

Médication neuroleptique et risque de dyskinésie tardive : une enquête auprès de psychiatres et d'omnipraticiens du Québec

Neuroleptic Medication Decisions and the Risk of Tardive Dyskinesia: A Survey of Psychiatrists and General Practitioners in Quebec

David Cohen, Ph.D. and Jocelyn Bisson, M.Sc.

Volume 22, Number 1, Spring 1997

Thérapie et patient borderline (1) et Médicaments psychotropes : aspects psychosociaux (2)

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/502106ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/502106ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Cohen, D. & Bisson, J. (1997). Médication neuroleptique et risque de dyskinésie tardive : une enquête auprès de psychiatres et d'omnipraticiens du Québec. *Santé mentale au Québec*, 22(1), 263-282. <https://doi.org/10.7202/502106ar>

Article abstract

The incidence of tardive dyskinesia (TD) during the first five years of neuroleptic treatment of adult schizophrenic patients, may rise to 35 %. Yet, the prevention of this iatrogenic effect remains a secondary objective for clinicians. This study explored how medication decisions might vary depending on patient characteristics and medical specialty, and to identify correlates of prescribing aimed at the prevention of TD. Method: Simulated medication decisions were elicited from 352 psychiatrists and 279 general practitioners in response to 12 brief written descriptions of a male schizophrenic outpatient treated for 5 years with 20 mg/day of haloperidol. Patient age, psychotic symptoms, signs of dyskinesia, and effectiveness of past treatment varied systematically in the descriptions. Results: Every variable except patient age affected decisions. Most physicians reduced doses for stable patients. In cases of active psychosis, decisions were affected by presence of dyskinesia and treatment effectiveness. Psychiatrists were more likely to increase or reduce doses, general practitioners to change medication. Very few physicians opted to cease medication. Younger psychiatrists made the most prudent decisions. Conclusions: From a tardive dyskinesia prevention perspective, similar prescriptions to older and younger patients are worrying. We need to understand why physicians might believe that older patients require just as aggressive medication regimen as younger patients. Respondents within and between specialties tend make similar simulated decisions, but these do not necessarily reflect recommendations from controlled research on chronic neuroleptic treatment.



Médication neuroleptique et risque de dyskinésie tardive : une enquête auprès de psychiatres et d'omnipraticiens du Québec

David Cohen*

Jocelyn Bisson**

Chez les patients schizophrènes adultes, l'incidence des dyskinésies tardives (DT) durant les premiers cinq ans de traitement aux neuroleptiques peut atteindre 35 %. La prévention de cet effet iatrogénique reste pourtant un objectif secondaire pour les cliniciens. Cette étude explore l'influence de variables relatives aux patients et aux médecins sur les décisions de prescription de neuroleptiques et sur la prévention des DT. En réponse à 12 vignettes cliniques décrivant un patient schizophrène traité depuis cinq ans au moyen de 20 mg par jour d'halopéridol, 352 psychiatres et 279 omnipraticiens ont pris des décisions de prescription simulées. L'âge du patient, la présence des symptômes psychotiques, la présence de DT ainsi que l'efficacité du traitement médicamenteux variaient systématiquement dans les vignettes. Résultats : Seul l'âge du patient n'a pas d'effet sur les décisions. La plupart des médecins réduisent les doses pour les patients en rémission. Dans les cas de psychose active, les décisions sont affectées par la présence de DT et l'efficacité du traitement. Les psychiatres ont tendance à augmenter ou à réduire les doses, les omnipraticiens à changer la médication. Très peu de médecins choisissent de cesser la médication. Les psychiatres plus jeunes ont tendance à prescrire plus prudemment. Conclusions : les prescriptions similaires pour patients jeunes et âgés sont inquiétantes, ces derniers étant plus à risque de développer des DT irréversibles. Il faudrait comprendre pourquoi les médecins jugent que les patients âgés méritent des stratégies médicamenteuses aussi agressives que les plus jeunes. Psychiatres et omnipraticiens prescrivent de manière similaire mais leurs décisions ne reflètent pas nécessairement les recommandations émanant des recherches sur le traitement neuroleptique prolongé.

* David Cohen, Ph.D., est professeur et chercheur à l'École de service social et au Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP), de l'Université de Montréal.

** Jocelyn Bisson, M.Sc., est agent de recherche au GRASP, de l'Université de Montréal.

Remerciements

Les auteurs remercient l'Ordre des médecins du Québec pour son assistance. Cette étude a été financée par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (subvention 410-91-1725) et par le Fonds pour la formation des chercheurs et l'aide à la recherche (subvention 94-NC-0805).

Les dyskinésies tardives (DT), un syndrome de mouvements anormaux involontaires, constituent une grave complication du traitement neuroleptique de la schizophrénie. Une fois qu'elles apparaissent, les DT persistent chez la plupart des personnes maintenues sous médication (Glazer et al., 1991) et s'accompagnent régulièrement de dysfonctionnements physiques, cognitifs et psychosociaux (Cohen, 1994). Durant les cinq premières années de traitement chez les adultes, l'incidence des DT varie de 20 à 35 % (Glazer et al., 1991 ; Jeste et Caliguri, 1993). Il n'existe encore aucun remède pour ce syndrome et on ne peut prédire qui en sera atteint. La prévalence des DT chez les patients psychiatriques chroniques, estimée à 13 % en 1981 (Jeste et Wyatt, 1981), se situait à 24 % dix ans plus tard (Yassa et Jeste, 1992). Certains neuroleptiques « atypiques », dont la clozapine semblent poser un moindre risque de provoquer des DT. Cependant, tout comme les produits conventionnels, ils peuvent produire la gamme des symptômes extrapyramidaux aigus et aussi masquer une DT pré-existante (Goff, 1995). Leur sécurité à long terme n'est donc pas établie.

Pour ces raisons, la prévention des DT reste l'unique solution. Aux États-Unis, les stratégies de prévention incluent des visites éducatives chez les médecins (Dixon et al., 1989 ; Ray et al., 1987), des programmes de dépistage systématique dans certaines institutions (Wolf et Brown, 1988) et une loi du Congrès, OBRA-87, obligeant les établissements qui reçoivent des fonds fédéraux à entreprendre des réductions systématiques de dose ou des retraits de médication chez les patients âgés (Slater et Glazer, 1995).

