

Article

« Les antipsychotiques en psychiatrie »

Jean-François Denis

Santé mentale au Québec, vol. 6, n° 2, 1981, p. 62-70.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/030103ar>

DOI: 10.7202/030103ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

*Jean-François Denis**

La psychopharmacologie moderne passe à peine le cap des 25 ans. Elle a contribué largement à l'amélioration des soins psychiatriques, tout en suscitant des espoirs, des intérêts et des controverses. La gamme de réactions qu'elle provoque, tant chez les bénéficiaires que chez les professionnels de la santé mentale, va des attentes magiques au rejet systématique pour des raisons d'idéologie ou d'écologie.

Que les neuroleptiques soient au centre du débat ne doit pas nous surprendre. En effet, la chlorpromazine en tête, ils ont été les premiers en cause dans ce qu'on a appelé la "troisième révolution en psychiatrie". De plus, ils sont devenus indiqués pour traiter une affection psychiatrique faisant figure de symbole de la maladie mentale. Paradigme de la folie, la schizophrénie a depuis longtemps servi de catalyseur à la plupart des croyances, peurs et idéologies, conçues à propos du champ mystérieux de la psychiatrie.

Dans ce contexte, traiter la schizophrénie ne se limite pas à traiter simplement une maladie, cela revient aussi à ébranler tout un enchevêtrement de mythes, d'avis contradictoires et de guerres d'écoles. Beaucoup d'opinions et de passions soulevées par les antipsychotiques se réfèrent ainsi à des débats apparus bien avant eux, et relèvent plutôt des conceptions, plus ou moins bien éclairées, de la maladie mentale.

Mais dans tout cela, qu'advient-il du principal intéressé, le malade aux prises avec la souffrance psychique? Que peut-il attendre des neuroleptiques? Une cure ou un contrôle de la maladie? Le bonheur en comprimés? Le soulagement défi-

nitif de toute angoisse? Une répression sociale par la camisole de force chimique?

Les opinions ne manquent pas mais, nous pouvons aujourd'hui dégager un certain nombre de certitudes raisonnables, tout en maintenant les nombreuses nuances nécessaires dans ce domaine complexe. Les résultats de la recherche clinique constituent un guide appréciable, trop souvent oublié parmi les impressions subjectives, rapports anecdotiques et biais théoriques. Ils sont pourtant l'outil le plus fiable à notre disposition. En 1981, il n'est plus possible de faire des choix arbitraires et des jugements de valeur sur le traitement des patients avec les antipsychotiques. Ces médicaments sont là pour rester, même s'ils connaîtront vraisemblablement des améliorations. Se prononcer pour ou contre est déjà une attitude dépassée et fondée d'ailleurs sur une question mal posée au départ. Il existe des situations cliniques où ils n'ont pas leur place car ils présentent un risque inutile pour le patient. Il y en a d'autres où leur absence démontre tout simplement une négligence professionnelle ou une obstination irrationnelle.

Nous allons exposer les grandes lignes de l'état des connaissances actuelles sur les antipsychotiques et les aspects comportant le plus de conséquences pratiques. Notre but est de jeter un regard pragmatique et critique et non d'écrire un précis pharmacologique, puisqu'il existe de nombreux articles détaillés sur le sujet (Chouinard et Denis, 1980; Davis, 1980; Kessler et Waletzky, 1981). Nous décrirons également un certain nombre d'attitudes répandues faisant obstacle au traitement judicieux des patients.

INDICATIONS

Il est bien reconnu que les neuroleptiques jouent essentiellement deux rôles, soit la réduction

* L'auteur, psychiatre, travaille à la Cité de la Santé à Laval.

des symptômes psychotiques lors d'une phase aiguë et, par la suite, la limitation d'une psychose continuant à évoluer et la diminution de la fréquence des rechutes aiguës. On les emploie principalement dans le traitement de la schizophrénie, mais il existe d'autres indications qui ont été moins étudiées. Par ailleurs, le champ d'indication des neuroleptiques a tendance à se restreindre. Par exemple, depuis l'avènement du lithium, les maniaco-dépressifs reçoivent beaucoup moins de neuroleptiques. Une meilleure compréhension de leur action et de leurs effets secondaires a permis de constater qu'ils ne peuvent remplacer les anxiolytiques et qu'ils constituent un choix inapproprié pour les problèmes d'anxiété et d'insomnie simples. Bien qu'ils présentent une certaine efficacité dans le traitement de la dépression, ils sont déconseillés dans ce cas, non seulement en raison de la disponibilité de nombreux antidépresseurs plus spécifiques, mais à cause aussi du risque inutile d'effets secondaires extrapyramidaux à court et à long terme. Le tableau 1 énumère les principales indications, à court terme, des neuroleptiques.

