

N° 5
juin 1999

**BULLETIN
THEMATIQUE
DE LA FOVAHM**

paraît deux fois l'an

ELLES

LES NEUROLEPTIQUES

PARA

FOVAHM

SOMMAIRE

Editorial	p	3
La découverte des neuroleptiques	p	4
Comment se triture-t-on les neurones	p	7
Les neuroleptiques, comment agissent-ils?	p	9
Les effets secondaires	p	12
Les "médicaments", qu'en pensent les éducateurs ?	p	15
Rencontre avec le Dr P.-B. Roduit	p	18
Les nouveaux neuroleptiques	p	20
Le coin des bibliovores	p	22
Rédacteurs, Remerciements	p	24

“Non, on ne doit pas avoir recours aux médicaments lorsque nous ne sommes pas capables d’obtenir avec d’autres méthodes les progrès souhaités chez la personne (...).

Non, il ne faut pas utiliser les médicaments comme substituts d’autres traitements sociaux ou éducatifs (...).

Oui, les médicaments peuvent être un complément à un programme multimodal et rendre plus efficaces d’autres interventions.”

Ces trois principes tirés des dix principes de pharmautisme de J. Fuentes, 1998 et repris dans la brochure intitulé Code de bonnes pratiques pour la prévention de la violence et des abus à l’égard des personnes autistes, permet d’entamer la réflexion de ce cinquième numéro. Le thème des neuroleptiques peut apparaître comme un sujet relativement scientifique ou complètement extérieur à notre champ de compétence. Notre pratique professionnelle peut nous mener à quasi le banaliser tant donner des médicaments devient un geste routinier. Nos perceptions de ce type de médication peuvent nous conduire à une vision erronée de la réalité. Aborder le thème des neuroleptiques, derrière son apparente rigueur, c’est entrer dans un champ qui traverse la pharmacologie, la psychiatrie ou la médecine, qui s’éclaire de l’histoire, de la sociologie ou de la psychologie, et qui surtout interroge notre pratique quotidienne, nos modèles de compréhension ou nos a priori.

Les articles qui vont suivre n’ont, bien évidemment, pas la prétention de faire le point sur l’ensemble de la question. Il s’agit plutôt d’apporter quelques éclairages afin d’étayer la réflexion. Les neuroleptiques seront ainsi abordés sous l’angle historique. Des articles de fond apporteront quelques repères théoriques. Enfin, des professionnels viendront par le témoignage de leur expérience et leurs interrogations compléter cette approche. La complexité des mécanismes en jeu, l’importance du rôle des accompagnants, la diversité des situations sont autant de raisons qui nous poussent à ne pas faire l’économie de la réflexion sur ce sujet aussi vaste que complexe.

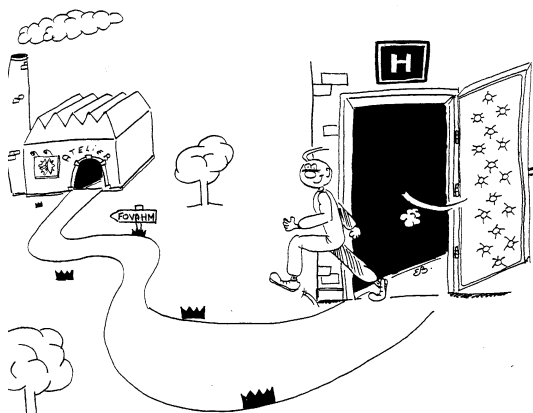
...NEUROLEPTIQUES

On s'accorde à faire remonter à 1952 la découverte des neuroleptiques. Il s'agit bien là d'une découverte, fruit du hasard, dans le contexte particulier d'effervescence de l'après-guerre. Plus qu'une découverte, on peut parler d'une véritable révolution ; révolution scientifique, certes, mais également sociale, culturelle et médicale. 1952, c'est l'année durant laquelle Pierre Deniker et Jean Delay, respectivement chef de clinique des "internés hommes" et chef du service des maladies mentales de l'hôpital Sainte-Anne à Paris, publient un certain nombre de travaux sur l'effet de la chlorpromazine sur les patients agités. C'est également l'année où la réserpine est isolée. En 1954, cette molécule commence à être utilisée en psychiatrie. Constatant des points communs thérapeutiques entre elles, Deniker et Delay proposent, en 1955, de les réunir dans un groupe commun et consacrent le terme de neuroleptiques à cette nouvelle famille d'agents pharmacologiques.

La découverte de la chlorpromazine s'inscrit, historiquement, dans un double contexte : celui de la psychiatrie d'une part et celui de la pharmacologie et plus particulièrement de la psychopharmacologie d'autre part.

La psychopharmacologie peut se définir comme une discipline médicale d'études des drogues et des médicaments ayant des effets sur le psychisme. On distingue, usuellement à la suite de Deniker, trois périodes historiques dans cette discipline. La première, qui s'étend des temps les plus anciens au 18ème siècle et dite archaïque, est marquée par l'utilisation de substances psychotropes, dont la principale est l'alcool, sans que les principes actifs soient identifiés. A partir du 19ème siècle, on entre dans la période classique où l'on voit l'isolement de certains principes actifs et l'apparition de premières synthèses. Cette période est également caractérisée par ce que l'on a appelé les méthodes de choc, à savoir l'inoculation du paludisme ou de la tuberculose ainsi que le traitement par l'arsenic ou l'insuline. La période moderne débute avec la découverte de la chlorpromazine qui ouvre la voie à l'ensemble des psychotropes que l'on connaît

