

« Je suis passé à l'injectable... »

« Numenuial, diagnostiqué souffrant de schizophrénie » partage son quotidien dans un blog. Il évoque ses insomnies, ses hallucinations, ses hospitalisations et bien sûr ses médicaments. Depuis 2014, il publie une série de billets sur son passage d'un traitement antipsychotique oral à une forme injectable à action prolongée. Extraits choisis.

Post du 24 février 2012

Après près de cinq semaines sous APAP (1) et deux semaines complètes sans traitement oral, il est temps de faire un petit bilan...

LA PIQÛRE

Concernant mes craintes finalement infondées à propos de la douleur de la piqûre, force est de rectifier un peu mes propos d'alors.

Une excellente infirmière saura vous faire oublier la piqûre malgré votre nervosité. Néanmoins, soyez un poil trop nerveux, ou ayez affaire à une infirmière un poil pressée ou trop peu habituée aux injections d'Apap, et vous pouvez effectivement grimacer. Il s'agit tout de même d'injections intramusculaires, et la contraction du muscle deltoïde ou fessier dans lequel l'injection se fait peut être assez pénible, d'autant plus qu'une telle contraction est rarement unique, étant due au stress de la piqûre. Et effectivement, le produit en lui-même vous laissera toujours une sensation d'échauffement. Rien de méchant, cependant.

VARIATIONS SUR LA JOURNÉE

Les effets positifs sont indéniables. Depuis deux semaines que je n'ai que ces injections IM (comme on dit chez les infirmières), mon humeur est beaucoup plus égale, et ce qui en est la cause c'est que mes délires et autres hallucinations sont nettement moins présents. L'angoisse est également nettement atténuée dans les actes de la vie quotidienne, n'ayant plus les variations du traitement oral à l'échelle de la journée.

À dire vrai, peut-être aurai-je un jour, avec le recul, moyen de constater davantage de souffrance les jours précédant l'injection suivante, néanmoins il me paraît nettement moins pénible de supporter deux jours par mois un peu compliqués à gérer que

deux heures par jour de difficultés. À moi d'apprendre à gérer efficacement ces éventuels moments de mou.

RETOUR À LA « NORMALE » ?

Souhaitant finir sur une note positive, je tiens à dire que le passage à l'injectable permet de se sentir personnellement moins contraint au quotidien, dans le sens où il n'y a plus ce rituel obligé du soir ou du matin pour prendre « notre neuroleptique de ce jour », et où paradoxalement on se sent moins malade ou du moins, moins « psychiatrisé » alors que bizarrement le microcosme psychiatrique vous renverra l'image exactement inverse. Mais le fait de n'avoir qu'un rendez-vous en 14 jours ou en 28 jours pour prendre un traitement laisse un sentiment confus d'un retour à la « normale », au jour où vous ne prenez pas encore de traitement. Attention toutefois à ne pas se laisser berner par cette impression et à accepter le fait que tous les 14 ou 28 jours vous passiez du stade « je n'ai pas de traitement, je me sens comme les autres, hurra ! » au stade « je me sens shooté et sans énergie depuis la piqûre et on m'a encore demandé ce qui s'est passé pour que mon psy m'ait fait passer à ça ! La honte... ».

Le passage à l'injectable est généralement fait pour imposer un traitement, ce qui me paraît un peu triste, comme raisonnement. La confiance est la base de la relation avec son psychiatre. S'il n'a pas su vous donner confiance en lui et en ce qu'il fait, forcer la main vers l'injectable ne peut que compliquer une relation déjà tendue. Cela peut être néanmoins nécessaire pour certains cas complexes.

Mais je pense qu'un patient atteint de schizophrénie suivi en ambulatoire par un

psychiatre a son mot à dire dans le choix du mode d'administration du traitement ainsi que dans le choix de la molécule. Certains patients n'ont pas les moyens de donner un avis en toute clarté, ni même parfois d'expliquer la raison qui les met en délicatesse avec leur médecin.

Parfois il n'y a pas d'autre choix que de forcer la main du patient à accepter l'injectable, pour rassurer la famille ou assurer simplement le suivi des soins par le patient. Néanmoins il n'y a jamais de mauvaise raison d'interrompre un traitement aussi crucial. Ou plus exactement : même si interrompre un traitement neuroleptique de sa propre initiative ne peut se fonder pour ainsi dire jamais sur une correcte mesure des risques encourus, il n'y a malheureusement jamais de raisons idiotes d'agir ainsi. Être psychotique ne signifie pas être stupide, naïf ou capricieux.

Cela peut être un raisonnement fallacieux... Ou un ras-le-bol d'effets indésirables insupportables. Bref : faites confiance à votre psychiatre. Pas aveuglement. Mais au moins pour être capable d'entendre vos soucis avec le traitement et d'y répondre. Le confort d'un médicament pareil, c'est crucial.