L'âge est le seul facteur de vulnérabilité reconnu sans équivoque dans la documentation médicale : l'incidence des DT augmente de manière quasi-linéaire avec l'âge et la probabilité de voir une dyskinésie devenir irréversible est plus élevée chez les personnes âgées (Yassa et al., 1988). Sans qu'une relation précise n'ait pu être établie entre la dose de neuroleptique ou la durée d'exposition et l'apparition des DT, on estime que ces deux facteurs sont liés. Selon de nombreux auteurs, des manuels de psychiatrie et deux rapports de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA, 1980 ; 1992), il est préférable de cesser le traitement neuroleptique quand des mouvements anormaux sont détectés ou, le cas échéant, d'utiliser la plus faible dose permettant de maintenir les acquis thérapeutiques.

Les pratiques de prescription auprès des patients ayant un diagnostic de schizophrénie répondent cependant à des impératifs complexes, plus ou moins liés à la prévention des DT. Selon une enquête

d'Eisenthal et Falk (1988) faite auprès de 162 psychiatres, l'objectif principal de la prescription d'un neuroleptique reste le contrôle d'une psychose active, la prévention des effets toxiques étant un objectif secondaire. Par ailleurs, Weiden et al. (1987) ont montré qu'en présence de symptômes extrapyramidaux et de DT, une majorité de cliniciens préfèrent ajouter un antiparkinsonien au neuroleptique plutôt que d'en réduire la dose. Entre les décennies 70 et 80 aux États-Unis, on a observé des augmentations de 100 % de doses quotidiennes de neuroleptiques prescrites aux patients chroniques (Segal et al., 1992 ; Reardon et al., 1989). L'inquiétude suscitée par l'incidence des DT a sûrement fait baisser les doses durant les années 1990, mais les données épidémiologiques manquent. En Ontario, Collins et al. (1992) ont observé que les patients chroniques qui ne répondent pas aux neuroleptiques sont néanmoins maintenus sur des doses aussi élevées que les patients de courte durée. Pour leur part, Peralta, Cuesta, Caro et al. (1994) constatent qu'un large fossé existe entre les doses recommandées sur la base d'études contrôlées et les doses prescrites en pratique clinique. Finalement, une enquête menée auprès de psychiatres en Autriche montre que les doses moyennes de neuroleptique suggérées pour le traitement de maintien de la schizophrénie varient énormément, de 40 à 2000 mg d'équivalent de chlorpromazine par jour (Meise et al., 1994).

Segal et al. (1992) ont aussi observé des différences inattendues entre les prescriptions de psychiatres et celles d'omnipraticiens auprès d'un large échantillon de patients chroniques dans la communauté. Même quand on contrôlait statistiquement diverses variables cliniques et sociodémographiques des patients, les doses élevées restaient celles prescrites par les psychiatres. Cette différence n'a jamais été observée auparavant, peut-être parce que les omnipraticiens prescrivent peu de neuroleptiques. On note cependant des différences qualitatives entre omnipraticiens et psychiatres quant à la prescription d'antidépresseurs et de lithium (Kehoe et Mander, 1992 ; Olfson et Klerman, 1992).

Dans cette étude, nous analysons les réponses de psychiatres et d'omnipraticiens à un questionnaire visant à recueillir des décisions de prescription d'un neuroleptique à un patient schizophrène chronique. Nous voulons déterminer comment la prescription pourrait varier en fonction de certaines caractéristiques du patient (âge, symptômes psychotiques, présence d'une DT, efficacité du traitement antérieur) et de la spécialité du prescripteur. Nous voulons aussi identifier des facteurs personnels et professionnels associés à une bonne adhérence aux recommandations concernant la prévention des DT.

MÉTHODE

Échantillon

Des questionnaires ont été postés à deux groupes de médecins identifiés dans l'annuaire 1991-92 de la Corporation professionnelle des médecins du Québec (aujourd'hui l'Ordre des médecins). Le premier groupe était composé de tous les spécialistes en psychiatrie ($n = 1010$), le second d'un échantillon aléatoire de 1010 omnipraticiens (environ 1/8 des omnipraticiens recensés dans l'annuaire). Pour constituer ces groupes, nous n'avons retenu que des médecins possédant un permis d'exercice permanent, avec adresse au Québec.

Les questionnaires ont été postés le 26 mars 1992. Une difficulté inattendue est survenue le 12 avril, quand le président de l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ) envoya une lettre aux membres leur enjoignant de ne pas répondre au questionnaire. Les raisons citées étaient 1) le fait que le chercheur n'était ni médecin ni psychiatre, 2) le manque d'implication de l'AMPQ dans cette recherche, 3) des difficultés de certains psychiatres à remplir le questionnaire, ainsi que 4) des propos critiques (non spécifiés) prononcés par le chercheur.

Les conditions sur le terrain ayant radicalement changé, la collecte des données et le suivi des répondants ont été immédiatement interrompus (afin d'éviter tout risque de contamination). Nous n'avons considéré que les questionnaires retournés le 15 avril ou avant, soit 723 questionnaires, dont 92 étaient inutilisables (adresses changées, déménagements; questionnaires non remplis par médecins à la retraite, en poste administratif, etc.). De ce nombre, nous comptons les réponses de 352 psychiatres (34,8 %) et 279 omnipraticiens (27,6 %), pour un taux global de réponse de 31,2 %. Le tableau 1 montre que le sexe, l'âge, et la langue des médecins de cet échantillon suivent de près leurs distributions dans les populations échantillonnées. Nous discutons plus loin des implications de ce taux de réponse sur la validité des résultats.

Tableau 1
Comparaison des échantillons et de leurs populations
sur trois variables sociodémographiques

	Psychiatres		Omnipraticiens	
	Échantillon (n = 352)	Population ^a (N = 1010)	Échantillon (n = 279)	Population ^a (N = 8080)
Âge moyen	47.0 ± 11.7	48.3	40.7 ± 9.9	42.5
Sexe (%)				
Hommes	79.3	77.1	75.4	70.4
Femmes	20.7	22.9	24.6	29.6
	$\chi^2 (1) = 1.0, P = 0.31$		$\chi^2 (1) = 3.4, P = 0.65$	
Langue (%)				
Français	79.0	84.7	87.7	88.8
Anglais	21.0	15.3	12.3	11.2
	$\chi^2 (1) = 7.9, P = 0.005$		$\chi^2 (1) = 0.33, P = 0.57$	

a. Données de 1991, Corporation professionnelle des médecins du Québec (Contandriopoulos et Fournier, 1992).

