

« Combien de temps vais-je

Studi, un outil pédagogique innovant, permet aux soignants de vivre des expériences émotionnelles pour faire évoluer leurs représentations sociales. L'objectif est de proposer un accompagnement personnalisé adossé au vécu du patient. Illustration avec la prescription de neuroleptiques au long cours.

Dans la schizophrénie, la question de la durée appropriée du traitement neuroleptique est souvent source de malaise, parfois éclipsée, voire délibérément ignorée. Elle revêt pourtant une importance cruciale, en particulier à la lumière des effets secondaires à long terme et du manque de données probantes pour étayer un traitement à long terme. Les professionnels peuvent hésiter à exprimer leurs préoccupations et à s'engager dans un débat sur ce sujet épineux. Dans ce contexte, cet article présente un outil pédagogique innovant, Studi (*Stand up design of instruction*), pour accompagner les formateurs qui souhaitent soutenir leurs collègues dans la réflexion sur les soins et l'ouverture sur la recherche d'une psychiatrie plus personnalisée.

Quentin GRUNENWALD*¹
 Jérôme FAVROD**¹
 Charles BONSACK***²
 Alexandra NGUYEN****¹

*Infirmier et diplômé en gestion hôtellerie,
 Infirmier spécialiste clinique en psychiatrie et santé mentale, *Psychiatre,
 **** Infirmière et docteur en sciences de l'éducation; 1- Institut et haute école de la santé La Source, Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO), Lausanne. 2- Service de psychiatrie communautaire, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois et Université de Lausanne.

À PROPOS DE STUDI

Les formations initiales ou continues des professionnels de santé ont pour objectif l'acquisition de connaissances scientifiques et de compétences relationnelles et émotionnelles. La dimension scientifique exige une attitude détachée, objective et reproductible, indépendante de la personne ou de la situation. En revanche, les compétences émotionnelles et relationnelles sont propres à chacun, en lien avec les situations et les autres. La notion d'empathie cognitive intègre ces dimensions cognitives et affectives de la communication : il s'agit de reconnaître et comprendre l'expérience d'autrui, de la formuler et de la communiquer, puis de prendre les mesures appropriées (1). Dans cette perspective, les formations doivent proposer des dispositifs pédagogiques permettant aux cliniciens de comprendre non seulement les maladies, mais aussi l'expérience des patients, pour mutualiser les connaissances (savoirs scientifiques et expérientiels), et ainsi augmenter la participation des usagers aux soins. D'un point de vue pédagogique, gérer ses émotions et ses représentations personnelles des problèmes de santé est une dimension centrale de l'apprentissage et du développement des compétences relationnelles. Le parcours de vie et la pratique clinique constituent les cadres de référence de chaque apprenant. Lorsque la formation apporte des informations nouvelles en contradiction avec les connaissances acquises par l'expérience, un déséquilibre interne se produit, appelé conflit cognitif.



prendre ce traitement ? »



© Adobe Stock – zaschnaus.

L'apprentissage suppose de dépasser ce conflit, et pour cela inclure des méthodes qui aident les apprenants à surmonter ce conflit interne et favorisent les processus d'accommodation et d'assimilation.

Élaboré par la Faculté de biologie et de médecine de l'université de Lausanne (Unil) et l'Institut et haute école de santé La Source, Studi est un outil pédagogique innovant qui offre aux futurs cliniciens un environnement expérientiel et réflexif centré sur l'expérience du patient (2). Il est basé sur le format de la comédie stand-up, dans laquelle un acteur, seul, s'adresse directement à son public lors d'un monologue humoristique. Dans une vidéo, sans décor, ni costume ou accessoire, le locuteur d'une vignette Studi expose ainsi directement au spectateur, d'une façon familière, ses sentiments et les situations vécues des patients. Pris dans le récit, les apprenants partagent ses émotions. Le visionnage du film constitue une expérience, indispensable pour la suite du processus d'apprentissage.