On entend par "court terme" six mois et moins. Bon nombre de patients qui passent par un premier épisode psychotique n'en connaîtront plus jamais par la suite. Cette situation ne présente pas les traits caractéristiques de la schizophrénie, maladie d'évolution longue et chronique. Le DSM-III (American Psychiatric Association, 1981) distingue ces psychoses de la schizophrénie par l'expression "trouble schizophréniforme". Il en découle que ces patients n'ont pas besoin d'un traitement à long terme. Les indications d'un tel traitement sont présentées au tableau 2.

Précisons que l'efficacité à long terme des neuroleptiques n'a été étudiée de façon contrôlée que dans les cas de schizophrénie. L'indication à long terme devient de moins en moins évidente si la médication s'avère inefficace pour un patient donné et si elle provoque des réactions adverses dont nous parlerons plus loin.

EFFICACITÉ

Mais quelle est l'efficacité des neuroleptiques? Plus d'une centaine d'études contrôlées démontrent nettement qu'ils obtiennent des résultats supé-

TABLEAU 1

Indications des neuroleptiques à court terme
(adapté de l'American Psychiatric Association*)

-
1. Épisodes psychotiques aigus :
 - présentation initiale ou exacerbation de la schizophrénie
 - trouble schizophréniforme
 - trouble paranoïde aigu
 - psychose réactionnelle brève demandant un contrôle médicamenteux
 - psychose atypique ou idiopathique avec un diagnostic non encore précisé
 2. Manie aiguë si le début d'action du lithium est trop lent
 3. Parfois dans la dépression psychotique qui est non contrôlée par les antidépresseurs (opinions différentes selon les experts)
 4. Psychose schizo-affective
 5. Syndromes cérébraux organiques aigus avec agitation qui demande un contrôle impossible d'obtenir autrement
 6. Autres : (certaines psychoses de l'enfance ou certaines maladies rares telles la maladie de Gilles de la Tourette).
-

* American Psychiatric Association Task Force Report, 1979, *Tardive Dyskinesia*, 18.

TABLEAU 2

Indications des neuroleptiques à long terme
(adapté de l'American Psychiatric Association)

-
1. Schizophrénie
 2. Trouble paranoïde chronique
 3. Psychose maniaco-dépressive (PMD) très instable malgré le lithium
 4. Psychose schizo-affective récidivante dont le diagnostic ne s'est pas précisé en faveur de la PMD
 5. Syndrome cérébral organique chronique dont l'agitation et la psychose ne sont pas contrôlables autrement
 6. Autres (voir tableau 1).
-

rieurs à ceux du placebo (Davis, 1980; Cole et Davis, 1969). Et les quelques études qui ne sont pas concluantes présentent le biais du sous-dosage, une erreur encore fréquente en clinique. La majeure partie des gains thérapeutiques surviennent habituellement au cours des six premières semaines de traitement, période de temps nécessaire à un essai thérapeutique valable.

Dans le traitement de la schizophrénie aiguë, une vaste et classique étude américaine a fait état d'un taux d'amélioration de 75% après 6 semaines de médication contre 23% pour le placebo (The National Institute of Mental Health Psychopharmacology Service Center Collaborative Study Group, 1964). De plus, près de 50% des patients soumis au placebo ont vu leur état se détériorer, même en recevant d'autres formes de traitement (Davis, 1980). C'est donc dire qu'après 6 semaines un patient a trois fois plus de chances de s'améliorer avec le traitement antipsychotique. Sans neuroleptique, le risque de voir la maladie progresser s'approche de un sur deux. À date, aucune autre forme de traitement n'a démontré dans les études contrôlées des résultats positifs significatifs de façon répétée (May et Simpson, 1980). Lorsqu'il y a combinaison de divers traitements, la médication est toujours le dénominateur commun des résultats positifs.

Pour le traitement à long terme des patients externes sortis de l'hôpital, Hogarty et al. ont remarqué après 2 ans un taux cumulatif de 80% de rechutes parmi le groupe soumis au placebo (67% après 1 an) comparativement à 48% pour le groupe prenant des médicaments (31% après 1 an) (Hogarty et al., 1974). Fait intéressant, le taux de rechute a été réduit à 36% pour les patients recevant, en plus des médicaments, un traitement additionnel comprenant de l'assistance sociale, de la psychothérapie de support et de la réadaptation psychosociale. Cet effet positif supplémentaire se manifeste surtout à moyen et à long terme et il est totalement absent si le traitement psychosocial n'est pas associé aux médicaments (voir le tableau 3).

