- la psychose cycloïde (particulièrement dans le syndrome de Prader-Willi)
- Ces états peuvent influencer la manifestation et la sévérité de divers comportements, comme l'agression

*Quel est le délai de manifestation des effets des stabilisateurs de l'humeur?*

- La réaction à l'administration de lithium seul peut se manifester après 1 à 3 semaines de traitement, aux concentrations thérapeutiques.

*Quelle est la durée nécessaire d'utilisation des stabilisateurs de l'humeur?*

Un traitement de maintien pour la stabilisation de l'humeur est indiqué dans plusieurs circonstances :

- après le premier épisode chez les patients adolescents ou de 30 ans ou plus;
- patient masculin;
- antécédent familial positif de trouble bipolaire;
- réseau de soutien médiocre;
- antécédent de premier épisode sévère;
- risque de suicide élevé.

*Quels sont les effets secondaires indésirables du lithium?*

- Possibilité de nausée, vomissement et inconfort gastro-intestinal. Il est possible de réduire sensiblement ces effets négatifs par l'absorption de la médication avec les repas, par l'emploi d'une préparation à libération lente (p. ex. Lithobid) ou par l'administration plus fréquente de plus petites doses.
- Possibilité de diarrhée chez les patients traités avec le lithium, particulièrement durant les six premiers mois du traitement et lorsque la concentration sérique du lithium est supérieure à 0,8. Il s'agit d'un effet secondaire important parce que la déshydratation peut conduire à une accumulation de lithium, ce qui pourrait provoquer une intoxication.
- Possibilité de gain de poids. Ceci est difficile à traiter; l'effet est partiellement réversible après l'interruption de l'administration de lithium.
- Possibilité de dysfonction sexuelle, comme le priapisme.
- Possibilité de tremblement des extrémités supérieures.
- Amplification de l'hypothyroïdie induite par le lithium avec une augmentation de la durée du traitement. Un patient affecté d'une déficience de développement peut ne pas être capable de signaler les symptômes d'hypothyroïdie; par conséquent, il convient d'effectuer un suivi adéquat du fonctionnement de la thyroïde.
- Le traitement au lithium provoque fréquemment un diabète insipide néphrogénique.
- Pour les patients affectés d'une déficience de développement, on doit effectuer un suivi étroit pour la détection de la polyurie. Il peut être difficile de constater l'augmentation du

volume d'urine produit chez un patient incontinent utilisant des couches. De plus, les patients affectés d'une déficience de développement peuvent avoir des difficultés à communiquer l'augmentation de la soif ou à augmenter adéquatement leur consommation de liquide pour compenser les effets de la polyurie. De plus, ces patients peuvent être exposés à un risque plus élevé de déshydratation et d'intoxication grave par le lithium. Il est essentiel de faire comprendre à chacun que la polyurie ne découle pas d'une absorption excessive de fluide, parce que la diminution de la consommation de liquides peut susciter un risque d'intoxication. Par conséquent, il convient d'inciter les patients qui manifestent une polyurie reliée à l'administration de lithium à absorber beaucoup de liquides.

- Possibilité de dysrythmies cardiaques lors de l'administration de lithium. On doit habituellement suspendre l'administration de lithium dans ces cas.
- Possibilité d'effets dermatologiques, comme aggravation de l'eczéma, de l'acné et des lésions du psoriasis.
- Des effets cognitifs sont signalés par certains patients, comme la perte de mémoire, l'augmentation du délai de réaction et la sédation.
- Possibilité de résultats anormaux lors de tests de laboratoire.
- Signes de danger indiquant la toxicité du lithium : tremblements, difficultés d'élocution, ataxie, confusion, myoclonie, crises épileptiques. La toxicité du lithium donne lieu à une urgence médicale; mesures palliatives : interruption de l'administration de lithium, réhydratation; une hémodialyse est nécessaire dans les cas les plus sérieux.