Le formateur amène ensuite les étudiants à analyser leur expérience, les encourageant à observer et réfléchir à leurs sentiments en lien avec la scène racontée. Ces deux premières étapes impliquent les participants et favorisent les processus d'identification avec les patients. Complétées par des ressources théoriques, ces analyses collectives sont la pierre angulaire de la transformation du vécu des étudiants en nouvelles connaissances. Ces espaces conversationnels nécessaires à l'apprentissage ont été décrits dans diverses études (3, 4).

Studi permet ainsi aux apprenants de vivre des expériences émotionnelles de qualité (vidéo), d'interagir avec les autres (collègues et enseignants), de confronter leurs représentations initiales et d'en construire de nouvelles. L'apprentissage expérientiel intègre les facteurs cognitifs et socio-émotionnels (5). Ce modèle comprend un cycle en quatre étapes :

- une expérience concrète ;
- l'observation/l'analyse ;
- la théorisation qui permet de développer une compréhension ;
- l'action et l'expérimentation, tenant compte des implications dégagées au fil des étapes.

Ces étapes requièrent des compétences spécifiques, telles que l'engagement personnel, l'identification de ses propres émotions ou représentations, la réflexion, ainsi que la capacité à créer de nouveaux

modèles cohérents avec les observations et à prendre des décisions pour résoudre les problèmes cliniques. L'apprenant est impliqué à divers degrés, en tant qu'acteur ou observateur, et sur un continuum allant d'un engagement personnel spécifique à un détachement analytique général. Chaque mode d'apprentissage est associé à une caractéristique majeure du développement personnel : le développement des connaissances par l'expérience concrète se caractérise par une augmentation des compétences dans la complexité affective ; le développement de l'observation réfléchie se caractérise par une plus grande compétence dans la complexité perceptive (2).

LA VIGNETTE/L'EXPÉRIENCE

Dans le cadre du programme Studi, une vignette intitulée « *Combien de temps vais-je devoir prendre mon traitement ?* » a été élaborée pour explorer la prise de neuroleptiques à long terme*.

– La première partie de la vidéo souligne l'importance du traitement neuroleptique dans la phase aiguë. Comme s'il s'adressait à un proche, un patient, Xavier, raconte de façon très sensible comment il a été frappé par un épisode psychotique, avec un délire de persécution, des hallucinations auditives, des associations d'idées incohérentes, ainsi qu'une désorganisation. Il décrit l'amélioration avec le traitement : « *Depuis plusieurs mois, tu prends régulièrement tes médicaments, et tu vas mieux. Tu apprécies d'être sorti de l'enfer de la psychose. Tu n'arrivais plus à organiser tes pensées (...) Tu entendais aussi des voix, qui te critiquaient (...) et te harcelaient sans cesse... Tu avais l'impression qu'on voulait te rayer de la planète (...)* »

– La deuxième partie présente une phase de stabilisation (18 mois après le dernier épisode psychotique). Les symptômes de la maladie se sont atténués, mais ils restent présents. Par ailleurs, des effets secondaires liés au traitement posent problème au patient, notamment la prise de poids. « *T'es content d'avoir repris ta formation mais bon, t'as quand même pris dix kilos... même si tu fais attention à ce que tu manges et que t'as repris le sport...* » Le témoignage souligne le fait que, malgré la stabilisation de la maladie, la dose des neuroleptiques n'a pas été diminuée.

– La troisième partie introduit les débuts d'une relation amoureuse entre Xavier et

une camarade étudiante, Clara. L'attirance semble réciproque. Cependant, Xavier craint de se rapprocher de Clara car il n'est plus capable d'avoir une érection. « *Tu sens qu'elle t'attire mais le désir est comme enfoui par le médicament, comme une boule de feu dans une armure* ». Il ne sait pas comment lui en parler, avec qui aborder le sujet, et il reste convaincu que ce symptôme est lié à son traitement.