Le questionnaire

Le questionnaire a été adapté et traduit d'un instrument déjà utilisé par Eisenthal et Falk (1988) pour un sondage mené auprès des membres de la Massachusetts Psychiatric Society. Cet instrument, complété par 162 psychiatres, comprenait 10 vignettes cliniques brèves, chacune décrivant le contact initial entre un psychiatre et un patient schizophrène de sexe masculin traité au moyen de 500 mg par jour de chlorpromazine. Eisenthal et Falk y ont fait varier systématiquement trois variables : la durée du traitement, son efficacité et l'état des symptômes.

Notre version comprenait 12 vignettes, et le traitement était la prise d'une dose orale de 20 mg d'halopéridol par jour depuis cinq ans (au moment de l'étude, l'halopéridol était le neuroleptique le plus souvent prescrit en Amérique du Nord [Wysosky et Baum, 1989] et la dose indiquée était une dose quotidienne standard pour le traitement de troubles psychotiques auprès de patients adultes [Chouinard et al., 1993 ; Rifkin et al., 1991]). Nous avons enlevé la variable de la durée du traitement et ajouté deux variables d'intérêt : l'âge du patient et la présence de DT.

Notre questionnaire fut évalué par le Comité de la recherche de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et, à deux occasions,

par le Conseil d'administration de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, dont le Président accepta de fournir une lettre de support à l'étude attachée à chaque questionnaire posté. Le questionnaire fut également étudié par deux psychiatres affiliés à deux centres de recherche en psychiatrie. Les commentaires et suggestions ainsi recueillis ont été incorporés dans la version finale.¹ Dans une phase de pré-test auprès d'un psychiatre et de deux omnipraticiens, le questionnaire a été rempli en moins de 20 minutes.

Trois caractéristiques variaient systématiquement dans nos vignettes : l'âge du patient (28 ou 59 ans), l'état des symptômes psychotiques (psychose active ou en rémission), ainsi que la présence de DT (aucun signe de DT ou présence de DT légère). Une quatrième variable, l'efficacité du traitement neuroleptique antérieur (absence ou présence de symptômes psychotiques durant les derniers cinq ans), variait seulement dans les cas de psychose active. Comme exemples, voici deux des 12 vignettes :

3) Monsieur C. est un patient schizophrène âgé de 28 ans que vous voyez en clinique externe. Il ne manifeste aucun symptôme psychotique. Depuis 5 ans, il est traité avec 20 mg par jour de Haldol et les symptômes ont été généralement absents durant cette période. Il n'y a aucun signe de dyskinésie tardive au moment de l'évaluation.

11) Monsieur K. est un patient schizophrène âgé de 59 ans que vous voyez en clinique externe. Il hallucine et a des idées paranoïdes. Depuis 5 ans, il est traité avec 20 mg par jour de Haldol mais les symptômes psychotiques sont souvent réapparus au cours de cette période. Vous détectez de légers signes de dyskinésie tardive lors de l'évaluation.

Après chaque vignette, les médecins devaient répondre à la question : *Quelle décision prendriez-vous concernant la prescription du neuroleptique à ce patient ?* Cinq choix étaient offerts : 1) maintenir la médication telle quelle, 2) augmenter la dose, 3) réduire la dose, 4) cesser la médication, ou 5) changer la médication. Si les options 2 ou 3 étaient choisies, les répondants devaient préciser la nouvelle dose quotidienne d'halopéridol qu'ils prescriraient.

Le questionnaire comprenait également des questions d'ordre sociodémographique, ainsi que des questions sur les lieux de pratique des répondants et leurs sources d'information sur les neuroleptiques.

L'analyse des données

Nous avons d'abord procédé à une description générale de l'échantillon sur la base des données sociodémographiques. Les tests *t* et chi carré ont été utilisés pour comparer entre eux les psychiatres et les omnipraticiens. Nous avons ensuite procédé à une description et une comparaison de l'ensemble des décisions de prescription, utilisant le test chi carré. Nous avons parfois exprimé les résultats en pourcentages de *répondants* (pour comparer des décisions particulières d'une spécialité à l'autre ou d'une vignette à l'autre), parfois en pourcentages de *réponses* (par ex. pour comparer les décisions prises en réponse à toutes les vignettes avec DT par rapport à toutes les vignettes sans DT). Pour identifier les prédicteurs potentiels de décisions de médication axées sur la prévention des DT, nous avons eu recours à une régression linéaire multiple. Toutes les analyses statistiques ont été faites au moyen du logiciel SPSS (version 4.0).

RÉSULTATS

Description de l'échantillon

Tel que présenté au tableau 1, les psychiatres sont plus âgés que leurs collègues omnipraticiens et ils ont plus de praticiens anglophones. Le tableau 2 fait ressortir plusieurs autres différences significatives entre les deux groupes de répondants. On remarque entre autres que l'hôpital général est le lieu de pratique principal d'une majorité de psychiatres, alors que le bureau privé vient en premier chez les omnipraticiens. Quant à l'hôpital psychiatrique, 25 % de psychiatres mais seulement 2 % d'omnipraticiens rapportent y exercer.

Tableau 2

**Lieux de pratique, sources d'information sur les neuroleptiques
et nombre de patients schizophrènes vus par mois
selon la spécialité médicale**

	Psychiatres (n = 352)	Omnipraticiens (n = 279)		
Lieu principal de pratique	% ^a	% ^a	$\chi^2 (1)$	P
Hôpital général	54.5	24.7	55.8	.000
Hôpital psychiatrique	24.1	2.2	59.3	.001
Clinique externe	20.2	5.4	27.7	.001
Bureau privé	14.5	64.5	165.7	.001
CLSC	0.9	11.5	31.5	.001
Principales sources d'information	% ^a	% ^a	$\chi^2 (1)$	P
Articles scientifiques	68.0	26.6	91.4	.0000
Manuels de psychiatrie	44.4	36.0	3.56	.06
Consultation de collègues	44.3	22.5	28.3	.0000
Congrès professionnels	39.9	32.2	3.1	.08
CPS	14.6	47.0	67.7	.0000
Publicités	8.9	8.7	.0	1.0
Nombre moyen de patients/mois ($\pm$ E.T.)	24.6 $\pm$ 36.9	2.8 $\pm$ 5.1	$z = -13.9, P < 0.0001$	

a. Le total dépasse 100 %, certains répondants ayant indiqué plus d'une réponse.