**D. Anticonvulsivants****Table 10 – Anticonvulsivants et doses recommandées**

Appellation générique	Appellation commerciale	Dose initiale (mg/jour)	Dose d'entretien (mg/jour)	Concentration sanguine (mmol/L)
<b>Acide valproïque</b>	<b>Dépakène</b>	250 bid	1000-3000	350-700
<b>Divalproex Na</b>	<b>Épival</b>	250 bid	1000-3000	350-700
<b>Carbamazépine</b>	<b>Tégréto</b>	100 bid	800-1200	17-50
<b>Lamotrigine</b>	<b>Lamictal</b>	12,5-25 hs	50-250 bid	Nil
<b>Gabapentine</b>	<b>Neurontin</b>	300 od	600-1200	Nil
<b>Topiramate</b>	<b>Topamax</b>	25 bid	200-400	Nil

\*\*Directives générales. Les doses sont variables, selon chaque cas (mg/kg [poids du corps])

## 1. Carbamazépine

*Dans quels cas prescrit-on la carbamazépine?*

Gestion des états psychiatriques comme :

- Manie aiguë, traitement des troubles bipolaires, états mixtes et de permutation rapide, ou
- Troubles d'épilepsie
- Le traitement de ces affections peut influencer l'apparition et la sévérité de crises de colère et d'agression; il a été rapporté que la carbamazépine peut aussi susciter des comportements comme l'hyperactivité, l'auto-mutilation et l'agression.

*Quel est le délai de manifestation des effets de la carbamazépine?*

- Les effets anticonvulsivants et analgésiques se manifestent rapidement. Cependant, les effets anti-manie apparaissent plus lentement.

*Quels sont les effets secondaires de la carbamazépine?*

- Effets secondaires communs : étourdissement, dysarthrie, ataxie, maladresse, sédation et nausée
- Effets cardiaques : délai de conduction
- Effets cognitifs : possibilité de perte de mémoire chez certains patients affectés d'une déficience de développement
- Atteinte hépatique
- Possibilité de résultats anormaux lors des tests de laboratoire

## 2. Acide valproïque

*Dans quels cas prescrit-on l'acide valproïque?*

Gestion des états psychiatriques comme :

- Manie aiguë; de nombreux cliniciens considèrent l'acide valproïque comme un agent anti-manie de première ligne pour tous les âges, sauf pour les enfants de moins de dix ans (du fait de son potentiel d'effet secondaire hépatotoxique pour ce groupe d'âge)
- Traitement de maintien dans le cas de troubles bipolaires, la permutation rapide et les états mixtes (l'acide valproïque est le traitement de choix), ou
- Troubles épileptiques
- Le traitement de ces affections peut modifier l'apparition et la fréquence de comportements indésirables connexes

*Quel est le délai de manifestation des effets de l'acide valproïque?*

- Les effets thérapeutiques anti-manie apparaissent après une à deux semaines de traitement.

*Quels sont les effets secondaires indésirables de l'acide valproïque?*

- Comme pour la carbamazépine

### 3. Gabapentine

*Dans quels cas prescrit-on la gabapentine?*

Gestion des états psychiatriques/médicaux, tels que :

- Troubles épileptiques
- Troubles anxieux, en particulier panique et phobie sociale
- Possibilité d'emploi pour la réduction de l'irritabilité

*Quels sont les effets secondaires indésirables?*

- Effets secondaires communs : sédation, ataxie, étourdissement, assèchement de la bouche, fatigue.

### 4. Lamotrigine

*Dans quels cas prescrit-on la lamotrigine?*

Gestion des états psychiatriques/médicaux, tels que :

- Troubles épileptiques
- Traitement de maintien dans le cas des troubles bipolaires, de permutation rapide

*Quels sont les effets secondaires indésirables?*

- Effets secondaires communs : maux de tête, étourdissement, ataxie, vision trouble, fatigue, nausée.
- Effets dermatologiques : démangeaison pouvant se manifester chez près de 40 % des patients, particulièrement lorsque la dose initiale est élevée. La démangeaison sévère, qui peut conduire au syndrome de Stevens-Johnson, se manifeste généralement durant les huit premières semaines du traitement.