Je suis passé à l'Apap pour des raisons liées à mon confort de vie et à mon envie de continuer à vivre chez moi.

Comme quoi, le passage à l'injectable est une solution que n'importe quel patient peut envisager s'il en espère davantage de confort et de bien-être tout en confortant son médecin. L'injection n'est pas et ne doit pas être le terrain réservé des « cas rebelles », ceux qu'on imagine « punis » par une piqûre mensuelle dans la fesse.

Cela, c'est une caricature. Trop galvaudée bien que partiellement vraie.

Post du 31 mars 2015

Après un an d'injections intramusculaires de neuroleptiques, il est temps de récapituler tout ce que j'en sais à présent.

CHANGER DE REGARD ?

Les motivations sont importantes. Pour un patient malade, le passage aux injections peut être rassurant, puisqu'il n'y a plus les médicaments à gérer au quotidien, dont il peut être tentant d'abuser quand on va mal... Cela peut aussi être une décision de confort : ne pas avoir à prendre un traitement permet de moins penser à la maladie. C'est un fait : on pense davantage au poids de la maladie quand on prend un traitement quotidien. Pour la famille c'est l'assurance de voir le traitement pris de manière régulière, surveillée.

Autrement dit : c'est la solution la plus rassurante, celle du flicage institutionnel. J'avoue que ça me fait tiquer. Un patient qui refuse son traitement, c'est soit qu'il a besoin d'une hospitalisation, soit qu'on ne l'écoute pas assez, qu'on ne cherche pas à parler à son intelligence, qu'on l'infantilise un peu trop. Enfin c'est mon avis.

La perception qu'on a de l'injection dans le milieu médical psychiatrique est très négative. C'est vu davantage comme une mesure de contrainte que comme un choix que le patient peut assumer. Et même vu comme une mesure à utiliser en dernier recours, parfois après même l'hospitalisation. En fait c'est vu comme quelque chose de très infantilisant, voire de punitif, et ce, par tous. Patients, infirmiers, psychiatres, famille.

Il serait bon que les psychiatres prennent la peine de proposer les injections à leurs patients au même titre que les cachets, les gouttes, les comprimés orodispersibles. Ils ont tous leur intérêt, leur impact positif comme négatif sur la vie du patient, et tous peuvent être un moyen de rassurer les patients par une prise facilitée. Les orodispersibles et les gouttes sont très connotés « hôpital psychiatrique » par chez moi, pourtant pour avoir essayé les deux, ça n'est pas plus contraignant que les cachets. Seules les injections sont réellement contraignantes. Mais je crois qu'on atteint là les limites de la psychiatrie humaniste et qu'on arrive dans le domaine de la psychiatrie des moments critiques où la contrainte est vue comme un mal nécessaire. Je veux dire par là que les comprimés orodispersibles, les

gouttes et les injections intramusculaires sont vus comme des moyens de contraindre les patients à prendre leur traitement, et c'est vrai que dans certains cadres précis, ils ont leur utilité en tant que moyens de s'assurer de la bonne prise du traitement. Mais ils SONT une alternative réelle aux cachets traditionnels et ils sont réellement un moyen potentiel de faire s'amaigoyer patient et traitement. Pour ceux qui vont assez mal pour avoir besoin d'un traitement neuroleptique constant mais assez bien pour être attentifs à leur santé psychique, les formes alternatives peuvent aider, je pense... Les injections également. On gagnerait à ne pas en faire des formes seulement adaptées aux gens vraiment réfractaires. Le mode de prise participe à la stabilisation d'un patient, j'en suis convaincu : s'il est adapté, si le patient s'y est bien adapté, ça ne sera qu'un atout. Si ce n'est pas le cas, on court le risque de ce que mes amis les psychiatres appellent (je crois) « une rupture thérapeutique ». Certains se sentent mieux avec les injections, d'autres avec les gouttes du même médicament. Parfois avec la même personne à différents stades. J'ai commencé avec les comprimés classiques, puis suis passé aux orodispersibles, puis aux gouttes pour finir aux injections. Ce qui me pèse c'est le poids d'une prise quotidienne et d'une forme de médicament trop proche de la façon dont j'ai tenté jadis de me suicider, adolescent.

Comme vous pouvez vous en douter, si cette série est de retour, c'est parce que j'ai eu mon injection mensuelle ce matin (en fait c'est la seconde ce mois-ci vu que nous sommes le 31 et que c'est une injection tous les 28 jours.).

Le chemin pour moi est encore long vers la vraie stabilisation. Mais j'ai bon espoir d'y parvenir.



1- L'auteur mentionne les molécules qui lui sont prescrites sur son blog.

Extrait du blog *Insomnies solitaires d'un schizophrène*, <https://numenuialblog.wordpress.com/>
Merci à son auteur anonyme pour sa confiance et son aimable autorisation de reproduction.