Les sources d'information sur les neuroleptiques diffèrent également entre les deux groupes. Comme faits saillants, les articles de revues scientifiques sont identifiés comme l'une des deux sources principales d'information par une nette majorité de psychiatres mais seulement par un quart d'omnipraticiens. Pour ces derniers, le *Compendium de produits et spécialités pharmaceutiques* (CPS) vient en premier alors qu'une minorité de psychiatres (moins de 15 %) indiquent le consulter comme source principale. Dans chaque groupe, 9 % de répondants indiquent qu'ils s'informent principalement à même le matériel promotionnel de l'industrie pharmaceutique.

Parmi les psychiatres, 91 % rapportent voir au moins un patient avec le diagnostic de schizophrénie par mois : le nombre de ces patients varie de 1 à 250 avec une médiane de 10, excluant un répondant qui en voit 550. Tel qu'attendu, les omnipraticiens sont moins impliqués auprès de cette clientèle : 74,5 % rapportent en voir entre 1 et 40 par mois avec une médiane de 1, excluant un répondant qui en voit 140 par mois. Les données ont été analysées avec et sans les répondants qui indiquaient ne

pas voir de patients schizophrènes ; aucun des résultats n'a été affecté de manière significative. Ces répondants sont donc inclus dans l'analyse.

Les décisions de prescription

Le tableau 3 présente une vue d'ensemble des décisions simulées, groupées selon la spécialité médicale et les principales variables de l'étude. Les tests de chi carré effectués sur les distributions cumulatives de réponses révèlent que toutes les variables, sauf l'âge du patient, ont un impact significatif sur les décisions. Les médecins modifient le traitement neuroleptique selon l'état de la psychose, la présence de DT et l'efficacité du traitement antérieur. Cependant, ils ne prescrivent pas différemment à un patient âgé et à un patient plus jeune, même en présence de DT.

Tableau 3

Décisions de médication selon les principales variables de l'étude

	Maintenir (%)	Augmenter (%)	Réduire (%)	Cesser (%)	Changer (%)
Spécialité médicale					
Psychiatres	12.4	*21.8	* 33.8	6.9	* 25.2
Omnipraticiens	13.9	17.4	26.1	7.2	35.4
Psychose (cas de traitement efficace)					
En rémission	14.3	* 0.2	* 63.6	* 15.6	* 6.2
Active	18.3	32.6	21.1	4.5	23.5
Traitement neuroleptique (cas de psychose active)					
Inefficace	* 7.8	* 27.8	* 3.7	* 1.9	* 58.8
Efficace	18.3	32.6	21.2	4.5	23.5
Dyskinésie tardive					
Aucune	* 18.8	* 30.3	29.9	* 2.2	* 18.8
Présente	7.4	9.2	30.5	11.8	41.0
Âge du patient					
28 ans	13.2	20.4	30.3	6.6	29.5
59 ans	13.1	19.1	30.1	7.4	30.4

* $P < 0.001$. Les chiffres expriment les pourcentages de réponses données aux vignettes pertinentes. Le total de chaque rangée est 100 %.

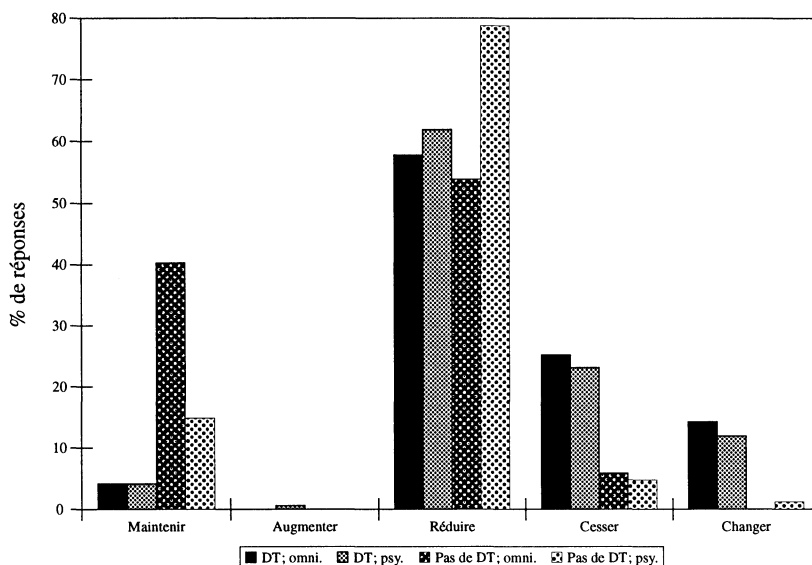
Prescriptions en cas de psychose en rémission

Réduire la dose en cas de psychose en rémission est la tendance principale observée parmi les deux groupes de médecins, quel que soit l'âge du patient ou les signes de DT. Chez les psychiatres, la tendance est particulièrement forte (79 %) de réduire la dose pour des patients sans DT qui ont eu un traitement efficace alors que les omnipraticiens

sont divisés entre réduire (54 %) et maintenir (40 %) la dose (figure 1). Dans les cas de patients *avec* DT, une alternative appropriée à la réduction de dose est de cesser la médication entièrement. Dans ces cas, 13 % des médecins, psychiatres et omnipraticiens, auraient plutôt changé la médication.