**E. Agents antipsychotiques (neuroleptiques)**

**Table 11 – Neuroleptiques et doses recommandées**

Appellation générique	Appellation commerciale	Dose initiale (mg/jour)	Dose d'entretien (mg/jour)
<b>Chlorpromazine</b>	<b>Largactil</b>	50-100	200-400
<b>Thioridazine</b>	<b>Mellaril</b>	30-150	75-400
<b>Métho-triméprazine</b>	<b>Nozinan</b>	25-100	100-200
<b>Loxapine</b>	<b>Loxapac</b>	10-50	60-100
<b>Perphénazine</b>	<b>Trilafon</b>	4-12	12-24
<b>Trifluopérazine</b>	<b>Stélazine</b>	2-15	6-20
<b>Fluphénazine</b>	<b>Moditen</b>	2,5-10	1-5
<b>Halopéridol</b>	<b>Haldol</b>	1,5-3	4-12
<b>Pimozide</b>	<b>Orap</b>	2-4	2-12

\*\*On doit être particulièrement prudent lors de l'utilisation des neuroleptiques à dose élevée, du fait du potentiel d'effets secondaires graves, particulièrement chez les patients affectés d'une déficience de développement qui peuvent ne pas être

capables de communiquer ces effets secondaires.

## F. Agents antipsychotiques atypiques

**Table 12 – Antipsychotiques atypiques et doses recommandées**

Appellation générique	Appellation commerciale	Dose initiale (mg/jour)	Dose d'entretien (mg/jour)
<b>Clozapine</b>	<b>Clozaril</b>	12,5	200-600
<b>Olanzapine</b>	<b>Zyprexa</b>	5-10	10-20
<b>Rispéridone</b>	<b>Risperdal</b>	0,5-1	1-6
<b>Quétiapine</b>	<b>Seroquel</b>	50	300-750

*Dans quels cas prescrit-on des antipsychotiques atypiques?*

Gestion des états psychiatriques, tels que :

- les psychoses, incluant la schizophrénie, les troubles schizoaffectifs, le trouble délirant, la manie aiguë et les psychoses secondaires survenant dans un contexte de démence, de tumeurs cérébrales, de la maladie de Huntington, d'abus d'une substance.
- les troubles du mouvement comme maladie de Huntington et le syndrome de Gilles de La Tourette.
- la gestion de l'agitation aiguë, incontrôlable, sévère, et des comportements violents ou stéréotypiques, et des comportements d'auto-mutilation.

*Quelle est la durée nécessaire d'utilisation de cette médication?*

- La durée de la thérapie avec des neuroleptiques est variable selon la nature de l'affection diagnostiquée ou le comportement à traiter. Pour les patients souffrant de schizophrénie, on recommande l'administration d'antipsychotiques pendant

deux ans après le premier épisode et cinq ans après la seconde rechute; un traitement de maintien de durée indéfinie peut être nécessaire après la troisième rechute. Lors de l'emploi d'antipsychotiques pour la gestion de comportements mésadaptés sévères, on devrait tenter de traiter les causes sous-jacentes si elles sont identifiables, et mettre fin dès que possible à l'administration des antipsychotiques.

*Quels sont les effets secondaires indésirables des antipsychotiques?*

- Possibilité de convulsions
- Possibilité d'effets endocriniens
- Possibilité d'effets cardiaques, particulièrement avec les neuroleptiques de basse puissance (p. ex. thioridazine).
- Manifestation d'hypotension orthostatique durant les premiers jours du traitement, particulièrement dans le cas des neuroleptiques de basse puissance; mais habituellement une tolérance se développe rapidement.
- Il est important d'assurer un suivi de la tension sanguine (patient couché et debout) durant les premiers jours.
- Les antipsychotiques, particulièrement la thioridazine, peuvent provoquer des effets secondaires sur les fonctions sexuelles, comme impuissance ou perturbation de l'éjaculation et de l'orgasme. La clozapine et la rispéridone peuvent provoquer le priapisme.
- La plupart des neuroleptiques provoquent un gain de poids.
- Autres effets secondaires possibles : atteinte hépatique, rétention urinaire et dysphagie.
- Effets neurologiques possibles : anomalies aiguës des mouvements induites par les neuroleptiques en rapport avec le dosage, décrites comme effets secondaires extrapyramidaux. On observe des effets secondaires extrapyramidaux chez environ un tiers des patients affectés d'une déficience de développement traités à l'aide de neuroleptiques. Habituellement, les symptômes se manifestent relativement tôt durant la thérapie avec les neuroleptiques, particulièrement lorsque la dose ou la fréquence d'administration est élevée. Ces effets

