

Le Dr Julien Elowe est médecin-chef au Département de psychiatrie du CHUV, responsable des secteurs nord et ouest du canton de Vaud. Il a choisi la psychiatrie parce qu'elle est « la médecine la plus humaine » et se dit très content d'avoir été invité à parler de cette thématique difficile qui prend beaucoup de temps en entretien avec les patients :

## « Médicaments : à vie ? Vraiment ? »

La vision du Dr Elowe est que personne ne peut affirmer qu'un traitement à vie soit nécessaire, car les troubles psychiques sont multifactoriels ; on ne peut pas expliquer leur(s) cause(s).

Le Dr Elowe rappelle qu'il existe globalement 2 types de traitement en médecine : le traitement étiologique qui va éliminer la cause (p.ex. les antibiotiques) et le traitement symptomatique qui agit sur le symptôme sans éliminer la cause (p.ex. le Dafalgan qui fait baisser la fièvre).

Or, même si l'on connaît leurs modes d'action, la plupart des médicaments utilisés aujourd'hui en psychiatrie agissent sur les symptômes. Ainsi, les antipsychotiques bloquent les récepteurs de la dopamine, ce qui semble notamment expliquer l'effet positif sur la réduction des délires et des hallucinations...pour une durée déterminée. On aide sur le moment, mais les troubles peuvent revenir.

L'action pharmacologique du médicament est la même pour tout le monde ; mais comment il va agir sur une personne donnée, cela on ne le sait pas, car la capacité à répondre à ce médicament va dépendre de différents facteurs (capacités cognitives, expériences de vie, traumatismes, etc.). Dans certains cas, l'effet d'un médicament peut dépendre en partie de l'histoire du patient, de la représentation qu'il en a.

Les connaissances scientifiques actuelles en psychiatrie ne permettent pas de prédire quel médicament conviendra à une personne donnée ni combien de temps cette personne en aura besoin. C'est pourquoi les médecins devraient réévaluer les prescriptions régulièrement.

La discussion s'engage sur la question des patients qui n'adhèrent pas à la prise de médicaments antipsychotiques et qui arrêtent leur traitement : lorsqu'il y a eu sur des années de nombreuses rechutes et que le médecin n'insiste pas sur la nécessité de prendre le traitement de façon régulière, est-ce que cela ne peut pas être considéré comme une démission de sa part, malgré le fait que les conséquences puissent être désastreuses pour le patient et pour ses proches, qui eux, restent au front ?

Pour le Dr Elowe, il est essentiel qu'une relation de confiance soit établie entre le patient et son médecin et qu'un dialogue se fasse avec le patient pour que les décisions sur le traitement se prennent ensemble. Cela peut prendre du temps. Le plan de crise conjoint est un outil qui peut, par exemple, autoriser le médecin à prendre certaines décisions en cas de crise.

La prise en charge de la personne devrait être globale, pas uniquement centrée sur la médication. Cela dépend beaucoup des ressources de la personne, de son niveau de stabilité et d'intégration sociale. Ce n'est pas toujours possible au début, car il n'est pas simple pour le patient d'exprimer ses besoins. Plusieurs personnes dans l'assistance relèvent qu'ils se sont pourtant souvent exprimés, mais qu'ils n'ont pas été écoutés. Le Dr Elowe insiste sur le fait que le lien avec le psychiatre est déterminant.

Si le lien n'est pas bon, il est toujours possible de changer de médecin.

A la question d'une personne qui voudrait diminuer son traitement antipsychotique, le Dr Elowe répond qu'elle peut essayer et voir ce qui se passe en diminuant progressivement, mais qu'il faut en discuter avec le(la) psychiatre, qui pourra l'accompagner dans cette volonté.

Des mots importants ont été prononcés lors de cet échange : écoute, confiance, besoins, dialogue, lien...une amorce pour une prochaine discussion ?