Figure 1

Décisions de prescription aux jeunes patients en rémission de psychose, selon la spécialité médicale et la présence de DT



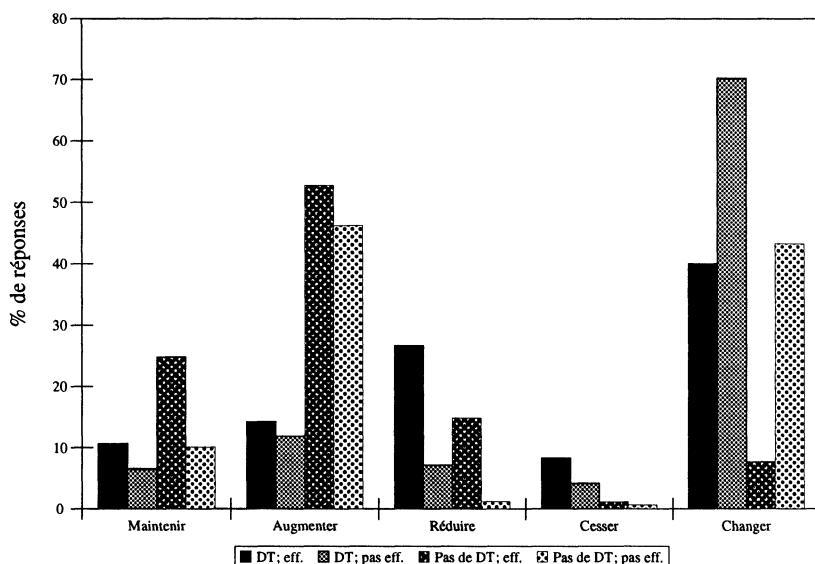
Prescriptions en cas de psychose active

Dans les situations de psychose active, les décisions sont bien plus variées et influencées par la présence de DT et par l'efficacité du traitement antérieur (figure 2). Néanmoins, une forte majorité de psychiatres (77 %) et d'omnipraticiens (65 %) optent pour changer la médication quand les patients ont des signes de DT et de traitement inefficace. Dès qu'une de ces caractéristiques est présente, changer la médication reste encore une option populaire. Pour les patients sans DT, environ un médecin sur deux choisit d'augmenter la dose. Les autres décident en fonction de l'efficacité du traitement : maintenir la dose si le traitement est efficace, changer la médication s'il est inefficace. Finalement, pour le patient avec DT mais avec un traitement antérieur efficace, les ré-

ponses sont plus également distribuées parmi toutes les décisions possibles. On remarque cependant une préférence pour changer la médication ou réduire la dose. À l'évidence, quand les coûts de la médication deviennent apparents, les décisions de prescription deviennent plus variées, sinon difficiles.

Figure 2

Décisions de prescription aux jeunes patients en psychose active, selon la présence de DT et l'efficacité du traitement antérieur



Différences entre psychiatres et omnipraticiens

Dans l'ensemble, tel que l'indique le tableau 3, les omnipraticiens sont plus enclins à changer la médication que les psychiatres, ces derniers préférant plutôt augmenter la dose ou la réduire. Cette dernière tendance est manifeste dans les réponses à la plupart des vignettes, mais surtout au cas le moins problématique : celui d'une psychose en rémission sans signes de DT (figure 1). Inversement, la tendance psychiatrique à augmenter se limite surtout aux cas de psychose active. Dans ces cas difficiles on observe également une préférence des omnipraticiens pour changer. Ainsi, face à un jeune patient activement psychotique avec signes de DT, dont le traitement antérieur a été inefficace, 8 % et 53 % d'omnipraticiens décident d'augmenter la

dose ou de changer la médication, respectivement, en comparaison avec 19 % et 29 % de psychiatres. Mises à part ces différences significatives, les décisions des deux groupes de médecins montrent des profils très similaires.

Lorsque les répondants optent pour augmenter ou réduire la dose d'halopéridol, les nouvelles doses suggérées sont très similaires, sans relation avec les variables cliniques ou avec la spécialité médicale. Dans les décisions d'augmenter, les nouvelles doses varient de 22 à 75 mg, pour une moyenne de 27 mg. Dans les décisions de réduire, elles varient de 1 à 19 mg, pour une moyenne de 12 mg. Fait à noter, les augmentations ou réductions de dose pour patients plus âgés sont généralement les mêmes que celles pour patients plus jeunes, les psychiatres et omnipraticiens n'accusant ici encore aucune différence significative. La plupart des répondants (entre 66,5 % et 84,5 %, selon la vignette) ont suggéré précisément la même dose pour ces deux types de patients.

Qui prescrit en vue de prévenir les DT ?

Quatre des 12 vignettes décrivaient des patients sans symptômes psychotiques, précisant que ces symptômes étaient rarement apparus par le passé. Nous avons postulé que, face à chacune de ces quatre décisions, les médecins visant à minimiser les risques d'apparition de DT décideraient de réduire la dose ou de cesser la médication, en conformité avec les nombreuses recommandations à cet effet (APA, 1980; 1992). Nous avons effectué une analyse de régression avec, comme variable dépendante, le nombre de décisions de réduire ou de cesser en réponse à ces quatre vignettes. Les variables indépendantes étaient l'âge des médecins, le sexe, la spécialité médicale, le nombre de patients schizophrènes vus par mois, le lieu principal de pratique et la source principale d'information concernant les neuroleptiques.

Deux variables seulement sont associées de manière significative avec le nombre de décisions de réduire ou de cesser la médication dans ces quatre situations cliniques, quel que soit l'ordre d'introduction des variables dans l'équation de régression : la spécialité et l'âge du médecin. Les coefficients beta standardisés pour ces variables, 0.23 pour la spécialité et -.11 pour l'âge, sont significatifs à $P < 0.01$. Les psychiatres choisissent ces décisions plus souvent que les omnipraticiens et les médecins plus âgés moins souvent que leurs collègues plus jeunes. Par exemple, 65 % de psychiatres ont opté pour réduire ou cesser quatre fois sur quatre, en comparaison avec 41 % d'omnipraticiens. Les valeurs résiduelles montrent une distribution normale et l'analyse de régression répond à toutes les exigences statistiques.

DISCUSSION

Les résultats de cette étude sont sujets aux limites intrinsèques des enquêtes postales, incluant les biais d'échantillonnage et les distorsions de réponses aux questionnaires autoadministrés. Comme l'illustre la réaction de l'AMPQ — dont la nature et les conséquences méritent un examen plus approfondi — les DT restent un sujet délicat et controversé en psychiatrie (Benjamin et Munetz, 1994 ; Munetz et Schultz, 1986). La vague de réponses faisant immédiatement suite à l'envoi des questionnaires témoigne de l'intérêt des médecins en la matière mais certains répondants — particulièrement touchés par ce problème ou sensibles à l'examen sociologique des décisions de prescription — ont pu être prudents dans leurs choix de réponses (Chinburapa, Larson, Brucks et al., 1993).