LES RÉACTIONS/L'OBSERVATION

Dans le cadre d'une formation en soins infirmiers au cours de laquelle la vidéo a été présentée, la réaction principale de l'audience a été le sentiment d'impuissance face à la réalité des effets indésirables rapportés par le patient. Ne pouvant pas modifier le traitement elles-mêmes, des étudiantes ont par exemple évoqué un sentiment « d'injustice » pour ce patient observant. L'une d'elles souligne que les soignants se préoccupent davantage d'une diminution des symptômes positifs, aux dépens de la qualité de vie. Une autre étudiante explique qu'elle se sent « *triste, car le patient est freiné dans son élan* » et « *nous évaluons la diminution de symptômes positifs comme plus importante que le lien avec sa nouvelle copine* ». Les étudiantes relèvent également l'intérêt d'aborder avec les patients les sujets délicats, voire tabous, comme la sexualité. Plusieurs considèrent qu'il faut aider le patient à décrire l'effet secondaire qui le gêne à son psychiatre et « *plaider sa cause* » en réunions d'équipe.

RÉFLEXION ET APPORTS THÉORIQUES

À cette troisième étape, le formateur propose des ressources théoriques pour approfondir les connaissances nécessaires à une compréhension fine des enjeux qui traversent la problématique du patient. Ces apports concernent ici le traitement neuroleptique et ses conséquences.

– Les neuroleptiques restent le traitement de base des troubles du spectre de la schizophrénie, même s'il n'agissent que sur les symptômes psychotiques. Selon une étude, 20 % des patients n'y répondent pas et 20 % que très partiellement (6). Pour ces deux groupes, les données actuelles ne montrent pas d'avantages entre maintenir ou augmenter la dose (7) ni pour aucune combinaison de neuroleptiques (y compris avec la clozapine (8)).

– Pour ce qui concerne le traitement de maintien, la plupart des directives recommandent un traitement antipsychotique

d'au moins 1 à 2 ans après la rémission des symptômes d'un épisode aigu (9). Ces recommandations sont basées sur le fait que le traitement neuroleptique réduit de manière significative les taux de rechute à un an (médicaments 24 % *versus* placebo 61 %) et les hospitalisations (médicament 7 % *versus* placebo 18 %) (10). Malheureusement, très peu d'études se sont poursuivies au-delà de 12 mois, une seule sur trois ans. On ne sait donc rien de l'efficacité du traitement de maintien par rapport au placebo après trois ans (11).

— Au-delà de cette période initiale, la plupart des données proviennent d'études longitudinales non contrôlées. Ces travaux ont l'avantage de fournir des données à long terme représentatives de la population globale. Toutefois, les groupes étudiés peuvent être sujets à des biais de sélection. Ces études montrent que les patients sous traitement à long terme conservent un risque élevé de réhospitalisation en lien avec une éventuelle non-observance du traitement ou une mauvaise réponse à celui-ci (12). Le traitement neuroleptique d'entretien réduit le risque de suicide contrairement aux benzodiazépines qui l'augmente (13).

— Plusieurs études montrent également que le traitement neuroleptique à long terme est accompagné d'une aggravation des symptômes négatifs et d'une baisse du fonctionnement (14) ou d'un taux de rechute identique à celui des patients non-traités (15). Des études indiquent que des sous-groupes de patients qui avaient arrêté le traitement neuroleptique pouvaient fonctionner mieux et se rétablir davantage que ceux qui avaient poursuivi leur traitement (16, 17). Il est intéressant de constater que ces études décrivent des sous-groupes de patients ayant obtenu une rémission alors qu'ils n'étaient pas sous neuroleptiques lors du suivi à long terme. Ces résultats soulignent donc l'importance de conduire des recherches plus approfondies sur une approche plus individualisée du traitement à long terme.

— Les directives cliniques ne fournissent pas de recommandations systématiques sur la poursuite ou l'arrêt du traitement au-delà de 1 à 2 ans, mais elles mettent en garde contre les risques de rechute associés à l'arrêt du traitement. On sait également que l'utilisation chronique de neuroleptiques peut être associée à des effets secondaires sur le plan métabolique accompagné d'une prise de poids