sont réversibles et disparaissent après l'interruption de l'administration de la médication, et les patients réagissent bien à un traitement avec un anticholinergique ou une médication anti-parkinsonienne. Les effets secondaires extrapyramidaux peuvent comprendre : une dystonie aiguë, un parkinsonisme induit par les neuroleptiques et une acathisie aiguë (Marsden et al, 1981; Bodfish et al, 1997).

- La dyskinésie tardive (DT) est un trouble du mouvement; le sujet manifeste fréquemment des mouvements involontaires et répétitifs des lèvres, de la langue, de la mâchoire, du visage, du tronc et des membres. Ces mouvements anormaux involontaires peuvent être exacerbés par un stress émotionnel. De plus, les activités motrices répétitives ou les tâches nécessitant une motricité fine peuvent aggraver les symptômes. Par ailleurs une tentative de contrôle volontaire sur ces symptômes peut atténuer ou accentuer les mouvements anormaux. Cependant, la relaxation peut réduire les symptômes de DT, qui sont aussi absents durant le sommeil. La prévalence de la DT dans la population de personnes affectées d'une déficience de développement est très élevée. On observe l'apparition de symptômes de DT chez près d'un tiers des enfants et adultes traités avec des neuroleptiques. La durée et le degré d'exposition aux neuroleptiques, le dosage et l'âge du patient sont des facteurs du risque d'apparition de la DT. Cependant, la DT peut également se manifester chez des patients sans antécédents d'exposition aux neuroleptiques.
- Le syndrome neuroleptique malin est rare, mais c'est un effet négatif potentiellement fatal de tous les antipsychotiques. Le syndrome neuroleptique malin inclut une rigidité musculaire (rigidité « tuyau de plomb ») ou catatonie, une instabilité du système nerveux autonome (hypertension ou tension sanguine instable, l'arythmie, les pupilles dilatées, transpiration et incontinence), le déclenchement rapide de fièvre, et l'altération de l'état mental (confusion, agitation, stupeur) (Boyd, 1993).

Le traitement implique l'interruption de l'administration de la médication responsable et l'hydratation adéquate, et éventuellement, l'emploi d'un agoniste de la dopamine (bromocriptine), ou d'un relaxant musculaire (dantrolène).

- **Surdose d'antipsychotique :**  
Signes et symptômes d'une surdose : pupilles dilatées, effets secondaires extrapyramidaux, augmentation du rythme cardiaque et baisse de la tension sanguine. Une surdose n'est généralement pas dangereuse – sauf dans le cas de la thioridazine et de la mésoridazine, du fait de leurs effets secondaires de toxicité cardiaque. Une surdose de neuroleptiques peut devenir dangereuse en cas de consommation simultanée d'alcool ou de benzodiazépines; les complications peuvent conduire à un delirium, une dépression respiratoire et des crises épileptiques.
- **Symptômes du sevrage des neuroleptiques :**  
On a signalé la présence de : nausée, vomissement, réduction de l'appétit, changements comportementaux, réduction du temps de sommeil, transpiration, mouvements anormaux et crises épileptiques. Ces symptômes se manifestent habituellement après un traitement de longue durée et un brusque sevrage.  
Une réduction graduelle de 10 à 25 % de la dose initiale à intervalles de deux à quatre semaines peut permettre d'éviter ou minimiser ces symptômes de sevrage. L'emploi de lorazépam ou de propranolol à faible dose peut faciliter la gestion de ces effets secondaires.
- Les antipsychotiques atypiques manifestent moins d'effets secondaires que les neuroleptiques typiques.

