

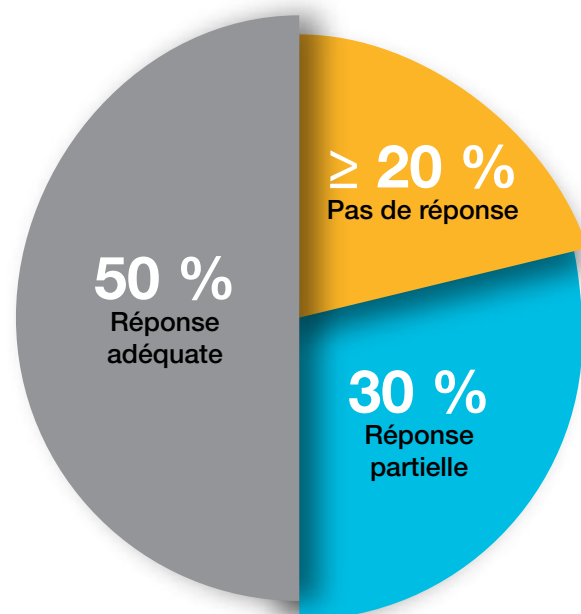


# La schizophrénie réfractaire au Canada

Prévalence, impact et recommandations thérapeutiques

## La schizophrénie réfractaire : plus courante qu'on pourrait le croire

La réponse est sous-optimale chez **au moins 50 % des patients** malgré une pharmacothérapie adéquate<sup>1</sup>.



- Malgré une pharmacothérapie adéquate, chez au moins 20 % des patients ayant eu de multiples épisodes, les symptômes positifs ne répondent pas aux antipsychotiques et chez un autre 30 %, la réponse n'est que partielle<sup>1</sup>.

*Les lignes directrices de l'APC définissent la résistance au traitement comme l'échec du traitement par au moins **deux** antipsychotiques<sup>1\*</sup>.*

\* On ne peut parler de résistance au traitement par un antipsychotique qu'après l'échec d'un traitement de quatre à huit semaines par la dose maximale tolérée dans l'intervalle thérapeutique recommandé.

## L'impact dévastateur de la schizophrénie

**La schizophrénie a une incidence profonde sur pratiquement tous les aspects de la vie : les soins personnels, les relations, l'emploi, les études, le logement et la vie sociale<sup>2</sup>.**



**Seulement entre 10 et 30 %** des personnes qui souffrent de schizophrénie ont un emploi à un moment quelconque et peu d'entre elles sont capables de conserver un emploi<sup>3</sup>.



**Entre 60 et 70 %** des personnes qui souffrent de schizophrénie ne se marient pas et la plupart ont des contacts sociaux limités<sup>2</sup>.



**Entre 50 et 85 %** des personnes qui souffrent de schizophrénie développent un trouble concomitant lié à l'abus d'alcool et d'autres drogues<sup>3</sup>.



**Entre 40 et 50 %** des patients qui souffrent de schizophrénie tentent de se suicider et environ 10 % meurent par suicide<sup>2</sup>.



En 1996, on estimait à **2,35 milliards de dollars** le coût total de la schizophrénie au Canada<sup>2</sup>.

*« Compte tenu du tableau clinique de la schizophrénie, la prévention ou l'espacement des rechutes totales ou partielles de psychose est un des principaux objectifs du traitement. »*

*– Ziedonis D, Yanos PT et Silverstein SM<sup>3</sup>*

# Recommandations des lignes directrices canadiennes sur le traitement de la schizophrénie\*

« La clozapine demeure le traitement de prédilection en cas de réponse partielle ou d'absence de réponse au traitement. On doit envisager le traitement par la clozapine dès qu'on a démontré que le patient ne répond pas au traitement, même au cours de la première ou de la deuxième année de la maladie. » – Lignes directrices de pratique clinique de l'Association des psychiatres du Canada<sup>1</sup>

## 1<sup>re</sup> ÉTAPE

- Avant le traitement, clarifier le diagnostic.
- Faire un examen physique et procéder à des évaluations pour obtenir des valeurs initiales de base si elles manquent.
- Traitement : administrer un ADG<sup>†</sup> (sauf la clozapine) OU un APG<sup>‡</sup> à prise orale qui a déjà été efficace et toléré.
- Évaluer pendant 4 à 8 semaines.

Traitement efficace et toléré

Poursuivre le traitement par voie orale ou passer à un médicament injectable à action prolongée (si disponible) pour améliorer la fidélité au traitement médicamenteux.

Inefficacité/réponse partielle OU intolérance/effets secondaires

## 2<sup>e</sup> ÉTAPE

- Associer un autre médicament OU faire l'essai d'un autre ADG<sup>†</sup> (sauf la clozapine).
- Évaluer pendant 4 à 8 semaines.