aujourd'hui. La chlorpromazine est un produit synthétisé par les laboratoires de la firme pharmaceutique de Rhône-Poulenc en 1950. A cette époque, Henri Laborit, chirurgien militaire, s'intéresse au choc opératoire qu'il traite, dans un premier temps par l'hibernation artificielle, sur la base d'une hypothèse neurohormonale. Pour ce faire, en cherchant des médicaments à associer à la réfrigération, il introduit la chlorpromazine. Il remarque rapide-



ment que ce produit à des effets psychiques particuliers comme un désintéressement et une diminution de l'anxiété. En 1952, Pierre Deniker, ayant eu connaissance de ces effets, se propose de les essayer sur ses patients agités et les résultats sont sans précédent. La chlorpromazine est issue, quant à elle, de la recherche de médicaments contre l'allergie. Avant donc que le mode d'action de ce produit, commercialisé sous le nom de Largactil, soit connu, c'est un ensemble de retournements conceptuels et de hasard de l'histoire qui ont conduit à sa découverte et à son utilisation en psychiatrie. Il faut attendre 1963 pour que soit démontré que la chlorpromazine et ses dérivés empêchent la fixation d'une amine, la dopamine, dans certaines zones cérébrales. La démonstration des mécanismes d'action est à l'origine de l'hypothèse d'un dysfonctionnement de la transmission dopaminergique dans les psychoses. Dans ce domaine, le Dr Edouard Zarifian (1994), dans son ouvrage *Des paradis plein la tête*, rend attentif aux abus de langage. En effet, on a tendance à appeler les neuroleptiques des antipsychotiques, voire à définir la pathologie par l'utilisation d'un psychotrope. Ainsi, il ne faut pas oublier que s'il s'agit d'une véritable révolution, l'action des neuroleptiques reste une action sur les symptômes et non sur les causes, dont on ignore encore presque tout.

Pour mieux comprendre l'impact de cette découverte, il importe également de se pencher sur le contexte psychiatrique. Selon la formule consacrée, en 1793, Pinel, médecin chef à Bicêtre puis à la Salpêtrière "délivrait les aliénés de leurs chaînes". Derrière l'anecdote, c'est la portée symbolique de ce geste que l'on retient actuellement. En effet, en isolant les malades mentaux de la population hétérogène des hôpitaux généraux, c'est à la

création du concept de maladie mentale que l'on assiste et à la mise en place d'une nouvelle branche médicale, la psychiatrie. Le modèle prédominant demeure, toutefois, celui de la concentration asilaire et son cortège de dérapages maintes fois cités. Il ne s'agit pas ici de refaire le procès de l'asile d'aliénés, mais plutôt de rappeler ce contexte, afin de situer la découverte des neuroleptiques dans l'histoire de la psychiatrie. Car, finalement, dans la période de l'après-guerre, si des voix s'étaient élevées depuis longtemps, si la psychiatrie était devenue une branche médicale à part entière, la situation n'en demeurait pas moins préoccupante. Dans ce contexte, la prise de conscience par les psychiatres de la situation des malades mentaux ainsi que l'effet des neuroleptiques sur l'agitation, les pensées délirantes et les hallucinations allaient profondément modifier les relations entre soignants et soignés et permettre l'éclosion du mouvement de désinstitutionnalisation. L'utilisation des neuroleptiques a permis à la psychiatrie de prendre un tournant décisif en offrant la possibilité d'introduire le respect de la dignité humaine et la dimension relationnelle dans son approche. Elle a également contribué, par la réduction des symptômes, à améliorer la qualité de vie des patients. Toutefois, comme le souligne Zarifian (1994), elle est aussi le symbole de la science triomphante où la folie devient maladie et par-là guérissable par des médicaments. Les approches psychologique ou philosophique qui tentent de cerner les comportements humains ont perdu beaucoup de crédibilité. Il faudra attendre encore quelques décennies pour arriver à l'approche bio-psycho-sociale des troubles mentaux que l'on connaît aujourd'hui.

VGGC

COMMENT... SE TRITURE-T-ON LES NEURONES?

BREF RAPPEL:OU..

Les neurones sont des cellules appartenant au tissu nerveux. Ce tissu possède deux caractéristiques importantes : un haut pouvoir d'émission et de conduction des messages électriques et une faible capacité de se régénérer. L'influx nerveux, qui est le fruit d'un transfert d'ions, se propage dans les fibres myéliniques par dépolarisation successive des zones de la membrane.

Certaines fibres sont entourées d'une gaine de myéline qui empêche cette dépolarisation. Afin de transmettre l'influx nerveux dans les fibres myéliniques, cette gaine est interrompue à divers intervalles par des espaces appelés Nœuds de Ranvier. L'influx se propage à travers des liquides extracellulaires en sautant d'un Nœud de Ranvier à l'autre.

La conduction d'un influx nerveux se fait non seulement le long d'un neurone, mais aussi d'un neurone à un autre ou à un muscle ou à une glande. L'aire de jonction entre deux neurones est appelée synapse. Les neurones jouent un rôle homéostatique important, car ils ont le pouvoir de transmettre certains influx et d'en inhiber d'autres. La faculté d'apprentissage que possède l'organisme est liée à l'activité des synapses. La plupart des maladies cérébrales et de nombreuses maladies mentales découlent d'une interruption de l'influx à la synapse. C'est aussi aux synapses qu'agissent les médicaments qui affectent l'encéphale, incluant les substances thérapeutiques et celles qui créent l'accoutumance.