## **G. Stimulants**

**Table 13 – Stimulants et doses recommandées**

Appellation générique	Appellation commerciale	Dose initiale (mg/jour)	Dose d'entretien (mg/jour)
<b>Méthylphénidate</b>	<b>Ritalin</b>	2,5 matin et après-midi	5-40
<b>Méthylphénidate</b>	<b>Ritalin SR</b>	20 matin	20-40
<b>Dextro-amphétamine</b>	<b>Dexédrine</b>	2,5-5 od	5-40
<b>Dextro-amphétamine</b>	<b>Dexédrine Spansules</b>	10od	10-40

*Dans quels cas prescrit-on des stimulants?*

- Déficit de l'attention/hyperactivité

*Quels sont les effets secondaires indésirables des stimulants?*

- Les stimulants peuvent exacerber : les tics, les obsessions, les compulsions, l'épilepsie, l'anxiété et la psychose.
- Le retard de développement, l'anorexie et la perte de poids chez les enfants
- Difficulté à trouver le sommeil, cauchemars
- Irritabilité, anxiété
- Les risques secondaires comme la perte de cheveux et les effets hématologiques sont rares.
- Possibilité de tolérance et d'emploi abusif
- Le sevrage des stimulants peut susciter des symptômes de dysphorie, dépression, fatigue, hypersomnie et hyperphagie.

**Sommaire**

Nous avons présenté dans ce chapitre une liste des médicaments qui peuvent être prescrits (pharmacothérapie) dans les cas de double diagnostic (déficience de développement et troubles mentaux). Nous incitons les cliniciens, les prestataires de soin et les familles à utiliser les psychotropes seulement lorsqu'un diagnostic psychiatrique a été formulé. Ces médications peuvent être occasionnellement utilisées pour la gestion de comportements aux manifestations intenses ou violentes. Dans ces cas cependant, on doit toujours tenter d'autres interventions réadaptatives si c'est possible. Ces divers traitements pharmacologiques ont été classés en groupes correspondant à divers problèmes de comportement ou de santé mentale. On a également présenté dans ce chapitre une liste des effets secondaires désirables et indésirables de ces médications. On a tenté de présenter la gravité et la malignité des effets secondaires afin d'aider le praticien dans ses décisions cliniques en ce qui concerne les étapes ultérieures nécessaires pour une résolution des crises médicales/mentales découlant de l'utilisation

des médications. On a également présenté des directives concernant les divers modes d'utilisation des médications (par ex., utilisation continue, selon le besoin, ou en situation de crise).

Ce qui suit représente les étapes les plus importantes à exécuter dans une situation où on pense que le client souffre d'un trouble mental :

1. Considérer le trouble mental puisse être à l'origine de certains changements de comportements observés.
2. Évaluer le comportement problématique.
3. Diagnostiquer le problème comme trouble mental.
4. Traiter le problème avec une médication chaque fois que c'est possible.
5. Effectuer un suivi pour déterminer :
  - l'efficacité de la médication utilisée;
  - l'identification des effets secondaires, le cas échéant;
  - le traitement des effets secondaire;
  - le maintien du niveau minimum de médication nécessaire pour le traitement du problème;
  - l'examen médical à l'égard des autres fonctions physiologiques pouvant être affectées par l'utilisation prolongée des médicaments.

On ne doit pas oublier que le client représente le centre de notre action thérapeutique, et qu'il est nécessaire de mettre en place divers composants du puzzle du complexe bien-être/maladie pour maximiser les effets bénéfiques de tous les composants et pour optimiser la qualité de vie des patients à double diagnostic.

### Connaissez-vous / Savez-vous?

1. Quelles sont les catégories de psychotropes?
2. Pour chaque catégorie de médicament, quels sont les indications, mécanismes d'action, durée du traitement, effets secondaires et situations dans lesquelles on devrait mettre fin à l'administration?
3. Comment utiliser des psychotropes pour minimiser leurs effets secondaires indésirables?
4. Comment procéder pour identifier les effets secondaires?
5. Quels sont les protocoles d'utilisation des médications pro re nata?