Les neuroleptiques constituent donc le facteur primordial dans la réduction du taux de rechute, surtout en phase aiguë, mais les autres traitements, inefficaces si employés seuls, y apportent leur contribution. L'absence de décompensation n'est

pas le seul indice du fonctionnement des patients dans la communauté et on connaît leurs difficultés psychosociales. Sur ce plan, les médicaments ne fournissent qu'une aide indirecte en réduisant le taux de rechute et c'est là leur limite. Parmi les patients d'Hogarty qui n'ont pas décompensé, l'adaptation dans la communauté ne s'est pas révélée supérieure chez ceux recevant un médicament actif (Hogarty et al., 1974). En pratique, les meilleurs résultats dépendent d'abord du bon dosage de la médication et de la collaboration du patient, mais aussi vraiment d'une approche biopsychosociale.

Ces résultats signifient également qu'un nombre substantiel de patients ne s'améliore pas (10%) (Davis, 1980) ou rechutent (36%) (tableau 3) malgré les neuroleptiques et autres traitements associés. Mais il n'existe aucun moyen fiable permettant d'identifier au préalable ces malades qui semblent ne bénéficier en rien de la prise de médicament. D'autre part, certains s'améliorent sans neuroleptique (25%) (Davis, 1980) ou ne rechutent pas même sans médicament (20%) (tableau 3), et il est impossible de les déceler au départ. Globalement, la médication apporte un net bénéfice, mais seul l'usage permet l'individualisation optimum du traitement.

AJUSTEMENT DU TRAITEMENT

Lorsque nous comparons les neuroleptiques parmi des groupes de patients, ils se révèlent équivalents quant à leur effet antipsychotique, autant du point de vue quantitatif que qualitatif (Kessler et Waletzky, 1981). Cependant, nous constatons des variations individuelles. Un patient dont l'état ne s'est pas amélioré par la prise d'un neuroleptique peut répondre favorablement à un autre médicament et c'est cette avenue qu'il faut explorer dans la pratique, lorsqu'un traitement entrepris est demeuré inefficace. Cette façon de procéder tendrait à augmenter le taux de succès des neuroleptiques. Une fois établie la réponse favorable d'un patient à un médicament, il devrait en retirer le même bénéfice lors d'un épisode subséquent de sa maladie. Un consensus se dégage à propos de la durée du traitement et les suggestions de Garfinkel (1976) indiquent l'avis de la majorité, compte tenu de la façon dont se présente

la maladie et des avantages et inconvénients de la médication :

- 1 épisode : 6 mois
- 2 épisodes : 1 an
- 3 épisodes et plus : plusieurs années

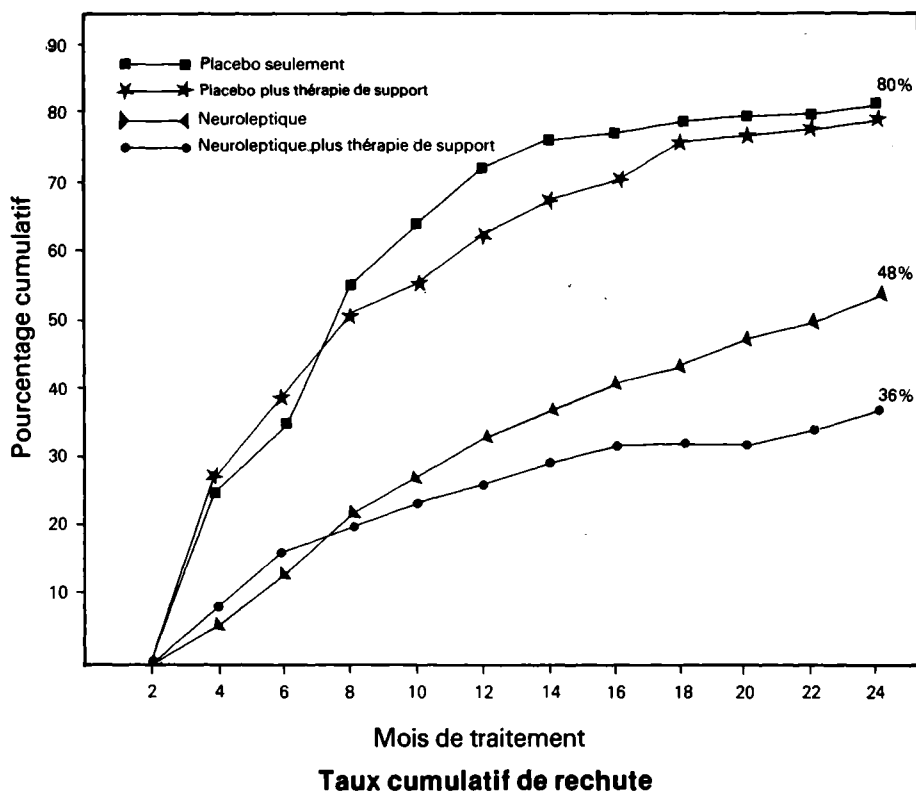
Pour un premier épisode, la conduite optimum consiste à traiter vigoureusement la décompensation aiguë à bonne dose, et à diminuer progressivement la médication en quelques mois si tout va bien. Les erreurs les plus courantes sont de donner des doses insuffisantes au début et de poursuivre trop longtemps par la suite. Dans la phase aiguë, la dose se situe habituellement entre 400 et 1200 mg de chlorpromazine ou l'équiva-