L'interruption forcée de la collecte des données soulève la question de la représentativité de l'échantillon. Notre taux de réponse doit cependant être évalué à la lumière des fortes ressemblances démographiques entre nos sous-échantillons et les populations de psychiatres et d'omnipraticiens du Québec. Par exemple, l'âge moyen des répondants étant très rapproché de celui de la population des médecins visés, il est probable que l'éducation et les attitudes personnelles des répondants — deux facteurs liés de près à l'âge — soient effectivement représentatifs. En somme, même si la représentativité de cet échantillon n'est pas acquise en principe, il y a de bonnes raisons de croire qu'avec ces 352 psychiatres (qui constituent plus du tiers des psychiatres du Québec) et 279 omnipraticiens, nous avons évité tout risque majeur de biais d'échantillonnage.

Finalement, les réponses à des vignettes écrites ne ressemblent probablement pas précisément aux décisions prises dans de véritables situations cliniques. Néanmoins, cet outil reste fréquemment utilisé dans l'étude des décisions et des compétences en médecine. Pour évaluer l'application de connaissances cliniques et élucider le processus décisionnel, les vignettes écrites constituent probablement un instrument de recherche efficace (Moskowitz et al., 1988).

Parmi cinq options proposées quant à la prescription d'un neuroleptique, trois sont manifestement privilégiées : réduire la dose, augmenter la dose, changer la médication. La première est préférée dans tous les cas les moins problématiques, ceux de psychose en rémission et particulièrement en l'absence de DT. La seconde est préférée dans les cas de psychose active, surtout si le traitement antérieur est jugé efficace. La troisième est choisie lorsqu'apparaissent des complications, la

présence de DT et l'inefficacité du traitement passé. Ces trois options prédominantes suggèrent l'adhésion des médecins à une pratique *conventionnelle*, reflétant l'expérience clinique courante. Par contre, dans la mesure où l'utilisation conventionnelle des neuroleptiques est responsable de l'ampleur du problème des DT, ces résultats nous semblent interpeller les praticiens.

Vue dans une perspective de prévention des DT, l'absence de différence significative entre les décisions pour patients âgés et pour patients jeunes est certes un résultat troublant. La sensibilité accrue des personnes de plus de 55 ans aux effets toxiques des médicaments — et particulièrement des psychotropes — reste l'un des principes les plus connus en pharmacologie clinique (Barbeau et al., 1991 ; Leipzig et Saltz, 1992). En ce qui a trait aux DT, la croissance en âge reste le seul facteur de risque d'apparition et de persistance des symptômes qui soit universellement reconnu — et souligné depuis les années 70 dans d'innombrables publications. Nous supposons donc, peut-être erronément, que peu de médecins l'ignorent. Si en fait les médecins l'ignoraient, nous nous attendrions à des différences entre psychiatres et omnipraticiens, les premiers étant presque certainement plus sensibilisés que les seconds aux facteurs de risque particuliers aux DT. Pourtant, malgré leurs dissimilitudes quant au nombre de patients vus, aux lieux de pratique et aux sources d'information, psychiatres et omnipraticiens donnent quand même des réponses presque identiques aux vignettes de patients âgés. À l'évidence, d'autres facteurs à part l'ignorance doivent jouer.

L'âge est-il reconnu comme un facteur de risque majeur, mais perdant en importance quand il se mesure à d'autres considérations cliniques ? Probablement pas, dans la mesure où les médecins n'ont pas modulé leurs décisions selon l'âge du patient même quand la psychose ou la DT était absente. De plus, trois quarts des répondants qui choisissent d'augmenter les doses ne le font pas plus modérément pour les patients âgés. En somme, ces données nous suggèrent fortement que les médecins ne sont pas d'avis que les patients plus âgés nécessitent des stratégies de médication neuroleptique moins agressives que celles pour les patients plus jeunes. Si tel est le cas, il importe de se pencher sur les facteurs qui pourraient contribuer à ce jugement médical, car c'est directement pertinent à la prévention des troubles iatrogéniques en santé mentale.

N'ayant pas d'indicateurs précis antérieurs à l'étude quant à la proportion d'omnipraticiens qui suivent des patients schizophrènes, nous avons été surpris de voir que 75 % d'omnipraticiens suivaient au

moins un patient schizophrène par mois. Nous ne savons pas si ce suivi comporte la surveillance de la médication psychiatrique. Quoiqu'il en soit, selon les chiffres moyens de patients schizophrènes vus mensuellement, si nous généralisons à l'ensemble des psychiatres et omnipraticiens du Québec, il s'ensuit que les deux groupes de médecins voient à peu près le même nombre de patients schizophrènes par mois : 24 850 chez les psychiatres versus 22 620 chez les omnipraticiens. Il est raisonnable de penser que les patients schizophrènes qui consultent des omnipraticiens sont également suivis en psychiatrie.

Quant aux décisions de prescription, la différence majeure observée entre psychiatres et omnipraticiens ne va pas dans la direction suggérée par la seule étude à avoir noté des différences entre spécialités médicales dans la prescription de neuroleptiques (Segal et al., 1992). La tendance des omnipraticiens à changer de neuroleptique pourrait découler du fait qu'il existe généralement plusieurs médicaments d'une même classe en médecine générale et que des patients atteints du même trouble répondent mieux à un médicament qu'à un autre de la même classe. À l'exception possible de la clozapine, il n'a pas été démontré qu'un neuroleptique soit plus efficace qu'un autre. La tendance des omnipraticiens à changer de médication pourrait aussi indiquer leur moindre familiarité avec cette classe de psychotropes. Si, d'un autre côté, une stratégie raisonnable est d'essayer un autre neuroleptique si le premier est mal toléré ou si une DT apparaît, il n'est pas clair pourquoi les omnipraticiens se démarqueraient nettement des psychiatres quant à cette option.