### Ressources

- Bezchlibnyk-Butler, K.Z. & Jeffries, J.J. (Eds.) (1998). *Clinical handbook of psychotropic drugs*, Eighth Revised Edition. Seattle, WA: Hogrefe & Huber Publishers.
- Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (1997). *Synopsis of Psychiatry*, 8<sup>th</sup> edition, Baltimore, MA: Williams & Wilkins Company
- Kutcher, S.P. (1997). *Child and adolescent psychopharmacology*. Philadelphia: W.B. Saunders Company

### Références

- Bergman, J.D. (1995). Psychopharmacologic treatment of neuropsychiatric conditions in mental retardation. *Pediatric Psychopharmacology: Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 4(2), 401-433.
- Bergman, J.D. (1996). Pharmacologic interventions: Mental retardation. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5(4), 853-880.
- Bezchlibnyk-Butler, K.Z. & Jeffries, J.J. (Eds) (1998). *Clinical handbook of psychotropic drugs* (8th Revised Ed.) Seattle, WA: Hogrefe & Huber Publishers.
- Bodfish, J.W., Newell, K.M., Sprague, R.L., Harper, V.N., &

- Lewis, M.H. (1997). Akathisia in adults with mental retardation: Development of the akathisia ratings of movement scale (ARMS). *American Journal on Mental Retardation*, 101 (4), 413-423.
- Boyd, R.D. (1993). Neuroleptic malignant syndrome and mental retardation: Review and analysis of 29 cases. *American Journal on Mental Retardation*, 98(1), 143-155.
- Chouinard, G., Ross-Chouinard, A., Annable, L., & Jones, B.D. (1980). Extrapyramidal symptom rating scale. *Canadian Journal of Neuroscience*, 8, 164-166.
- Dorland's Medical Dictionary* (24th Ed.) Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Guy, W. (1976). *Abnormal involuntary movement scale*. In ECDEU assessment manual for psychopharmacology (Revised). PHEW publication ADM 76-338 (pp. 534-537). Washington, DC: US Government Printing Office.
- Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (1998). *Synopsis of psychiatry* (8th Ed.) Williams & Wilkins Company
- Kutcher, S.P. (1997). *Child and adolescent psychopharmacology*. Philadelphia: W.B. Saunders Company
- Kutcher, S. (2000). Practical clinical issues regarding child and adolescent psychopharmacology. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9(1), 245-260.
- Madrid, A.L., State, M.W., & King, B.H. (2000). Pharmacologic management of psychiatric and behavioral symptoms in mental retardation. *Psychopharmacology: Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9 (1), 225-243
- Marsden, C.D. & Schachter, M. (1981). Assessment of extrapyramidal disorders. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 11 (2), 129-151
- Medical Economic Date. (1966). *Physician's desk reference*. Monvale, NJ: Author.
- Pary, R. (1993). Psychoactive drugs used with adults and elderly adults who have mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 98(1), 121-127
- Reiss, S. & Aman, M.G. (1998). Psychotropic Medications and

- Developmental Disabilities. In S. Reiss & M.G. Aman (Eds.), *Psychotropic medications and developmental disabilities: The International Consensus Handbook* (pp. 45-72). Ohio State University: Nisonge Centre.
- Santosh, P.J. & Baird, G. (1999). Psychopharmacotherapy in children and adults with intellectual disability. *LANCET*, 354, 233-242
- Sovner, R. & DesNoyers Hurley, A. (1985). Assessing the quality of psychotropic drug regimens prescribed for mentally retarded persons. *Psychiatric Aspects of Mental Retardation Reviews*, 8/9, 31-38.
- Silka, V.R. & DesNoyers Hurley, A. (1999). When do you decide to use an antipsychotic medication? *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 2(1), 33-35

## **Remerciements**

Nous souhaitons remercier particulièrement Steven Weisblatt pour son importante contribution à la rédaction de ce chapitre.