lent, par exemple, entre 10 et 30 mg par jour d'halopéridol. Initialement, l'halopéridol peut être donné à dose plus élevée s'il y a agitation marquée et selon la réponse clinique (Chouinard et Denis, 1980).

Comme nous l'avons déjà dit, un épisode psychotique, surtout bien traité, peut ne jamais se reproduire et il importe d'autant plus de ne pas le laisser s'incruster. Quand on pense qu'il n'y a pas si longtemps, une première décompensation pouvait mener quelqu'un à l'asile pour un temps indéterminé, on saisit tout l'avantage de la médication. L'utilisation des neuroleptiques a entraîné une réduction du nombre de malades hospitalisés (Davis, 1980).

TABLEAU 3

Résultats de l'étude de Hogarty



Pour le traitement prophylactique, on insiste de plus en plus sur la notion de dose minimum efficace pour des raisons que nous allons maintenant examiner.

INCONVÉNIENTS

Pourquoi prendre tant de précautions et risquer parfois une rechute par arrêt de la médication quelque six mois après le premier épisode? C'est que, comme dans toute thérapeutique efficace, les neuroleptiques ne sont pas sans effets secondaires et que, au cours des dernières années, les préoccupations des chercheurs et des cliniciens se sont accrues.

Malgré l'équivalence de leur effet primaire, les neuroleptiques diffèrent beaucoup dans leurs effets secondaires. Prenons la chlorpromazine, par exemple. Elle exerce une action centrale et périphérique, à plusieurs niveaux, d'où les multiples réactions adverses possibles. Elle a une action anti-cholinergique et anti-adrénergique (bouche sèche, constipation, somnolence, hypotension), antisérotoninergique et antihistaminique, en plus de l'action anti-dopaminergique recherchée (Boisvert et Chouinard, 1981). C'est, en effet, par le blocage des récepteurs dopaminergiques que les neuroleptiques sont antipsychotiques. Certains ont une action anti-dopaminergique plus spécifique et constituent désormais des choix plus logiques, par exemple : l'halopéridol, la fluphénazine et le pimozide. Encore là, même ce dernier type de neuroleptique a une action trop grande, s'étendant sur les cinq faisceaux dopaminergiques du cerveau : nigro-striatal, méso-limbique, méso-cortical, tubéro-infundibulaire et rétinien. Or un effet méso-limbique circonscrit serait probablement suffisant, car il éviterait tous les problèmes reliés à l'effet nigro-striatal. Ce qui inquiète le plus les chercheurs, à l'heure actuelle, ce sont les symptômes parkinsoniens, dystoniques et surtout dyskinésiques qui en résultent, et ce pour deux raisons (Chouinard et Denis, 1980).

D'abord il y a des symptômes parkinsoniens qui peuvent ressembler aux symptômes de la maladie schizophrénique, telle la bradykinésie pour l'apathie et le retrait social, et l'akathisie pour l'agitation psychotique. C'est pourquoi nous favorisons, malgré les diverses opinions des ex-

perts, l'emploi concomitant d'un agent antiparkinsonien, comme la procyclidine, pour protéger le patient contre des effets secondaires désagréables qui compliqueraient son tableau clinique. Plus le patient se sent confortable, mieux il s'adapte au traitement et, par ricochet, plus ses chances de succès thérapeutique augmentent. Quand un malade se plaint d'être figé ou de trembler, il y a toujours lieu de vérifier son bilan extrapyramidal. Si le clinicien le désire, il peut utiliser des échelles d'évaluation, comme celle de Chouinard et Ross-Chouinard (Chouinard et Denis, 1980), par exemple.