Un seul neurone émetteur (qui se nomme neurone présynaptique) peut agir sur plusieurs neurones récepteurs (neurone postsynaptique). Afin d'assurer la conduction de l'influx le long des neurones appropriés, la transmission est unidirectionnelle. Les synapses, les jonctions neuromusculaires et neuroglandulaires doivent renfermer des substances chimiques pour permettre la transmission de

l'influx nerveux. (Ces éléments sont tirés du livre «Principes d'anatomie et de physiologie » de Gérard J. Tortora et Nicholas P. Anagnostakos, 1998.)

Caractéristiques de la neurotransmission

Les neuromédiateurs, qui comme leur nom l'indique assurent la liaison entre les neurones, sont des substances chimiques relarguées par les terminaisons nerveuses soumises à un potentiel d'action. Ces messagers chimiques agissent sur des sites récepteurs pour produire soit une excitation, soit une inhibition de la cellule cible.

La neurotransmission implique les processus (description simplifiée) suivants : synthèse du neuromédiateur, transport jusqu'au lieu de stockage, stockage présynaptique (cf. chapitre précédent), relargage dans la synapse, reconnaissance et liaison du neuromédiateur par les récepteurs spécifiques, arrêt de l'action du neuromédiateur.

GM

.....COMMENT AGISSENT-ILS?

La découverte des neuroleptiques est, comme cela arrive parfois en médecine, le fruit du hasard ; c'est-à-dire de la rencontre de recherches d'un médicament contre le paludisme avec celles d'un médicament servant à lutter contre le choc opératoire.

Les neuroleptiques agissent sur le psychisme. Ils appartiennent donc à la famille des médicaments psychotropes avec les tranquillisants, les anti-dépresseurs, les stimulants, les narcotiques. . .

Fonctionnement

La description qui va suivre reste volontairement très superficielle, afin d'éviter le passage par un cours d'électrochimie (base de toute neurotransmission).

Les neuroleptiques exercent leur action sur le système nerveux central en agissant au niveau des échanges chimiques des neurones. Ces échanges sont facilités ou au contraire inhibés par des neuromédiateurs, constitués en systèmes, dont les processus biochimiques sont les suivants : synthèse du médiateur, stockage, libération, reconnaissance du médiateur par les récepteurs post-synaptiques, arrêt de l'action du médiateur.

Les neuroleptiques ont tous en commun de se fixer sur les récepteurs cérébraux de la dopamine et d'empêcher ainsi son action. La dopamine est un neurotransmetteur qui produit en général un effet inhibiteur. Elle joue un rôle dans les mouvements généraux involontaires des muscles squelettiques (en rapport à la maladie de Parkinson). Les chercheurs estiment aussi que la dopamine intervient dans les réactions émotionnelles, la régulation de la pression artérielle, la thermorégulation, l'éveil, l'atten-

tion, les processus cognitifs, certaines étapes des activités mnésiques (encodage, restitution), l'anxiété, le contrôle de l'appétit, etc. Comme on le voit, la dopamine joue un rôle dans de nombreuses fonctions. Et parmi ces fonctions, il n'est pas rare d'en voir une ou plusieurs qui, chez les personnes déficientes mentales, sont perturbées. Elle agit donc sur les fonctions cognitives et émotionnelles, mais induit aussi l'apparition de phénomènes secondaires (voir plus loin).

Ces récepteurs font l'objet de nombreuses recherches pharmacologiques. Elles devraient permettre, à l'avenir, d'améliorer la spécificité des substances psychotropes en étudiant les gènes qui codent les récepteurs incriminés.

Il est utile de préciser ici qu'une compréhension globale du mécanisme d'action des neuroleptiques sur le système nerveux central reste actuellement utopique en raison de la limitation des connaissances des régulations extrêmement complexes entre les divers systèmes de neurotransmission. (Synthèse du journal des psychologues no 87 de mai 1991 et des «Principes d'anatomie et de physiologie » de Gérard J. Tortora et Nicholas P. Anagnostakos, 1998).

Pharmacocinétique

Les neuroleptiques peuvent être administrés soit par voie orale, soit par injection intramusculaire. Ils sont essentiellement éliminés par voie rénale. Il existe, en plus des neuroleptiques "classiques", des neuroleptiques à action prolongée, dont la durée d'effet varie selon le produit et la personne. Ce sont des médicaments majeurs dont il ne faut pas négliger le risque d'effets secondaires. Ils sont administrés par injection intramusculaire toutes les 2 à 4 semaines. Il n'existe pour l'instant qu'un seul neuroleptique « retard » administrable par voie orale : « le Semap », administré de manière hebdomadaire.

Il est également important de signaler qu'il existe ou peut exister des interactions entre les neuroleptiques et d'autres médicaments, notamment les anti-épileptiques. Les neuroleptiques agissent également de manière différente selon le moment de la journée où ils sont administrés, selon la composition des aliments si la prise du médicament se fait au moment du repas, et même selon la nature du liquide qui sert à l'avalier. Selon le Vade-Mecum (A. Calanca, 1988), de manière générale, il faudrait éviter de donner des neuroleptiques en même temps qu'une boisson chaude, qu'une boisson alcoolisée, qu'une boisson gazeuse, surtout si elle est à base de cola, ainsi que de toute boisson contenant de la caféine, y compris le thé et le cacao. Il reste donc l'eau... froide !