(18) qui peuvent avoir des conséquences importantes sur la durée de vie, sur le plan neurologique comme le parkinsonisme, l'akathisie et les dyskinésies tardives (19) ou sexuelles comme des troubles de l'excitation sexuelle, de l'érection, de la lubrification, de l'orgasme, de l'éjaculation et de la satisfaction sexuelle globale (20). Dans ce contexte, les psychiatres sont souvent mis sous pression par les équipes soignantes pour augmenter ou changer de molécule quand les patients ne répondent pas au traitement prescrit. Parfois, les professionnels pensent que le traitement neuroleptique doit être délivré à vie, comme c'est le cas pour les anti-hypertenseurs. Par ailleurs, s'ils reconnaissent généralement la sévérité des effets secondaires, la crainte d'une rechute peut les conduire à éviter une réduction des doses. Les soignants évoquent également le manque de connaissances pour réduire le traitement (21), ne sachant pas qui pourrait en bénéficier et comment procéder avec le maximum de sécurité.

ACTIONS/NOUVELLES INTERVENTIONS

À cette dernière étape de Studi, les étudiants considèrent les actions et les interventions qui peuvent être envisagées à la lumière de ces nouveaux savoirs et compétences. À partir des questions introduites par la vidéo Studi (après le récit du narrateur), le formateur conduit l'élaboration de pistes d'actions en lien avec la problématique.

À propos du médicament, si les neuroleptiques ont la même efficacité à dose équivalente, ils présentent des profils d'effets secondaires différents (22). En cas d'effets secondaires, les guides de prescription proposent généralement la réduction des doses et/ou le changement de neuroleptique (23). Les travaux sur la déprescription et le dosage minimal peuvent venir compléter ces données.

• La déprescription

La déprescription est définie comme la réduction ou l'arrêt d'un médicament lorsque ses risques actuels et potentiels l'emportent sur ses avantages actuels ou potentiels, en tenant compte de l'état de santé du patient, de son fonctionnement, de ses valeurs et de ses préférences (24). Ce concept est né en gériatrie, où les changements physiologiques normaux liés à l'âge et les vulnérabilités croissantes en matière de santé se combinent parfois à

la polymédication, entraînant des conséquences négatives graves comme des chutes, une altération de l'état mental et des arythmies cardiaques. Plus récemment, la déprescription a été citée comme pertinente dans plusieurs spécialités médicales, y compris la cardiologie et la psychiatrie. Elle peut être considérée comme une approche de la psychopharmacologie pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave, dans laquelle le prescripteur envisage la possibilité d'une réduction des antipsychotiques pour chaque patient, mais ne l'applique pas nécessairement à tous (25).

En pratique, les processus de déprescription identifient cinq éléments clés :

- la préparation d'un historique complet des médicaments du patient ;
- l'identification des molécules potentiellement inappropriées ;
- la détermination de la possibilité d'arrêter un médicament potentiellement inapproprié ;
- la planification du sevrage (par exemple la réduction progressive si nécessaire) ;
- la nécessité d'un suivi, d'un soutien et d'une documentation.

En psychiatrie, ce processus a été élargi pour inclure un calendrier approprié, des échanges avec l'entourage du patient et son équipe référente, et l'élaboration d'un plan d'identification, de prévention et de gestion des rechutes.

La déprescription nécessite en effet une prévention efficace des rechutes. Dans une perspective biopsychosociale, cette prévention des rechutes souligne l'importance dans la schizophrénie des facteurs de stress psychosociaux (perte d'un emploi ou d'un logement, deuil, rupture...), et biologiques (abus de substances, voire arrêt précipité ou inopportun des antipsychotiques...).

La déprescription en psychiatrie est ancrée dans des pratiques orientées vers le rétablissement intégrant la décision médicale partagée, une approche centrée sur la personne et l'encouragement de l'autonomisation et de l'espoir (25). Dans la pratique, il a été constaté que la déprescription améliore l'adhésion aux traitements en réduisant la polymédication et les effets secondaires, en réduisant les coûts et en augmentant la connaissance, la participation et l'adhésion du patient (26).

• Le dosage minimal

Le dosage minimal est basé sur l'idée que les recommandations concernant la

prescription de neuroleptiques suggèrent des doses trop élevées, notamment en traitement de maintien.

Pour certains psychiatres, les preuves de leur efficacité à long terme manquent et les effets cumulatifs des antipsychotiques sur la santé physique et la structure cérébrale suscitent de plus en plus d'inquiétudes (27).