La préférence pour des décisions « prudentes » parmi les psychiatres plus jeunes indiquent aussi que leur spécialité est plus au courant des limites de ces médicaments et qu'au moins parmi ce sous-groupe, la prévention des DT pourrait être une préoccupation spécifique. Cela pourrait avoir des retombées positives dans l'avenir. Quant aux autres résultats de cette étude, ils confortent l'idée que les psychiatres et omnipraticiens prescrivent essentiellement de la même manière aux patients schizophrènes.

Ces convergences entre les deux groupes de médecins ne sont pas nécessairement à envisager de manière positive. En tenant compte des résultats de recherche qu'il considérait les plus fiables, Hogarty (1993) a estimé que des doses d'halopéridol allant de 3 à 5 mg/jour seraient efficaces pour environ 70 % des patients en psychose aiguë. Quant au traitement de maintien, Bollini et al. (1994) concluent également, dans une méta-analyse de plus de 70 études, qu'aucun avantage n'est offert par des doses dépassant le palier de 3 à 7.5 mg/jour d'halopéridol. Ces re-

commandations sont en contraste avec la dose de 20 mg/jour utilisée dans ce questionnaire, mais moins d'une poignée de répondants ont fourni une indication qu'ils la considéraient élevée ou excessive. Les vieilles habitudes de pratique et l'idée que les neuroleptiques restent indispensables une fois prescrits semblent — plutôt que les résultats de recherches contrôlées — jouer fortement sur les décisions de médication simulées observées dans cette étude.

Le questionnaire n'offrait pas aux répondants le choix de diminuer *graduellement* le neuroleptique jusqu'au retrait complet. Cette limite à l'interprétation des données étant mise à part, cesser la médication est restée l'alternative la moins populaire. Récemment, une méta-analyse de 66 études de retrait de neuroleptiques chez les patients schizophrènes a montré que la moitié des patients sevrés ne font pas de rechutes, pendant des suivis de 6 à 10 mois (Gilbert et al., 1995). En réanalysant ces données, Baldessarini et Viguera (1995) ont fait ressortir deux points clés : 1) dans la majorité des études, le sevrage se faisait de manière abrupte, habituellement en un jour ; 2) par contre, dans les études où les sujets étaient sevrés plus graduellement (de deux semaines à deux mois), le taux de rechute était *identique* à celui observé chez les personnes maintenues sur médication.

Les données de Gilbert et al. (1995) ne font que s'ajouter à celles qui soulignent le besoin pressant d'identifier les patients ne nécessitant pas de traitement médicamenteux prolongé, mais nos données font ressortir une réticence des médecins à s'y appliquer résolument. Récemment, une vaste méta-analyse des résultats d'un siècle de traitement de la schizophrénie (Hegarty et al., 1994) a trouvé que le taux moyen d'amélioration estimé des études à partir de 1986 (36 %) ne diffère aucunement du taux calculé des études de la première moitié du siècle, avant l'introduction des neuroleptiques. De tels résultats stimuleront peut-être l'adoption de stratégies et approches thérapeutiques des troubles psychotiques qui ne seront pas entièrement centrées sur la prise prolongée de neuroleptiques.

Note

1. Une copie du questionnaire est disponible auprès du premier auteur.

RÉFÉRENCES

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. TASK FORCE ON TARDIVE DYSKINESIA, 1992, *Tardive Dyskinesia: A Task Force Report of the American Psychiatric Association*, Washington, D.C., APA.

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980, *Tardive Dyskinesia: A Task Force Report of the American Psychiatric Association*, Washington, D.C., APA.
- BALDESSARINI, R. J., VIGUERA, A. C., 1995, Neuroleptic withdrawal in schizophrenic patients, *Archives of General Psychiatry*, 52, 189-192.
- BARBEAU, G., GUIMONT, J., MALLET, L., 1991, *Médicaments et personnes âgées*, Saint-Hyacinthe, Edisem.
- BENJAMIN, S., MUNETZ, M. R., 1994, CMHC practices related to tardive dyskinesia screening and informed consent for neuroleptic drugs, *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 343-346.
- BOLLINI, P., PAMPALLONA, S., ORZA, M. J. et al., 1994, Antipsychotic drugs: Is more worse? A meta-analysis of the published randomized control trials, *Psychological Medicine*, 24, 307-316.
- CHINBURAPA, V., LARSON, L. N., BRUCKS, M. et al., 1993, Physician prescribing decisions: The effects of situational involvement and task complexity on information acquisition and decision-making, *Social Science and Medicine*, 36, 1473-1482.
- CHOUINARD, G., JONES, B., REMINGTON, G. et al., 1993, A Canadian multicenter placebo-controlled study of fixed doses of risperidone and haloperidol in the treatment of chronic schizophrenic patients, *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 13, 25-40.
- COHEN, D., 1994, Quelles sont les conséquences des neuroleptiques et de leurs effets secondaires en termes de qualité de vie?, in Fédération Française de Psychiatrie, *Stratégies thérapeutiques de longue durée dans les psychoses schizophréniques*, pp. 149-184, Paris, Éditions Frison-Roche.
- COLLINS, E. J., HOGAN, T. P., AWAD, A. G., 1992, The pharmacoepidemiology of treatment-refractory schizophrenia, *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 192-195.
- CONTANDRIOPOULOS, A.-P., FOURNIER, M.-A., 1992, *Les effectifs médicaux au Québec : Situation de 1972 à 1990 et projections pour 1995*, Montréal, Corporation professionnelle des médecins du Québec.
- DIXON, L., WEIDEN, P. J., FRANCES, A. J. et al., 1989, Management of neuroleptic-induced movement disorders: Effects of physician training, *American Journal of Psychiatry*, 146, 104-106.
- EISENTHAL, S., FALK, W., 1988, Medication decisions and the risk of tardive dyskinesia, *Psychological Reports*, 62, 467-472.
- GLAZER, W. M., MORGENSTERN, H., DOUCETTE, J. T., 1991, Prediction of chronic persistent versus intermittent tardive dyskinesia: A retrospective follow-up study, *British Journal of Psychiatry*, 158, 822-828.
- GILBERT, P. L., HARRIS, M. J., MCADAMS, L. A. et al., 1995, Neuroleptic withdrawal in schizophrenic patients: A review of the literature, *Archives of General Psychiatry*, 52, 173-188.