Effets cliniques des neuroleptiques

« Un remède est mauvais quand il détruit quelque chose de la nature ». (Publilius Syrus)

Dans la gamme des médicaments psychotropes, les neuroleptiques sont caractérisés par leur action prédominante sur les fonctions psychomotrices et par leurs propriétés réductrices des troubles psychotiques. De ce point de vue, ils sont tous efficaces, mais se distinguent par leur dosage, leur présentation et leurs effets secondaires (Vade-Mecum, A. Calanca, 1988).

Du point de vue de leur effet clinique, on distingue :

- l'effet sédatif ou stimulant, contre l'anxiété et l'agitation. C'est l'effet le plus généralement obtenu avec un neuroleptique.
- l'effet incisif contre les troubles psychotiques ; il est plus ou moins marqué selon le choix du neuroleptique et selon sa posologie.
- l'effet antidépresseur : il n'existe pas, à l'heure actuelle, d'études thérapeutiques ayant correctement et complètement exploré cet effet. Dans des bibliographies datant de 1988 et 1991, il n'en est pas fait mention, signe de l'évolution des découvertes dans ce domaine.

Tout neuroleptique possède ces effets, variables en proportion. Ils ne s'opposent pas, mais sont complémentaires. (Synthèses du Vade-Mecum, A. Calanca, 1988 et du traité de Thérapeutique Psychiatrique 1995).

Classifications

Les manières et méthodes de classification des neuroleptiques sont fort nombreuses. Elles nous disent la difficulté de compréhension de la neurotransmission en général, et combien sont complexes et difficilement explicables les effets des médicaments. En effet, comme souvent en thérapeutique, le fait d'utiliser un médicament n'implique pas forcément que son mécanisme d'action soit connu (Vade-Mecum, A. Calanca, 1988). On peut toutefois retenir les possibilités de classement suivantes : selon la structure chimique ; selon le mode d'action neurochimique ; selon l'effet thérapeutique.

GM

LES EFFETS SECONDAIRES

On les appelle aussi les effets latéraux. Les avis divergent déjà à la base, selon les sources, au sujet de leur fréquence. Si d'aucuns prétendent que les effets secondaires sont plutôt rares, même si la liste de ces effets est longue, il en est d'autres qui prétendent que les effets secondaires concernent 60% des personnes faisant usage de neuroleptiques. Mais peut-être qu'Edouard Zarifian (1994) voit juste lorsqu'il dit : " Les neuroleptiques induisent un grand nombre d'effets secondaires, du moins en théorie. En pratique, ils demeurent limités en nombre et en intensité ".

Les effets latéraux peuvent être divisés en deux catégories : les effets indésirables, autant psychiques que neurologiques, prévisibles en raison des propriétés pharmacologiques connues de la molécule et les effets secondaires de nature allergique spécifiques au patient.

« Ces effets seront dépistés avec la collaboration du patient et de son entourage. » Cette toute petite phrase, tirée du Traité de Thérapeutique psychiatrique (Senon et al., 1995), nous rappelle que, même dans le domaine si spécifique de la psychopharmacologie, nous sommes, en tant qu'accompagnants, tenus d'observer et de décrypter les différents comportements des personnes concernées.

Les effets psychiques indésirables

Dans cette catégorie, on peut noter, pêle-mêle, un état de passivité, de perte de l'affectivité, de refus des contacts, de désintérêt, parfois de somnolence diurne ; des accès d'anxiété et des délires, des accès de confusion mentale accompagnés d'onirisme (visions et scènes animées).

Les effets physiques indésirables

Dans les premières 36 heures du traitement, peuvent apparaître des contractures ou des spasmes musculaires soudains et prolongés.

Comme autres effets secondaires, relativement fréquents, on peut noter l'incapacité à rester, même un temps bref, dans une position, qu'elle soit

assise, allongée ou debout, l'impatience motrice, c'est-à-dire, plus communément, l'impossibilité de tenir en place.

Le syndrome parkinsonien, observable avec des neuroleptiques puissants du type «majeptil » ou «haldol » est caractérisé par une hypomimie faciale, de la difficulté à faire certains mouvements, un ralentissement moteur, une perte de mouvements automatiques associés à la marche...

Petite parenthèse ici, pour dire que ce qui est frappant, dans la lecture de tous ces effets secondaires, c'est leur similitude avec les états d'agitation psychotique ; leur similitude avec bien des comportements qui sont notre quotidien professionnel. Et c'est bien ici toute la difficulté de notre rôle dans ce cas précis, puisque si ces symptômes sont pris pour une exacerbation de l'état psychotique,

cela signifierait une éventuelle augmentation de la médication neuroleptique, alors qu'il serait souhaitable, au contraire, de la diminuer ou d'administrer des correcteurs d'effets secondaires.

Mais la liste des effets secondaires n'est de loin pas terminée. Il en est de nombreux autres, apparemment bénins, mais pénibles à vivre au quotidien et qui peuvent nous inciter à regarder les personnes sous médication différemment. Cela peut aller d'une dilatation excessive de la pupille à une diminution de la libido, absence d'orgasme, difficultés d'éjaculation voire même impuissance, menstrues douloureuses ou absence de menstrues, en passant par de l'hypo ou de l'hyperthermie, de l'hypotension, une sécheresse buccale pouvant entraîner des mycoses, des caries dentaires, une perlèche, de la constipation et, souvent, une prise pondérale. Et j'omets les risques d'accidents allergiques, digestifs, oculaires ou autres.