En second lieu, il est maintenant établi que les neuroleptiques provoquent de la dyskésie tardive avec une incidence d'environ 30% (Chouinard et al., 1979). Il s'agit d'une maladie iatrogénique potentiellement irréversible, causée surtout par un usage chronique des neuroleptiques, et consistant en des mouvements anormaux choréo-athétoïdes de la langue, des lèvres, de la bouche et parfois même des membres. L'échelle déjà mentionnée sert aussi à évaluer la dyskésie. Il n'y a pas de traitement à celle-ci, sinon un arrêt des neuroleptiques; encore faut-il que la dyskésie soit remarquée assez tôt, avant qu'elle ne devienne irréversible. Cependant, une telle décision peut être difficile dans le cas d'un patient souffrant à la fois de psychose et de dyskésie. Il faut alors soupeser chacun des problèmes et choisir le moindre de deux maux, entre l'arrêt et la continuation du neuroleptique. L'American Psychiatric Association a d'ailleurs fait des recommandations à ce sujet (American Psychiatric Association Task Force Report, 1979).

Une vérification périodique des conséquences neurologiques éventuelles s'impose désormais pour les patients traités aux neuroleptiques. On comprendra que l'on décourage leur emploi pour les malades qui n'en ont pas vraiment besoin et que l'on suggère une prescription à durée limitée lors d'un premier épisode (Garfinkel, 1976), ainsi qu'un ajustement à la dose minimum efficace pour le traitement à long terme de la schizophrénie.

Heureusement, beaucoup de dyskésies sont modérées, et toutes ces précautions ont pour but d'offrir, avec moins d'inquiétude, un traitement plus sécuritaire dont les effets primaires l'emportent malgré tout sur les effets secondaires.

Il n'existe pas de neuroleptique parfait. En fait, le médicament idéal serait antipsychotique sans être neuroleptique, c'est-à-dire qu'il ne produirait pas d'effets neurologiques indésirables. Bien qu'une nouvelle génération d'antipsychotiques plus spécifiques ne soit pas encore disponible en clinique, la recherche laisse tout de même entrevoir quelques espoirs.

MYTHES ET OBJECTIONS

En psychiatrie, le choix du traitement peut être entaché de jugements de valeurs. Nous allons discuter de certaines objections au traitement par neuroleptiques. Celles-ci vont des plus fantaisistes aux réflexions critiques les plus sensées.

Le médicament : solution de facilité ?

Les seuls critères d'évaluation des traitements résident dans le rapport entre leur efficacité et leurs inconvénients. Le critère de la facilité s'inscrit plus au rang des avantages que des ennuis : si, en plus d'avoir la malchance de souffrir de la schizophrénie, il fallait que le patient n'ait pas droit à un traitement "facile" ! Une telle conception provient d'une hiérarchisation arbitraire des approches thérapeutiques en psychiatrie. Selon nous, la philosophie du meilleur traitement devrait l'emporter sur celle du plus beau. D'ailleurs, la "facilité" de la médication s'avère une notion très relative quand on considère qu'il faut donner le bon médicament, au bon patient, à la bonne dose, au bon moment et pour une durée appropriée, tout en tenant compte de l'évolution du tableau clinique et des effets secondaires. La patient, lui, doit prendre le médicament, et subir ou s'adapter à ces effets secondaires.

S'en sortir sans médicament !

Est-il préférable de laisser le patient traverser sans "entraves" son épisode, vivre sa psychose, faire le voyage à froid ? Cette position non interventionniste nous apparaît risquée et discordante par rapport aux connaissances actuelles, car elle ne met pas toutes les chances du côté du malade. En outre, des problèmes éthiques se posent si on choisit délibérément de priver quelqu'un du traitement indiscutablement reconnu comme le

plus efficace. Nul n'ignore, en effet, que plus les symptômes psychotiques demeurent longtemps actifs, plus ils sont difficiles à faire disparaître. Le malade pourrait alors ne pas revenir de son voyage ou revenir mal en point. Demande-t-on à quelqu'un souffrant de pneumonie de s'en sortir sans antibiotique ?

La schizophrénie : un mythe ?