La formulation de certaines recommandations reflète la difficulté des auteurs à traiter cette controverse sur la base des données probantes existantes. Certains suggèrent de ne pas diminuer la dose nécessaire au traitement aigu (28). Les mêmes auteurs reconnaissent néanmoins qu'entre 15 et 20 % des patients pourraient se passer de traitement neuroleptique à long terme, et que des doses faibles (105-210 équivalent Chlorpromazine, eqCPZ^{***}) n'augmentent pas de manière significative le risque de rechute (au contraire des doses très faibles <105 EQ CPZ). Lehman et al. (29), après avoir recommandé de maintenir les doses nécessaires durant la phase aiguë, soulignent que jusqu'à 50 % des personnes pourraient bénéficier de doses inférieures à 300 eqCPZ, justifiant une réduction progressive des doses soigneusement évaluée au cours du temps. Beaucoup d'effets secondaires sont dose-dépendants, y compris pour les antipsychotiques de deuxième génération (prise de poids, hyperlipidémie, diabète, risque de thrombose veineuse ou de mort subite).

Par ailleurs, la baisse des doses améliore la cognition chez des patients stables avec une schizophrénie (30, 31) mais nécessite une prévention des rechutes. Les études d'efficacité en situation réelle confirment que les 40 % des patients qui reçoivent des doses inférieures à 300 mg d'équivalent CPZ d'antipsychotiques de première génération ont moins d'effets secondaires, un meilleur fonctionnement social et davantage de chances d'être employés, sans aucune conséquence négative, ce qui suggère qu'une dose inférieure aux recommandations pourrait être cliniquement appropriée pour certains patients (32). Pour éviter certaines rechutes liées au sevrage ou à un effet rebond, une diminution lente des doses d'environ 20 % par mois est néanmoins préconisée (28).

Enfin, une méta-analyse comprenant des antipsychotiques de première et de deuxième génération a montré que l'amélioration clinique n'augmentait pas au-delà

de doses supérieures à 375 mg d'équivalent CPZ, alors qu'une augmentation significative des effets secondaires était observée (33). Une autre méta-analyse chez des patients chroniques indique qu'une réduction progressive des doses, en évitant de passer au-dessous de 3 à 5 mg d'équivalent d'Halopéridol (soit 150 à 250 mg d'eqCPZ) réduit considérablement le risque de rechute (34).

Dans la schizophrénie, les facteurs prédictifs d'une réduction réussie de la dose d'antipsychotiques suggèrent que les cliniciens doivent tenir compte du risque de rechute à long terme chez les jeunes patients dont la durée de la maladie est relativement courte et maintenir les doses finales à un niveau supérieur à 200 mg/jour d'équivalent CPZ (31). Une diminution progressive sur une période de plusieurs mois lorsque cela est cliniquement approprié, a été suggérée pour réduire la sévérité des symptômes de sevrage et de rebond, mais cette stratégie ne réduit pas le risque d'apparition de ces symptômes, qu'ils soient transitoires ou persistants comme les dyskinésies tardives ou la psychose de sursensibilité (35). Soulignons enfin que la recherche du traitement minimal se réalise en partenariat avec le patient et selon les principes de la décision partagée (36).

• Les alternatives

Il faut également de trouver des réponses pour les personnes qui ne répondent pas au traitement neuroleptique ou qui y sont réfractaires car les effets négatifs l'emportent sur les effets positifs ou que la prise de médicament est associée à une expérience post-traumatique à la suite de contrainte physique.

Des groupes d'usagers, *Icarus Project* et *Freedom Center*, ont élaboré des documents d'aide, et notamment le *Guide pour décrocher des médicaments psychotropes en réduisant les effets nocifs*^{****}.