Les effets secondaires graves

Pas de panique, ils sont très rares ! Il est toutefois important d'en parler, d'autant que leurs symptômes peuvent se confondre avec ceux que l'on a vus jusqu'ici. Ils sont en général liés à des traitements de longue durée, tels que ceux dont bénéficient les personnes que nous accompagnons.

À ce chapitre, viennent en premier lieu les dyskinésies tardives. Elles peuvent être irréversibles et invalidantes. Elles se caractérisent, au tout début, par d'imperceptibles mouve-



ments des yeux, de la langue et de la bouche, qui vont en s'amplifiant. Apparaissent ensuite des mouvements du corps incontrôlables (danse de Saint Guy), des troubles du langage, de la déglutition et de la respiration. Les risques sont plus élevés chez la femme, de même que chez les personnes de plus de 40 ans ou chez celles ayant une atteinte cérébrale !

Le syndrome malin des neuroleptiques (SMN), lui, est le plus redouté, en raison du taux de mortalité élevé qu'il génère. Il est plus fréquent chez les personnes de moins de 40 ans, surtout en début de traitement avec des neuroleptiques à action prolongée (les retard) ou avec ceux administrés par injection. Mais il peut survenir avec n'importe quel neuroleptique, même s'il semble y avoir moins de risque avec les médicaments de type «largactil ». Les signes les plus visibles sont une hyperthermie (plus de 40°) sans cause infectieuse, de la pâleur, de la déshydratation, une hypotension et des battements de cœur accélérés. (Synthèses du Vade-Mecum, A. Calanca, 1988 et du Traité de Thérapeutique psychiatrique, 1995).

Traitement des effets secondaires

Les antiparkinsoniens «kémadrine », «akinéton »

Ces médicaments ont été proposés pour corriger les effets secondaires dus aux neuroleptiques. Il y a encore quelques années, on les donnait systématiquement lors d'une cure de neuroleptiques. On pense actuellement qu'il vaut mieux ne pas les donner d'emblée, mais les garder en réserve en tenant compte de la tolérance individuelle et de la spécificité du neuroleptique (les sédatifs donnent moins de symptômes extrapyramidaux que les incisifs). Par ailleurs, les antiparkinsoniens augmentent certains effets des neuroleptiques tels que sécheresse des muqueuses, constipation, ... (tiré du Vade-Mecum, A. Calanca, 1988).

GM

...QU'EN PENSE-T-ON CHEZ LES ÉDUCATEURS ?

C'est au bénéfice de peu, voire d'aucune formation de base pharmaceutique ou médicamenteuse, que l'éducateur se retrouve confronté à différents traitements médicamenteux dans son travail quotidien. Quels sont les effets de ces médicaments sur la personne ? Quels effets secondaires peuvent en résulter ? En définitive, c'est un domaine qui semble nous échapper, car peu d'informations nous sont données par les professionnels de la branche, si l'éducateur ne s'y intéresse pas de lui-même ou ne cherche pas à comprendre le pourquoi de tel traitement et ce qui peut en résulter.

Malgré ces lacunes théoriques, nous côtoyons chaque jour dans notre travail des personnes prenant des neuroleptiques, des anxiolytiques, des antidépresseurs, voire voire d'autres traitements. Le suivi et l'observation quotidienne nous permettent de mieux comprendre les effets de ces médicaments.

Pour ce qui est du Home La Meunière de Collombey, la plupart des pensionnaires ont un traitement de type neuroleptique. Les anxiolytiques et les antidépresseurs ne représentant qu'une très faible part des médicaments utilisés. Cependant, quel que soit le médicament utilisé, il peut avoir une place très importante dans notre action éducative en vue du bien-être de la personne et de son entourage (familial, social et/ou éducatif), notamment pour les personnes schizophrènes ou psychotiques, car nous ne possédons que peu de moyens d'intervention sur leur comportement.

C'est nous, éducateurs qui travaillons avec la personne et qui la côtoyons au quotidien, qui basons notre action éducative sur différents outils scientifiques existants (échelle de développement, ...) ou créés

par nous-mêmes (grille d'observation, ...). Si finalement nous n'obtenons aucun résultat avec nos méthodes de travail, c'est en collaboration avec les médecins (psychiatres, neurologues, ...) qu'est décidée la mise en place d'une médication. Nos observations demeurent essentielles, car la première question à laquelle l'éducateur est confronté est : « qu'avez-vous observé ? ».

L'emploi des médicaments dans notre action éducative est une aide au travail de l'éducateur et au cadre mis en place pour la personne concernée. C'est un moyen qui peut devenir indispensable pour le bien de la personne et qui peut permettre à l'éducateur de reprendre son travail et d'avancer avec la personne. Tel fut notamment le cas de Max (tous les noms sont fictifs), avec qui les éducateurs n'avaient plus aucun moyen d'intervention face à ses angoisses et ses différents problèmes de comportement. Un changement de médication a amené un tournant dans sa vie et celle de l'équipe éducative, puisque Max est maintenant beaucoup moins angoissé et plus coopérant. L'équipe peut à nouveau avoir un projet éducatif pour lui. Il va sans dire que le même médicament n'aura pas forcément les mêmes effets sur quelqu'un d'autre, puisque chaque personne est différente et ne réagit pas de la même manière.

Le médicament n'est pas utilisé banalement ou pour faire des expériences de laboratoire. Il en va de même pour notre action éducative quotidienne. L'action des médicaments et l'action éducative doivent être complémentaires, l'action de l'un complétant l'action de l'autre et vice-versa. Ces différents moyens pharmaceutiques sont pour nous éducateurs, un outil de travail, sur lequel on a une vision très objective, car nous mettons en place une observation très précise et concrète de chaque personne pour en évaluer les effets positifs ou négatifs. Cela entre dans un travail à long terme pour le bien de la personne.