Des courants de pensée sont allés jusqu'à refuser de reconnaître le statut de maladie à la schizophrénie. Plusieurs soutiennent que la schizophrénie est un mythe. Mais qu'est-ce qu'un mythe qui requiert un traitement médicamenteux ? Une approche pragmatique consiste à vouloir soulager la souffrance là où elle se manifeste. La médication consacre la maladie certes, mais elle la démystifie aussi. Le patient n'est plus un "fou", mais un malade à qui l'on rend sa maladie. Identifier cette dernière par un symbole comme la médication, c'est permettre de s'en distancer, de l'extérioriser quelque peu. Mais la médication est prescrite plus pour son action que pour ses vertus symboliques.

Quelle cause ?

D'aucuns objecteront que les antipsychotiques ne traitent pas la cause de la maladie, et c'est vrai. Mais encore faudrait-il connaître celle-ci au-delà des simples hypothèses ! La notion de cause laisse elle-même place à la notion de facteurs. La relation linéaire de cause à effet est devenue trop simple et la recherche se bute à des tas de difficultés. La médecine étant empirique, il arrive que l'on découvre les traitements avant les causes, ce qui est quand même préférable à l'inverse.

Et la poésie !

On peut craindre par l'intervention médicamenteuse de piétiner avec de gros sabots la poésie de la psychose. Certains malades nous arrivent avec un discours fascinant à entendre. Ont-ils choisi par cette démarche d'exprimer la contestation de leur milieu environnant et de leur mode de vie ? Le fait que l'on puisse détecter des messages sensés au sein du langage psychotique n'en élimine pas pour autant le caractère pathologique.

La poésie de la souffrance est une bien triste poésie. Elle est une sirène qui peut perdre le malade ou égarer ses thérapeutes...

Autres traitements

Les résultats de la recherche révèlent que les autres traitements, bien que souvent considérés dans les milieux psychiatriques comme souhaitables, plus doux, plus évolués ou amenant une meilleure prise de conscience, n'ont qu'un rôle complémentaire à celui de la médication. Il ne s'agit pas là d'un jugement arbitraire mais d'un fait objectif. Il ne faut pas perdre de vue cette donnée si on veut privilégier une autre forme de traitement. Aucun de ces traitements n'est sans effet secondaire. Même la psychothérapie peut être toxique (May et Simpson, 1980) et produire des réactions adverses, en particulier la dépendance, l'acting-out, le splitting et la surimplication du thérapeute, dans la schizophrénie. Peu de psychothérapeutes ont le courage, le temps et l'expérience de se lancer dans la psychothérapie des schizophrènes.

L'approche inversée

Quelques fois, on attribue à la médication un rôle complémentaire relativement au traitement. Des neuroleptiques à faible dose rendent certainement le patient plus sensible à la thérapie du milieu et à la psychothérapie. L'idée n'est pas bête en soi mais constitue un raisonnement logiquement inversé. Il y aura alors risque de négliger en cours de route les médicaments et de fournir en vain un support psychologique. Dès qu'il devient réceptif à des explications, le bénéficiaire devrait être informé de l'importance de la médication.

La hantise du chimique

On rencontre fréquemment la crainte de tout "produit chimique" et de l'absorption de toute substance étrangère. Cette crainte n'est pas nécessairement induite, comme nous l'avons vu dans les inconvénients des neuroleptiques. Cependant, elle devient souvent une peur irrationnelle avec une perte de tout sens de la perspective.

Dans notre société, on consomme allègrement café, alcool et cigarettes mais on s'insurge contre

les médicaments psychiatriques. Certes, ce n'est pas de gaieté de cœur que l'on prend un anti-psychotique ; les traitements sont bien sûr imparfaits et il faut toujours veiller à ce qu'ils ne soient pas pires que la maladie (Gardos et Cole, 1976). Cependant, les patients ont le droit d'être informés que la maladie peut être pire que le traitement, surtout s'ils sont assurés qu'il sera dispensé avec toutes les précautions possibles. De deux "maux", il est toujours préférable de choisir le moindre.

Les campagnes anti-médicaments lancées dans le grand public sans les nuances appropriées, ont peu d'influence sur les toxicomanes, les fumeurs et ceux qui fuient les angoisses naturelles de la vie par des tranquillisants, mais amènent des schizophrènes à cesser de prendre les neuroleptiques dont ils ont besoin. Cela est dommage. Comme règle générale, le malade doit d'abord discuter de l'opportunité de prendre ou de cesser la médication avec son médecin avant de prendre une décision. À ce propos, les mouvements humanistes et écologiques émettent souvent des opinions originales et intéressantes mais elles ne sont pas toujours pragmatiques et manquent parfois de fondements.