Traitement efficace et toléré

Poursuivre le traitement par voie orale ou passer à un médicament injectable à action prolongée (si disponible) pour améliorer la fidélité au traitement médicamenteux.

Inefficacité/réponse partielle OU intolérance/effets secondaires

## 3<sup>e</sup> ÉTAPE

- Essayer un troisième ADG<sup>†</sup> (évaluer pendant 4 à 8 semaines) OU envisager l'optimisation OU passer à la clozapine.
- Évaluer pendant 4 à 6 mois.

Traitement efficace et toléré

Poursuivre le traitement.

Après l'échec du traitement par deux antipsychotiques, on peut envisager le traitement par la clozapine, l'optimisation du traitement médicamenteux ou l'administration d'un troisième ADG<sup>†</sup>.

Adaptation des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association des psychiatres du Canada sur le traitement de la schizophrénie<sup>1</sup>.

Remarque : Adapter toutes les démarches thérapeutiques en fonction du patient. Envisager l'évaluation, la pharmacothérapie et les interventions psychosociales à TOUS les stades du traitement.

Voir les lignes directrices canadiennes de pratique clinique pour obtenir des détails sur les recommandations thérapeutiques.

\* Phases de stabilisation et de stabilité.

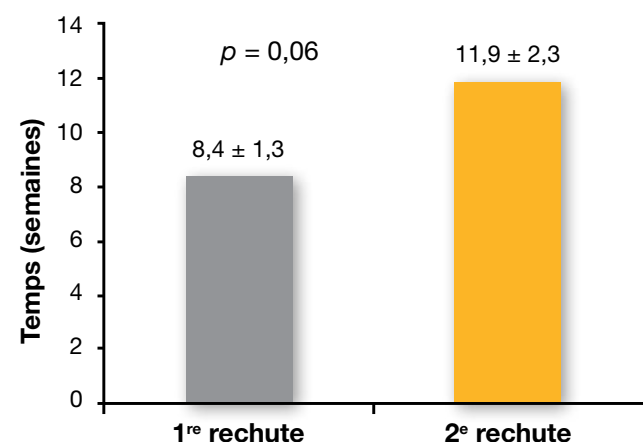
<sup>†</sup> ADG = antipsychotique de deuxième génération. Les antipsychotiques de deuxième génération sont la clozapine, l'olanzapine, la quétiapine et la rispéridone.

<sup>‡</sup> APG = antipsychotique de première génération.

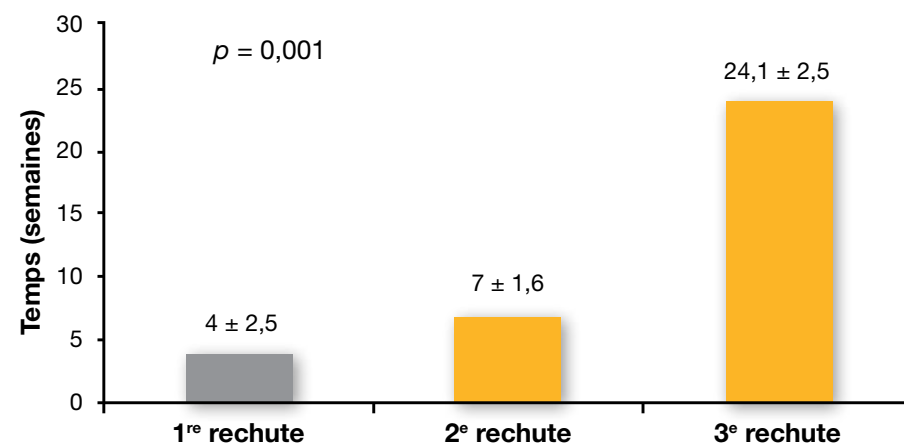
# Impact à long terme de la psychose

Le délai de rémission est d'autant plus long que le nombre de rechutes de psychose est grand<sup>4\*</sup>.

Délai médian de rémission ( $\pm$  ET), en semaines, chez les patients qui ont fait DEUX rechutes



Délai médian de rémission ( $\pm$  ET), en semaines, chez les patients qui ont fait TROIS rechutes