Dans cette quête du bien-être, notre intervention auprès des médecins ne va donc pas seulement dans le sens de la mise en place de la médication, mais s'inscrit aussi dans le suivi par nos observations de la prise des médicaments et de leurs effets. Nos demandes peuvent être de plusieurs ordres : soit dans le sens d'une augmentation ou d'une baisse du dosage jusqu'à trouver l'équilibre nécessaire au bon fonctionnement de la personne, soit dans le sens d'une suppression ou d'un changement de médication. Inutile de préciser que tout cela se fait en tenant compte de l'avis des différents partenaires : MSP, famille (leurs demandes ou problèmes rencontrés sont pris en compte), voire même de la personne elle-même dans la mesure du possible.

L'avis des pensionnaires peut intervenir lors de la décision de mise en place de médica-

tion — comme pour Josiane, qui pourrait bénéficier d'un traitement médicamenteux pour diminuer ses angoisses et se sentir beaucoup mieux, mais qui refuse catégoriquement de prendre des médicaments, ce qui complique la tâche de l'équipe éducative — ou lorsque la personne exprime ce qu'elle ressent suite à la prise de médication. Tel est le cas de Pascal qui nous dit en mimant: "il faut arrêter les médicaments, parce que je vais rester tout tordu !" Cela fait plusieurs années que Pascal suit un traitement au Nozinan et au Dapotum, mais jusqu'à présent nous n'avions observé aucune réaction de ce genre. L'a-t-il déjà vécu auparavant, nul ne le sait, mais nous en prenons note et poursuivons nos observations.

Nous devons être très attentifs aux effets secondaires et aux phénomènes d'accoutumance par une bonne observation de la personne afin de les détecter. Nous rencontrons actuellement beaucoup moins de problèmes qu'auparavant — démarche robotique, yeux révilés : comportements que l'on ne voit pratiquement plus — car il y a eu une très grande évolution dans la création et la fabrication des médicaments. Si certains effets comme la somnolence ou la sécheresse buccale sont fréquents et nous paraissent "anodins" (ils peuvent disparaître sur la durée), d'autres peuvent être beaucoup plus graves et sont moins détectables. A nous de nous renseigner auprès des médecins ou de lire la notice d'emballage, il en va du bien-être de la personne.

Pour nous éducateurs du Home La Meunière, les médicaments sont une aide précieuse dans notre travail pour viser le bien-être de la personne, une aide aux différentes méthodes de l'éducation, à la Valorisation du Rôle Social, aux différents moyens mis en œuvre, à la normalisation et à «l'autonomisation » de la personne.

Christophe Berthoud, responsable de la Pharmacie
Et les équipes éducatives du Home La Meunière de Collombey

... DR PAUL-BERNARD RODUIT.

Avant d'aborder le thème des neuroleptiques, pouvez-vous vous présenter (parcours professionnel, courants théoriques, ...) ?

Après le diplôme de médecin que j'ai obtenu en 78 à l'université de Lausanne, j'ai accompli une spécialisation dans les institutions universitaires psychiatriques genevoises avec l'obtention d'un doctorat en 85 et d'un titre FMH en 86. Avant de m'installer en pratique privée en 88, j'ai encore fonctionné comme chef de clinique à l'hôpital de Malévoz de 86 à 88.

Je me définirai plutôt comme un généraliste de la psychiatrie avec deux grands pôles d'intérêt : la psychodynamique et l'approche biologique.

Sur quels critères, dans une institution comme la FOVAHM, vous basez-vous pour prescrire, choisir ou modifier une médication de type neuroleptique ?

La mise en place d'un traitement neuroleptique n'est jamais banale, elle s'inscrit toujours dans un contexte évolutif (positif ou négatif) ou relationnel de la personne (crise). Le premier critère est donc la compréhension de ce contexte. Les autres critères sont des critères techniques ; chaque neuroleptique ayant une spécificité c'est à dire qu'il agira plus sur les symptômes psychotiques positifs (délires, hallucinations, ...) ou plus sur les symptômes négatifs (passivité, retrait social, ...) ou plus sur l'agitation psychomotrice ou encore plus sur l'angoisse.

Quelle place a, pour vous, une telle médication dans l'accompagnement des personnes accueillies à la FOVAHM ?

La majorité des personnes accueillies à la FOVAHM n'ont pas besoin d'un traitement neuroleptique. Pour celles qui présentent un trouble psycho-

tique cette médication peut être considérée comme un maillon important dans l'accompagnement pluridisciplinaire.

Comment peut-on définir le rôle des accompagnements et le vôtre dans ce domaine ?

Si le psychiatre possède les compétences dans le choix, l'indication et la prescription d'un neuroleptique, les accompagnants sont en étroite relation avec les pensionnaires, c'est donc eux qui sont à même d'observer, de décrire les troubles et de suivre leur évolution. Dans ce domaine, la complémentarité et la collaboration sont essentielles.

Les représentations, les croyances et les a priori que peuvent avoir les accompagnants ou les résidents sur les neuroleptiques ont certainement une influence sur les demandes de médication et même leur efficacité. Comment vous situez-vous dans un tel contexte ?

Le neuroleptique fait partie de l'arsenal thérapeutique que je qualifierai de "majeur". Pour la plupart d'entre nous, il est associé à la "folie" ; on comprend facilement les réactions exagérées qu'il peut provoquer : soit le rejet, soit une attente démesurée.

