



Jérôme Palazzolo,

psychiatre libéral, Nice.
 Professeur au Département
 Santé, université Internationale
 Senghor, Alexandrie (Égypte).
 Chargé de cours à l'Université de
 Nice-Sophia Antipolis.
 Chercheur associé au Laboratoire
 d'Anthropologie et de Sociologie :
 « Mémoire, Identité et Cognition
 sociale » (LASMIC), Nice (06).

Observance et sédation

La sédation parfois induite par la médication est bien souvent à l'origine de doléances de la part du patient, qui voit alors en son médecin plus un persécuteur qu'un soignant... Vincent et Frédéric en témoignent...

La médecine a depuis toujours disposé d'une large reconnaissance sur le plan social. Dès la première consultation, l'entrée en relation du malade et du médecin se trouve donc marquée par les attentes et les comportements spécifiques des deux protagonistes, dynamique déterminée par leurs statuts respectifs. Parsons (1995) décrit le couple soignant/soigné comme se reconnaissant réciproquement des droits et des obligations, « selon des rôles socialement définis ». Ainsi, le socius véhicule une représentation précise de la relation-type qui doit s'instaurer entre un

patient et son thérapeute. Le sujet souffrant vient consulter le praticien en lui offrant ses symptômes, ses maux. En contrepartie, il attend que ce dernier procède à une pratique médicale obéissant au schéma thérapeutique décrit par Israël (1968), à savoir une énumération des symptômes qui permet l'établissement d'un diagnostic avec pour objectif la mise en place d'une intervention thérapeutique, d'une prescription se voulant efficace.

Le malade est un sujet passif, dépendant du corps médical. Il bénéficie d'un droit inconditionnel à l'aide, ce sur quoi il s'ap-

puie pour demander implicitement à son médecin de le guérir. Cette demande véhicule en fait une image idéalisée du praticien que le malade porte en lui. Le patient, en position de « sujet ignorant » face au discours médical, se soumet implicitement à son thérapeute, en qui il place toutes ses espérances. Cependant, la survenue de la pathologie psychotique ébranle brusquement cette relation « classique » médecin/malade. En effet, de par sa complexité, cette affection psychique remet fortement en question les compétences médicales en confrontant le soignant à une évolution



Au début,
Les neuroleptiques
m'ont aidé, mais
ensuite je me suis
retrouvé carrément
« zombifié »...

parfois problématique de son patient, marquée par les rechutes, les arrêts de traitement, voire les passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs. Ainsi, il n'est pas rare que le praticien se retrouve en difficulté face à l'évolution fluctuante d'une maladie dont le sujet atteint présente un *insight* déficieux. Par ailleurs, la sédation parfois induite par la médication est bien souvent à l'origine de doléances de la part du patient, qui voit alors en son médecin plus un persécuteur qu'un soignant... Et dans un tel contexte, nul doute que l'observance médicamenteuse risque d'être plus qu'aléatoire...

Pour illustrer cette problématique, nous avons choisi de relater deux témoignages, en lien avec le vécu de la sédation en psychiatrie.

■ Vincent et sa douleur, « la grande muette »

J'ai 27 ans et je vis à Cannes. J'ai un traitement unique, un antipsychotique à libération prolongée (autrement appelé un APAP), depuis trois ans. Auparavant, j'ai pris un neuroleptique sédatif pendant un an et demi. J'ai fait ma première grosse décompensation au cours de l'été 2002, mais la schizophrénie avait commencé à me submerger trois ou quatre ans plus tôt. De nombreux événements de vie ont sans doute joué un rôle dans cette descente aux enfers avant mes vingt ans (décès familiaux, alcoolisme paternel, consommation de drogues « dures », interruption des études...). Au début, les neuroleptiques m'ont aidé, mais ensuite je me suis retrouvé carrément « zombifié » : incapable de réfléchir, incapable de me concentrer sur quoi que ce soit, incapable de me déplacer tout seul... Un nouveau traitement (APAP) a été à cet égard une véritable libération. Plus aucun effet secondaire, plus de correcteur, juste un peu plus d'appétit et quelques somnolences ponctuelles. Il y a bien la nécessité de se faire faire une piqûre tous les quinze jours, mais finalement ce petit rendez-vous avec l'équipe de soin devient l'occasion d'échanger, de faire part de mes problèmes, de mes préoccupations... Je pensais au départ mal tolérer cette forme prescrite, mais finalement je m'y suis fait très vite. Et en y réfléchissant bien, rien ne m'oblige à aller me faire piquer les fesses : si je continue, c'est bien que j'y trouve un intérêt... En fait, le plus problématique dans la prise d'un traitement neuroleptique ou antipsychotique, c'est à mon sens cette fichue fatigue qui vous empêche de vivre. À partir du moment où un produit me permet de me sentir mieux sans m'ôter mon élan vital, alors pourquoi m'en priver ?... Aujourd'hui, je me retrouve, je récupère des capacités que je croyais éteintes à jamais. En effet, la schizophrénie entraîne une perte de l'élan vital, et dans le monde d'aujourd'hui il faut en posséder beaucoup. C'est ce qui me rend optimiste pour le futur : si je peux supporter un quotidien pareil, je m'accommoderai bien d'un avenir meilleur...