Dans certains pays, sous la pression d'utilisateurs des services de santé, des Gouvernements ont rendu obligatoire ou soutenue la mise à disposition de soins offrant une alternative aux traitements médicamenteux « classiques ». Ainsi, depuis 2015, en Norvège, 56 lits répartis dans 14 unités hospitalières ont été créés pour des prises en charge « sans médicaments », des soins ambulatoires étant également proposés. Dans l'État du Vermont, aux États-Unis, ou à Berne, en Suisse, on peut être soigné sans traitement

neuroleptique dans des Maisons Soteria (*Soteria House*) (37, 38). Par ailleurs, de plus en plus de données indiquent que les traitements psychologiques de type thérapie cognitive et comportementale (TCC) apportent des résultats positifs en l'absence de traitements neuroleptiques avec des patients réfractaires (39). L'entraînement métacognitif peut aussi être un complément au traitement neuroleptique chez les personnes qui répondent partiellement au traitement neuroleptique (40).

CONCLUSION

In fine, la pédagogie Studi cherche surtout à ouvrir la réflexion et le débat dans les communautés professionnelles. Le but est de permettre aux soignants de participer activement aux changements de pratique, en lien avec l'amélioration des connaissances, la participation des usagers, le développement d'une médecine plus personnalisée et la décision partagée ; ceci à partir d'une expérience vécue en formation d'une certaine identification au patient.

* Cette vidéo est accessible en ligne : <https://youtu.be/NVb24ovlaVg?si=wbLe7pn7uPRnvBzd>. Un espace dédié aux différentes vignettes est en cours d'élaboration.

** La décision médicale partagée est un modèle de prise de décision selon lequel le médecin transmet son savoir et le patient fait valoir ses préférences et valeurs. Ils échangent activement des informations et examinent les différentes options de traitement dans le but de prendre ensuite une décision en partenariat. Ce modèle répond à une attente des citoyens qui désirent participer activement aux décisions portant sur leur santé.

*** Équivalent Chlorpromazine ou eqCPZ : La chlorpromazine (CPZ) est le premier neuroleptique découvert. L'équivalent CPZ est une mesure des puissances relatives permettant de comparer les neuroleptiques, proposé par Davis en 1974. Il a étudié 56 essais cliniques en double aveugle utilisant la CPZ comme norme, directement ou indirectement, et a suggéré un rapport de dose équivalent à 100 mg de CPZ pour chaque médicament antipsychotique. Cette méthode CPZeq est largement appliquée depuis des décennies pour comparer l'équivalence posologique de la plupart des neuroleptiques.