Dans ce type de médication, l'effet placebo est vraiment au second plan. Par contre, l'approche biologique favorise la mise en place d'un espace relationnel qui est, à mon avis, le but essentiel du traitement médicamenteux. C'est donc dans cet espace que pourra alors s'inscrire une thérapie, une approche éducative du quotidien ou en atelier, une thérapie du comportement ... C'est elle qui permettra une évolution ou un changement.

Le domaine des psychoses déficitaires et du handicap mental ne semble pas une priorité dans les recherches scientifiques sur les neuroleptiques. N'avez-vous pas parfois l'impression de "naviguer dans le brouillard" ?

Je pense que le handicap mental et les psychoses déficitaires ne sont pas oubliés par les chercheurs. Les neuroleptiques et les antidépresseurs classiques furent développés dans les années 60, il a fallu attendre 30 ans pour voir apparaître les neuroleptiques atypiques et les antidépresseurs spécifiques. C'est dire combien ces recherches sont complexes et les découvertes étroitement liées aux progrès technologiques. Ces prochaines décennies seront certainement marquées par des découvertes déterminantes. Même si on pourra dès lors "naviguer au soleil" le neuroleptique ne sera jamais une fin en soi.

VGGC

LES NOUVEAUX NEUROLEPTIQUES ?

Dans notre langage professionnel, les termes de nouveaux neuroleptiques ou de neuroleptiques atypiques deviennent fréquents. Derrière ce vocabulaire, rempli d'espoir, de crainte ou d'opacité, se posent, finalement, des questions de classification, d'apports de ces neuroleptiques et d'évolution des recherches.

De manière générale, les classifications de médicaments psychotropes ont une utilité scientifique et clinique. Ces classifications sont nombreuses fréquemment critiquées et révisées. Les termes de nouveau ou d'atypique n'apparaissent pas dans ces classes de médicaments. Ainsi donc, il ne s'agit pas d'une catégorie de médicaments bien définie selon un critère ou une approche spécifique, mais plutôt de nouveaux composés qui pour un aspect ou un autre viennent remettre en cause les classifications antérieures. Ces aspects concernent l'affinité avec tel ou tel récepteur, l'indication clinique ou l'apparition d'effets différents de l'effet initialement recherché. Marie-France Poirier (1997) cite, dans un article sur la classification de l'ouvrage Thérapeutique psychiatrique, le Dogmatil, commercialisé en 1969, comme premier neuroleptique atypique. Le Leponex et le Risperdal sont également dits atypiques.

Afin de mieux saisir l'apport de ces nouveaux composés, nous allons nous arrêter sur le Risperdal. Commercialisé en 1993, ce médicament se voit prescrit de plus en plus souvent dans notre domaine d'activités. La monographie, qui lui est consacrée, permet de mettre en évidence son originalité. L'option de recherche est de pallier deux limites des neuroleptiques classiques. La première concerne les effets secondaires. Parmi eux, les symptômes extrapyramidaux, à savoir les dystonies, les syndromes parkinsoniens et les dyskinésies tardives sont particulièrement invalidants. La seconde limite se situe dans l'effet sur certains symptômes de la schizophrénie. On a coutume, à la suite de Crow, de distinguer les symptômes positifs dont les plus courants sont les hallucinations, les délires, les troubles du comportement et la confusion du discours, des symptômes négatifs qui correspondent à des troubles déficitaires tels que l'émoussement affectif, le repliement émotionnel et l'affaiblissement des fonctions intellectuelles. Globalement, les neuroleptiques classiques sont efficaces

sur les symptômes positifs, par contre, l'effet sur les symptômes négatifs est insuffisant. L'évolution des recherches a conduit à postuler que les symptômes positifs sont imputables à un excès de dopamine tandis que les négatifs sont en lien avec l'activité de la sérotonine. C'est sur cette base que le Risperdal a été développé et qu'il s'est montré prometteur dans ses deux nouvelles fonctions.



L'exemple du Risperdal illustre bien la première voie de recherche mise en évidence par Alain Noel (1997) dans un article des Cahiers de Science et Vie sur la question. Cet axe cherche à affiner les propriétés des molécules déjà utilisées. Il s'agit du domaine le plus dense. Cette voie est en lien étroit avec l'évolution des connaissances sur le cerveau. En simplifiant au minimum, il s'agit de sélectionner et de cibler des effets, des récepteurs ou des sous-classes de récepteurs. Il met en évidence deux autres options de recherche, à savoir la préparation de médicaments originaux et la recherche clinique. Cette dernière consiste sur la base de l'observation clinique à améliorer les indications de dosage ou de durée optimale de traitement. La recherche de médicaments originaux reste, quant à elle, sans grands résultats jusqu'à ce jour, car elle pose la question de la méthodologie de recherche. Edouard Zarifian (1997) explique cette stagnation par l'utilisation des modèles animaux dans la recherche fondamentale et la méthodologie calquée sur celle de la maladie somatique. Ces modèles apparaissent quelque peu réducteurs face à la complexité du fonctionnement mental. De plus, l'éthique actuelle ne permet plus la «révolution des années 50». Il n'est simplement plus concevable et c'est tant mieux de tester sur des êtres humains un médicament prévu pour une autre indication thérapeutique.