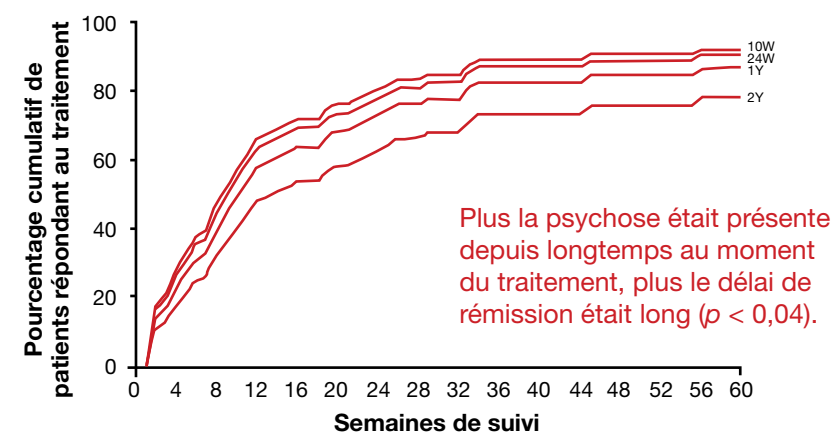


Adaptation de Lieberman JA *et al.*<sup>4</sup>

\* Chez des patients entrés à l'hôpital en raison d'un premier épisode de psychose, on a procédé à des évaluations initiales, puis administré un traitement contrôlé, conformément à un protocole normalisé, jusqu'à l'obtention d'une rémission. Pendant la période de suivi de jusqu'à cinq ans, on a refait les évaluations cliniques et biologiques à intervalles donnés, dont une IRM tous les 18 mois. Les patients qui faisaient une rechute recevaient de nouveau, conformément au protocole normalisé, le traitement auquel ils avaient répondu au moment de la première (ou de la précédente) rechute.

On a aussi associé la durée de la psychose non traitée aux mauvais résultats à long terme<sup>1,4\*</sup>.

Pourcentage cumulatif de patients présentant un premier épisode qui répondent au traitement, en fonction de la durée de la maladie au moment de l'inscription à l'étude



Adaptation de Lieberman JA *et al.*<sup>4</sup>

10W = 10 semaines; 24W = 24 semaines; 1Y = 1 an; 2Y = 2 ans.

## La rechute de psychose est associée :

- au besoin de plus fortes doses de médicaments<sup>6</sup>
- à un plus long délai de rétablissement<sup>6</sup>
- à un plus bas niveau de fonctionnement<sup>6</sup>
- à une augmentation de la dysfonction et de la détérioration résiduelles<sup>7</sup>

« Les rechutes qui peuvent survenir nuisent beaucoup au succès de la prise en charge du trouble. Le délai de rémission s'allonge avec chaque rechute. » – Bostrom AC, Boyd MA<sup>5</sup>

# La schizophrénie réfractaire au Canada

- **Plus de 50 % des patients qui souffrent de schizophrénie résistent au traitement<sup>1</sup>.**
- **La schizophrénie a une incidence profonde sur pratiquement tous les aspects de la vie, dont les relations et l'emploi<sup>1</sup>.**
- **La clozapine demeure le traitement de prédilection en cas de réponse partielle ou d'absence de réponse au traitement, selon les lignes directrices canadiennes de pratique clinique<sup>1</sup>.**
- **La rechute de psychose est associée au besoin de plus fortes doses de médicaments, à un plus long délai de rétablissement/rémission et à un plus bas niveau de fonctionnement<sup>4,6</sup>.**

**Références :** **1.** Association des psychiatres du Canada (APC). Clinical Practice Guidelines—Treatment of schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 2005;50(13):1S–56S. [https://www1.cpa-apc.org/Publications/Clinical\\_Guidelines/schizophrenia/november2005/cjp-cpg-suppl1-05\\_full\\_spread.pdf](https://www1.cpa-apc.org/Publications/Clinical_Guidelines/schizophrenia/november2005/cjp-cpg-suppl1-05_full_spread.pdf). Consultation : 7 novembre 2016. **2.** Santé Canada. Rapport sur les maladies mentales au Canada : Chapitre 3 Schizophrénie. Site Web de Santé Canada. [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/chap\\_3-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/chap_3-fra.php). Consultation : 7 novembre 2016. **3.** Ziedonis D, Yanos PT, Silverstein SM. Relapse prevention for schizophrenia. Dans : Witkiewitz DA, Marlatt GA, éd. *Therapist's guide to evidence-based relapse prevention*. San Diego, CA: Elsevier; 2007:117–140. **4.** Lieberman JA, Alvir JM, Koren A, et al. Psychobiologic correlates of treatment response in schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*. 1996;14(3 Suppl):13S-21S. **5.** Bostrom AC, Boyd MA. Schizophrenia: Management of thought disorders. Dans : Boyd MA, éd. *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. 4<sup>e</sup> éd. Hong Kong, China: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2008:276–324. **6.** Siegel SJ, Ralph LN. *Demystifying schizophrenia for the General Practitioner*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett; 2011. **7.** Varcarolis EM. *Essentials of psychiatric mental health nursing: A communication approach to evidence-based care*. 2<sup>e</sup> éd. New York, NY: Elsevier; 2014.