**** 2^e ed. 2012, En téléchargement gratuit sur www.willhall.net/files/ComingOffPsychDrugsHarmReductGuide-French.pdf

- 1— Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract.* 2002;52 Suppl(Suppl):S9-12.
- 2— Bonsack C, Favrod J, Berney A, Sohrmann M, Frobert L, Nguyen A. Stand-up-comedy inspired experiential learning for connecting emotions and cognitions in healthcare education : A pilot study. *Innovations in Education and Teaching International.* 2022;1-13.
- 3— Baker AC, Jensen PJ, Kolb DA. Conversation as experiential learning. *Management Learning.* 2005;36(4):411-27.
- 4— Nguyen A, Frobert L, Kollbrunner A, Favrod J. An Evaluation of an Online Training Platform for Teaching Positive Emotions for People With Schizophrenia. *Front Psychiatry.* 2022;13:798019.
- 5— Kolb DA. *Experiential learning : Experience as the source of learning and development* : FT press; 2014.
- 6— Samara MT, Nikolakopoulou A, Salanti G, Leucht S. How Many Patients With Schizophrenia Do Not Respond to Antipsychotic Drugs in the Short Term? An Analysis Based on Individual Patient Data From Randomized Controlled Trials. *Schizophr Bull.* 2019;45(3):639-46.
- 7— Samara MT, Klupp E, Helfer B, Rothe PH, Schneider-Thoma J, Leucht S. Increasing antipsychotic dose for non response in schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;5:CD011883.
- 8— Galling B, Roldan A, Hagi K, Rietschel L, Walyszada F, Zheng W, et al. Antipsychotic augmentation vs. monotherapy in schizophrenia : systematic review, meta-analysis and meta-regression analysis. *World Psychiatry.* 2017;16(1):77-89.
- 9— Correll CU, Rubio JM, Kane JM. What is the risk-benefit ratio of long-term antipsychotic treatment in people with schizophrenia? *World Psychiatry.* 2018;17(2):149-60.
- 10— Ceraso A, Lin JJ, Schneider-Thoma J, Sifas S, Heres S, Kissling W, et al. Maintenance Treatment With Antipsychotic Drugs in Schizophrenia : A Cochrane Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2022;48(4):738-40.
- 11— Leucht S, Tardy M, Komossa K, Heres S, Kissling W, Davis JM. Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;5:CD008016.
- 12— Tiihonen J, Mittendorfer-Rutz E, Majak M, Mehtälä J, Hoti F, Jendrusik E, et al. Real-World Effectiveness of Antipsychotic Treatments in a Nationwide Cohort of 29 823 Patients With Schizophrenia. *JAMA psychiatry.* 2017;74(7):686-93.
- 13— Tiihonen J, Mittendorfer-Rutz E, Torniainen M, Alexanderson K, Tanskanen A. Mortality and Cumulative Exposure to Antipsychotics, Antidepressants, and Benzodiazepines in Patients With Schizophrenia : An Observational Follow-Up Study. *Am J Psychiatry.* 2016;173(6):600-6.
- 14— Kotov R, Fochtmann L, Li K, Tanenberg-Karant M, Constantino EA, Rubinstein J, et al. Declining Clinical Course of Psychotic Disorders Over the Two Decades Following First Hospitalization : Evidence From the Suffolk County Mental Health Project. *Am J Psychiatry.* 2017;174(11):1064-74.
- 15— Moilanen J, Haapea M, Miettunen J, Jääskeläinen E, Veijola J, Isohanni M, et al. Characteristics of subjects with schizophrenia spectrum disorder with and without antipsychotic medication - a 10-year follow-up of the Northern Finland 1966 Birth Cohort study. *Eur Psychiatry.* 2013;28(1):53-8.
- 16— Harrow M, Jobe TH, Faull RN. Does treatment of schizophrenia with antipsychotic medications eliminate or reduce psychosis? A 20-year multi-follow-up study. *Psychol Med.* 2014;44(14):3007-16.
- 17— Wils RS, Gotfredsen DR, Hjorthøj C, Austin SF, Albert N, Secher RG, et al. Antipsychotic medication and remission of psychotic symptoms 10years after a first-episode psychosis. *Schizophr Res.* 2017;182:42-8.
- 18— Burschinski A, Schneider-Thoma J, Chiocchia V, Schestag K, Wang D, Sifas S, et al. Metabolic side effects in persons with schizophrenia during mid- to long-term treatment with antipsychotics : a network meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry.* 2023;22(1):116-28.
- 19— Ali T, Sisay M, Tariku M, Mekuria AN, Desalew A. Antipsychotic-induced extrapyramidal side effects : A systematic review and meta-analysis of observational studies. *PloS one.* 2021;16(9):e0257129.
- 20— Schmidt HM, Hagen M, Kriston L, Soares-Weiser K, Maayan N, Berner MM. Management of sexual dysfunction due to antipsychotic drug therapy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012(11).
- 21— Cooper RE, Hanratty E, Morant N, Moncrieff J. Mental health professionals' views and experiences of antipsychotic reduction and discontinuation. *PloS one.* 2019;14(6):18.
- 22— Leucht S, Cipriani A, Spineli L, Mavridis D, Orey D, Richter F, et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia : a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet.* 2013;382(9896):951-62.