- GOFF, D. C., 1995, Have the serotonin-dopamine antagonists rendered traditional antipsychotic agents obsolete?, *Harvard Review of Psychiatry*, 3, 101-103.
- HEGARTY, J., BALDESSARINI, R. J., TOHEN, M., WATERNAUX, C., OEPEN, G., 1994, One hundred years of schizophrenia: A meta-analysis of the outcome literature, *American Journal of Psychiatry*, 151, 1409-1416.
- HOGARTY, G. E., 1993, Prevention of relapse in chronic schizophrenic patients, *Journal of Clinical Psychiatry*, 54 (suppl), 18-23.
- JESTE, D. V., CALIGIURI, M. P., 1993, Tardive dyskinesia, *Schizophrenia Bulletin*, 19, 303-315.
- JESTE, D. V., WYATT, R. J., 1981, *Tardive Dyskinesia*, New York, Free Press.
- KEHOE, R. F., MANDER, A. J., 1992, Lithium treatment: Prescribing and monitoring habits in hospital and general practice, *British Medical Journal*, 304, 552-554.
- LEIPZIG, R. M., SALTZ, B., 1992, Adverse reactions to psychotropics in geriatric patients, in J. Kane, J. Lieberman, Dir., *Adverse Effects of Psychotropic Drugs*, pp. 447-469, New York, Guilford Press.
- MEISE, U., KURZ, M., FLEISCHHACKER, W. W., 1994, Antipsychotic maintenance treatment of schizophrenic patients: Is there a consensus?, *Schizophrenia Bulletin*, 20, 215-225.
- MOSKOWITZ, A. J., KUIPERS, B., KASSIRER, J. P., 1988, Dealing with uncertainty, risks, and trade-offs in clinical decisions: A cognitive science approach, *Annals of Internal Medicine*, 108, 435-449.
- MUNETZ, M. R., SCHULTZ, S. C., 1986, Minimization and overreaction to tardive dyskinesia, *Schizophrenia Bulletin*, 12, 168-172.
- OLFSON, M., KLERMAN, G. L., 1992, The treatment of depression: Prescribing practices of primary care physicians and psychiatrists, *Journal of Family Practice*, 35, 627-635.
- PERALTA, V., CUESTA, M. J., CARO, F. et al., 1994, Neuroleptic dose and schizophrenic symptoms: A survey of prescribing practices, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 354-357.
- RAY, W. A., BLAZER, D. G., SCHAFFNER, W. S. et al., 1987, Reducing antipsychotic drug prescribing for nursing home patients: A controlled trial of the effect of an educational visit, *American Journal of Public Health*, 77, 1448-1450.
- REARDON, G. T., RIFKIN, A., SCHWARTZ, A. et al., 1989, Changing patterns of neuroleptic dosage over a decade, *American Journal of Psychiatry*, 146, 726-729.
- RIFKIN, A., DODDI, S., KARAJGI, B. et al., 1991, Dosage of haloperidol for schizophrenia, *Archives of General Psychiatry*, 48, 166-170.

- SEGAL, S. P., COHEN, D., MARDER, S. R., 1992, Neuroleptic medication and prescription practices with sheltered-care residents: A 12-year longitudinal study, *American Journal of Public Health*, 88, 846-852.
- SLATER, E. J., GLAZER, W., 1995, Best practices: Use of OBRA-87 guidelines for prescribing neuroleptics in a VA nursing home, *Psychiatric Services*, 46, 119-121.
- WEIDEN, P. J., MANN, J. J., HAAS, G. et al., 1987, Clinical nonrecognition of neuroleptic-induced movement disorders: A cautionary study, *American Journal of Psychiatry*, 144, 1148-1153.
- WELLER, M., KORHUBER, J., 1993, Does clozapine cause neuroleptic malignant syndrome? *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 70-71.
- WOLF, M., BROWN, P., 1988, Overcoming resistance to a tardive dyskinesia management program, in M. Wolf, A. Mosnaim, Dir., *Tardive Dyskinesia: Biological Mechanisms and Clinical Aspects*, pp. 281-290, Washington, D.C., American Psychiatric Press.
- WYSOSKY, D. K., BAUM, C., 1989, Antipsychotic drug use in the United States, 1976-1985, *Archives of General Psychiatry*, 46, 929-932.
- YASSA, R., NASTASE, C., CAMILLE, Y. et al., 1988, Tardive dyskinesia in a psychogeriatric population, in M. Wolf, A. Mosnaim, Dir., *Tardive Dyskinesia: Biological Mechanisms and Clinical Aspects*, pp. 123-134, Washington, D.C., American Psychiatric Press.
- YASSA, R., JESTE D. V., 1992, Gender differences in tardive dyskinesia: A critical review of the literature, *Schizophrenia Bulletin*, 18, 701-715.

ABSTRACT

Neuroleptic medication decisions and the risk of tardive dyskinesia: A survey of psychiatrists and general practitioners in Quebec

The incidence of tardive dyskinesia (TD) during the first five years of neuroleptic treatment of adult schizophrenic patients, may rise to 35 %. Yet, the prevention of this iatrogenic effect remains a secondary objective for clinicians. This study explored how medication decisions might vary depending on patient characteristics and medical specialty, and to identify correlates of prescribing aimed at the prevention of TD. Method: Simulated medication decisions were elicited from 352 psychiatrists and 279 general practitioners in response to 12 brief written descriptions of a male schizophrenic outpatient treated for 5 years with 20 mg/day of haloperidol. Patient age, psychotic symptoms, signs of dyskinesia, and effectiveness of past treatment varied system-

atically in the descriptions. Results: Every variable except patient age affected decisions. Most physicians reduced doses for stable patients. In cases of active psychosis, decisions were affected by presence of dyskinesia and treatment effectiveness. Psychiatrists were more likely to increase or reduce doses, general practitioners to change medication. Very few physicians opted to cease medication. Younger psychiatrists made the most prudent decisions. Conclusions: From a tardive dyskinesia prevention perspective, similar prescriptions to older and younger patients are worrying. We need to understand why physicians might believe that older patients require just as aggressive medication regimen as younger patients. Respondents within and between specialties tend to make similar simulated decisions, but these do not necessarily reflect recommendations from controlled research on chronic neuroleptic treatment.