L'effet nacebo

Autant il existe un effet placebo (une amélioration causée seulement par l'attente du malade), autant il existe un effet nacebo. Dans ce cas, le malade expérimente des réactions déplaisantes suite à ses attentes négatives. Pour cette raison, il importe de bien prévenir le patient qui démontre une méfiance excessive envers les médicaments et de le rassurer sur les effets secondaires possibles.

La dépendance

"Vais-je être dépendant des médicaments toute ma vie"? Cette question revient souvent. C'est l'évolution de la maladie qui dicte la réponse.

D'abord, ce ne sont pas tous les patients qui ont besoin d'une médication à long terme. Pour d'autres, cette mesure évitera la dépendance chronique développée envers une institution psychiatrique. Certains autres, tels les diabétiques avec leur insuline, prendront des neuroleptiques presque toute leur vie.

La dépendance envers ces médicaments est cependant relative et n'a rien à voir avec celle qui est secondaire aux barbituriques, à certaines drogues de la rue ou aux hypnotiques non benzodiazépiniques. Les neuroleptiques ne créent pas d'accoutumance et ne donnent pas la sensation agréable tant recherchée par les toxicomanes. Au contraire, surtout si la posologie de l'antipsychotique et de l'antiparkinsonien qui y est associé n'est pas optimum, les patients éprouvent parfois un certain déplaisir qui n'est pas étranger à l'abandon spontané de leur médication.

La camisole de force chimique

Les neuroleptiques jouent ce rôle chez le psychotique en phase aiguë qui est agité à l'urgence. Mais, ils représentent un net avantage sur les anciennes camisoles de force. Ils apportent en effet plus qu'une contention : ils offrent un traitement de la condition psychotique.

Cette expression de camisole de force peut cependant prendre un sens négatif si le malade demeure par la suite trop ralenti et akinétique à cause d'une dose trop élevée. Les contestataires les plus vigoureux des médicaments ont prétendu d'ailleurs que la médication ne sert qu'à étouffer la protestation du psychotique qu'ils considèrent même comme un signe de santé. Cette prise de position relève de l'idéologie. À ce jour, les études avec groupe contrôle ont plutôt démontré une évolution plus défavorable pour les malades non traités. Cela nous amène à souligner que plusieurs théories bien intentionnées vis-à-vis le malade mental sont difficilement applicables dans la pratique parce qu'elles n'ont pas été expérimentées.

Le camouflage des symptômes

Ce reproche est fréquemment adressé aux neuroleptiques. Dans un sens, il n'est pas dénué de fondement puisque ces médicaments ne font pas disparaître la maladie schizophrénique, et que plusieurs malades rechutent rapidement à l'arrêt des antipsychotiques. Ils ne font que la contrôler, l'empêcher ou ralentir sa progression. Le docteur Lehman les a appelés "psychostatiques" (on peut cependant se demander ce qui adviendrait de tous les troubles schizophréniformes s'ils n'étaient pas traités initialement). Cette situation est celle

de nombreux traitements en médecine, par exemple, l'insuline pour le diabète et les anticonvulsivants pour l'épilepsie. Toutefois d'éventuels traitements supérieurs aux neuroleptiques auraient sûrement leur place en psychiatrie.

Le clinicien peut se sentir comme un pompier qui éteint un feu sans pouvoir contrôler l'origine de l'incendie. Cette frustration ne justifie toutefois pas de laisser se propager l'incendie. Ne serait-il pas préférable de prévenir? Oui, si on pouvait. En psychiatrie, la prévention a été efficace surtout aux niveaux tertiaire et secondaire. Les efforts de prévention primaire n'en sont encore qu'à leur premiers balbutiements (Spiro, 1980).

Le rôle du "bon père de famille"

Le consommateur a son mot à dire et il a le droit d'être informé sur les médicaments qu'on lui prescrit. Cela est toutefois délicat quand on songe à quel moment le faire, moment qui dépend des phases de la maladie. Procéder avec tact et jugement est indispensable. Quand le patient est en psychose aiguë, la décision thérapeutique est presque toujours prise unilatéralement et il a été reproché au psychiatre d'avoir alors un pouvoir discrétionnaire. En fait, que cela plaise ou non, les cliniciens se retrouvent souvent malgré eux dans la position du "bon père de famille" qui aide le patient du mieux qu'il peut mais sans expliquer dans l'immédiat ses interventions. Dans ces moments toutefois, il faut avoir le jugement et l'humilité de baser ses décisions sur les données de la recherche et de l'expérience clinique plutôt que sur ses convictions et ses options idéologiques.