- 23— Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, Benjamin S, Lyness JM, Mojtabai R, et al. The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry.* 2020;177(9):868-72.
- 24— Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D, et al. Reducing inappropriate polypharmacy : the process of deprescribing. *JAMA internal medicine.* 2015;175(5):827-34.
- 25— Gupta S, Cahill JD, Miller R. Deprescribing antipsychotics : a guide for clinicians. *BJPsych Advances.* 2018;24(5):295-302.
- 26— Reeve E, Wiese MD. Benefits of deprescribing on patients' adherence to medications. *International journal of clinical pharmacy.* 2014;36(1):26-9.
- 27— Murray RM, Quattrone D, Natesan S, van Os J, Nordentoft M, Howes O, et al. Should psychiatrists be more cautious about the long-term prophylactic use of antipsychotics? *British Journal of Psychiatry.* 2016;209(5):361-5.
- 28— Leucht S, Heres S, Kissling W, Davis JM. Pharmacological treatment of schizophrenia. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie.* 2013;81(5):e1-13.
- 29— Lehman AF, Kreyenbuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon LB, Goldberg R, et al. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) : Updated Treatment Recommendations 2003. *Schizophrenia Bulletin.* 2004;30(2):193-217.
- 30— Takeuchi H, Suzuki T, Remington G, Bies RR, Abe T, Graff-Guerrero A, et al. Effects of Risperidone and Olanzapine Dose Reduction on Cognitive Function in Stable Patients With Schizophrenia : An Open-Label, Randomized, Controlled, Pilot Study. *Schizophrenia Bulletin.* 2013;39(5):993-8.
- 31— Tani H, Takasu S, Uchida H, Suzuki T, Mimura M, Takeuchi H. Factors associated with successful antipsychotic dose reduction in schizophrenia : a systematic review of prospective clinical trials and meta-analysis of randomized controlled trials. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology.* 2020;45(5):887-901.
- 32— Lehman AF, Steinwachs DM. Patterns of usual care for schizophrenia : initial results from the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Client Survey. *Schizophr Bull.* 1998;24(1):11-20; discussion -32.
- 33— Geddes J, Freemantle N, Harrison P, Bebbington P. Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia : systematic overview and meta-regression analysis. *Bmj.* 2000;321(7273):1371-6.
- 34— Bogers J, Hambarian G, Walburgh Schmidt N, Vermeulen JM, de Haan L. Risk Factors for Psychotic Relapse After Dose Reduction or Discontinuation of Antipsychotics in Patients With Chronic Schizophrenia. A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Schizophr Bull.* 2023;49(1):11-23.
- 35— Cosci F, Chouinard G. Acute and Persistent Withdrawal Syndromes Following Discontinuation of Psychotropic Medications. *Psychotherapy and psychosomatics.* 2020;89(5):283-306.
- 36— Bonsack C, Favrod J, Morandi S. À la recherche d'un dosage minimal d'antipsychotiques : construire une décision partagée avec les personnes souffrant de psychose. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* 2017;175(7):617-23.
- 37— Cooper RE, Mason JP, Calton T, Richardson J, Moncrieff J. Opinion Piece : The case for establishing a minimal medication alternative for psychosis and schizophrenia. *Psychosis-Psychological Social and Integrative Approaches.* 2021;13(3):276-85.
- 38— Ciompi L, Hoffmann H. Soteria Berne : an innovative milieu therapeutic approach to acute schizophrenia based on the concept of affect-logic. *World Psychiatry.* 2004;3(3):140-6.
- 39— Morrison AP. Should people with psychosis be supported in choosing cognitive therapy as an alternative to antipsychotic medication : A commentary on current evidence. *Schizophr Res.* 2019;203:94-8.
- 40— Favrod J, Rexhaj S, Bardy S, Ferrari P, Hayoz C, Moritz S, et al. Sustained antipsychotic effect of metacognitive training in psychosis : a randomized-controlled study. *Eur Psychiatry.* 2014;29(5):275-81.

Résumé. Studi est un dispositif de formation qui offre la possibilité de vivre des expériences émotionnelles, d'interagir avec les autres, de confronter les représentations initiales et d'en construire de nouvelles. Le modèle d'apprentissage expérientiel comprend un cycle en quatre étapes, allant de l'expérience concrète à l'observation réfléchie, à la conceptualisation puis à l'action. La vignette présentée vise à conduire les professionnels de la santé à réfléchir sur le traitement neuroleptique de maintien.

Mots-clés. Bénéfice risque – Cas concret – Effets secondaires – Formation professionnelle – Méthode pédagogique – Neuroleptique – Observance – Outil pédagogique – Prescription médicale – Réflexivité – Savoir expérientiel – Savoir pratique – Savoir théorique.