Ces quelques données, certes simplifiées, permettent néanmoins de relativiser les craintes et les espoirs que le terme nouveau peut induire. Les neuroleptiques se sont véritablement améliorés, mais fondamentalement ils n'ont pas beaucoup changé. Ils agissent toujours sur des symptômes, se fondent sur des hypothèses pas toujours confirmées et ont comme référence principale la schizophrénie. Ainsi, la médication, malgré le caractère acquis et immuable qu'elle peut laisser supposer, ne nous permet pas de faire l'économie d'une réflexion dans laquelle nous ne possédons pas toutes les clés.

LE COIN DES BIBLIOVORES

Il nous trotte dans la tête de vous ouvrir cette rubrique afin de faire part de vos nombreuses lectures. La première raison est très pro : les médias se doivent d'être interactifs. La deuxième l'est un peu moins : un numéro à deux et l'inspiration tarit, surtout pour le dernier article. Pour réaliser ce projet, il y a, au moins, deux stratégies. L'une consiste à lancer un appel et attendre que des personnes se manifestent. Au vu des résultats de l'Infovahn, il semblerait que la stratégie peine à susciter des vocations. Quant à la deuxième, elle consiste à coincer quelqu'un dans un corridor et à exiger, à grands renforts de formules de politesse, leur participation spontanée. Cette dernière, beaucoup plus rentable, permet d'étoffer, et l'Infovahn, et Parallèles par la découverte de nouveaux talents littéraires et professionnels. Il existe, peut-être, une troisième voie : la preuve par l'exemple. Cette dernière est celle que vous décrypter en ce moment même. Les articles s'ajoutent aux noms communs ou propres auxquels se joignent un verbe, parfois un adjectif ou un adverbe pour les plus téméraires. Les phrases ainsi se forment. Bref, il a fallu quinze minutes et cinquante secondes, deux cigarettes ou un café ou une plaque de chocolat selon sa méthode de dopage pour quatorze lignes en Times New Roman caractère douze. COFD ! Alors que vous soyez fumeur, amateur de la pause café ou accro au choc, lancez-vous avec une spontanéité toute retrouvée, sinon c'est la note de service. Il s'agit de la quatrième stratégie : la menace.

Remarque : Vous pouvez, voulez, devez déposer dans la boîte aux lettres des rédacteurs un compte-rendu de lecture d'une quinzaine de lignes caractère douze plutôt que trente-six sur un ouvrage professionnel. Je sais qu'après le Festival de la BD, ce n'est pas facile. Au pire, faites un projet pédagogique pour Little Kevin !!!

Autour du thème des neuroleptiques :

Voici les références, ouvrages ou classeurs à thème, disponibles à la

- bibliothèque, ayant servi à l'élaboration de ce bulletin :
- BRYOIS, Ch., *Approches diagnostique et thérapeutique des syndromes extrapyramidaux induits par les neuroleptiques*. Médecine et Hygiène, 53, 1995.
- PARADAS Christophe, *Questions à Edouard Zarifian : les médicaments en question*. Le journal des psychologues, n°142, novembre 1996.
- PETIT M. et DOLLFUS S., *Neuroleptiques : à propos de quelques idées reçues*. Le journal des psychologues, n°87, mai 1991.
- RAFFALI-SEBILLE Marie-José, *Soigner l'esprit : les médicaments en question*. Le journal des psychologues, n°87, mai 1991.
- ZARIFIAN Edouard, *Des paradis plein la tête*. Paris : Ed. Odile Jacob, 1994.
- AUTISME-EUROPE, *Code de bonnes pratiques pour la prévention de la violence et des abus à l'égard de personnes autistes*. Bruxelles: 1998.
- Pour aller plus loin :
- CALANCA A., *Vade-mecum de thérapeutique psychiatrique*. Lausanne : Ed. médicales Roland Bettex, 1988.
- CUDRE-MAUROUX Pascal, *Les médicaments du cerveau*. Travail de recherche, non publié.
- GERARD J., TORTORA J., ANAGNOSTAKOS P., *Principes d'anatomie et de physiologie*. Montréal: 1998.
- JANSSEN-CILAG AG, *Risperdal : monographie*. Baar : 1994.
- LES CAHIERS DE SCIENCE ET VIE, 1950-1960 : *Les médicaments du cerveau*. Hors série n° 37, février 1997.
- SENON Jean-Louis, SECHTER Daniel, RICHARD Denis, *Thérapeutique psychiatrique*. Paris : Ed. Hermann, coll. Science et pratique médicales, 1995.
- Nouvelles acquisitions :
- BOURQUIN Catherine, LAMBERT Jean-Luc, *Trisomie 21 et vieillissement : suggestions pour l'évaluation et l'intervention*. Zürich : Ed. SPC, Aspects n°72, 1998.
- G.R.A.P., *Les causes de l'autisme et leurs traitements*. Actes des 16èmes Journées d'Etude.
- JAMMET Claude, *Jura bernois : un pas de plus vers l'intégration sociale des personnes déficientes mentales adultes ?*. Mémoire de certificat Asfori, juin 1998.

VGGC

RÉDACTEURS, REMERCIEMENTS

L'équipe réduite du n°5 remercie Nicole Dubuis pour la mise en place de ce bulletin, son travail et ses nombreuses suggestions qui nous ont tellement manqués et se réjouit d'accueillir Olivier Salamin pour compléter son équipe.

Nous REMERCIONS également Christophe Berthoud et les équipes éducatives du Home La Meunière à Collombey, le Dr Paul- Bernard Roduit ainsi que Jean-Marc Dupont.

REDACTEURS : Véronique Goy Gay-Crosier, Gilles Michelet