CONCLUSION

Dans cet article, nous avons tenté de situer les antipsychotiques, dans la psychiatrie moderne, en rapport avec les diverses thérapeutiques de la schizophrénie. Sans détailler, nous avons abordé les principaux avantages et inconvénients des neuroleptiques. Nous concluons que les avantages l'emportent sur les inconvénients. Cependant, nous avons aussi souligné la nécessité de bien sélectionner les patients et de prendre certaines

précautions quant aux effets neurologiques des antipsychotiques actuellement disponibles en clinique.

Nous avons discuté des mythes et des objections qui interfèrent parfois dans le traitement des patients avec les antipsychotiques. Nous concluons que le bien-être des malades est plus important que les théories ou les idéologies, et les guerres d'écoles. Les soignants doivent choisir le traitement en fonction des résultats expérimentaux et non en fonction de leur échelle de valeurs. En terminant, nous souhaitons qu'à l'avenir les antipsychotiques soient le "bras de levier" qui dédramatisera la schizophrénie.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association, 1981, *DSM-III*.
- American Psychiatric Association Task Force Report, 1979, *Tardive Dyskinesia*, 18.
- BOISVERT, D. et G. CHOUINARD, 1981, Perspectives psychopharmacologiques, *Le médecin du Québec*, 16, 79-85.
- CHOUINARD, G. et al., 1979, Facteurs reliés à la dyskinesie tardive, *Un. Med. Canada*, 108, 356-365.
- CHOUINARD, G. et J.F. DENIS, Les Neuroleptiques, in Lalonde et Grunberg eds., *Psychiatrie clinique : Approche contemporaine*, chap. 27, 723-742.
- COLE, J.O. et J.M. DAVIS, 1969, Antipsychotic Drugs, in Bellak and Loeb eds, *The Schizophrenic Syndrome*.
- DAVIS, J.M., 1980, Antipsychotic Drugs, in Kaplan, Greedman and Sadock eds, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 2257-2289.
- GARDOS, G. et J.O. COLE, 1976, Maintenance Antipsychotic Therapy : Is the Cure Worse than the Disease?, *Am. J. Psychiatry*, 133, 32-36.
- GARDOS, G. et J.O. COLE, 1978, Maintenance Antipsychotic Therapy : For whom and how long, in Lipton, DiMascio and Killam eds, *Psychopharmacology : A Generation of Progress*.
- GARFINKEL, P.E., 1976, Efficient Management of the Acute Psychotic Patient : Stabilization and Maintenance with Haloperidol, *Proc. R. Soc. Med.*, 60 (Suppl 1), 26-29.
- KESSLER, K.A. et J.P. WALETZKY, 1981, Clinical Use of the Antipsychotics, *American Journal of Psychiatry*, 138, 202-209.
- HOGARTY, G.E. et al., 1974, Drug and Socioterapy in the Aftercare of Schizophrenic Patients, *Arch. Gen Psychiatry*, 31, 603-608.
- HOGARTY, G.E. et al., 1974, Drug and Socioterapy in the Aftercare of Schizophrenic Patients. III. Adjustment of Nonrelapsed Patients, *Arch. Gen. Psychiatry*, 31, 609-618.
- LALONDE, P., 1980, Les maladies schizophréniques. II. Aspects cliniques de la schizophrénie, in Lalonde et Grunberg eds, *Psychiatrie clinique : Approche contemporaine*, 262-284.
- MAY, P.R.A. et G.M. SIMPSON, 1980, Schizophrenia : Overview of Treatment Methods, in Kaplan, Freedman and Sadock eds, *Comprehensive Textbook of Psychiatry/III*, 1192-1216.
- SPIRO, H.R., 1980, Prevention in Psychiatry : Primary, Secondary, and Tertiary, in Kaplan, Greedman and Sadock eds, *Comprehensive Textbook of Psychiatry/III*, p. 2858-2874.
- The National Institute of Mental Health Psychopharmacology Service Center Collaborative Study Group, 1964, Phenothiazine Treatment in Acute Schizophrenia, *Arch. Gen. Psychiatry*, 10, 246-261.

SUMMARY

In this article we have tried to situate the anti-psychotic drugs within modern psychiatry in relation to the various therapies for schizophrenia. Without entering into detail, we have touched upon the main advantages and disadvantages of neuroleptics. We conclude that the advantages outweigh the disadvantages. However, we have also stressed the necessity of selecting patients carefully and of taking certain precautions in regard to the neurological effects of anti-psychotic drugs currently available in clinics.