Pour ce qui est du délire, le personnage romanesque qui se rapproche le plus de moi, c'est *Alice*, du livre de Lewis Carroll *Alice au pays des merveilles*. Et pour ce qui est de la douleur, je trouve que la meilleure expression c'est « la grande muette ». C'est très difficile de trouver les mots pour décrire un vide, une déchirure, une béance ou un abîme. La psychose n'a pas très bonne presse, contrairement à la névrose dont sont farcis le cinéma et les romans. Les psychotiques, en fiction, sont toujours des assassins d'enfants, des meurtriers, des violeurs, des tortionnaires, là où les névrosés, eux, dirigent des États, des armées, des communautés, des institutions. Pour parer à ces images négatives, il est peut-être utile d'affirmer d'autres visions de la chose. Il faut trouver, dans ce qui nous mutile, le petit détail qui va nous permettre de paraître un peu plus libre et un peu plus puissant. Le plus difficile pour moi a été de « bien m'entourer ». C'est devenu en effet difficile de se socialiser sans être toujours ramené à sa condition de malade mental. Et quand on est schizophrène, on est submergé par la vie. Pour finir, je citerai quelques lignes d'une réplique de Jean-Paul Belmondo dans *Pierrot le Fou*, film de Jean-Luc Godard :

- *J'ai une machine pour parler qui s'appelle la bouche, une machine pour voir qui s'appelle les yeux, une machine pour penser qui s'appelle la tête, et j'ai l'impression que c'est des machines séparées, y'a pas d'unité.*
- *Vous parlez trop. C'est fatiguant de vous écouter.*
- *Oui je parle trop, les hommes seuls parlent toujours trop.*

■ Quand Frédéric écrit à son psychiatre

Monsieur le Docteur, cela fait deux semaines que je suis hospitalisé dans votre service, et je dois vous avouer que je me sens vraiment mal ici. À chaque fois qu'on m'hospitalise, on ne s'intéresse jamais aux véritables causes de mon mal-être, à cette souffrance que je porte en moi. Aujourd'hui, j'aimerais que toute cette douleur cesse.

Ne croyez surtout pas que je suis fou... Je sais que parfois j'ai été violent, je n'ai pas toujours respecté les autres personnes soignées dans cette institution. À ma décharge, je trouve que je suis vraiment

abîmé physiquement et moralement par tous ces traitements que je qualifie « d'abusifs ». Je pense sincèrement avoir toutes les capacités mentales pour m'en sortir tout seul et ainsi bénéficier d'une liberté qui m'est chère, très chère...

Les médicaments qui me sont administrés, ces fameux neuroleptiques, ne font qu'aggraver mon état : j'ai l'impression d'être réduit à l'état de larve... Je passe ma journée à dormir, lorsque je me lève pour aller aux toilettes, j'ai la tête qui tourne, je n'ai plus aucune libido, plus aucune envie... Comment puis-je vivre comme cela ?

Vous m'avez proposé de me prescrire un traitement antipsychotique à libération prolongée. Même si j'ai des réticences face aux injections, peut-être qu'effectivement le fait de ne plus avoir à prendre un médicament deux à trois fois par jour pourra me permettre de mieux respecter votre ordonnance. De plus, cette souffrance qui est la mienne pourra ainsi peut-être s'apaiser ? J'ai parlé de ce médicament avec d'autres personnes hospitalisées ici, et les retours sont plutôt positifs. Rien à voir en tout cas avec les neuroleptiques retardés que j'ai eu à subir, il y a quelques années... Vous voyez, je suis tout à fait ouvert au dialogue sur ce point !

J'ai envie d'envisager mon avenir sous un angle différent, d'effectuer toutes les démarches qui me permettront de trouver du boulot et un meublé. Je vous dis la vérité, soyez attentif à ce que je demande, je vous en conjure. Au nom de la liberté d'expression, au nom de la liberté tout court ou pour mon simple plaisir, laissez-moi sortir de cet hôpital ! Dès que je serai dehors, finie la violence, finie la drogue, finis les plans foireux... Je suis prêt à me faire suivre, à bénéficier d'une psychothérapie s'il le faut. Comme vous me l'avez fait remarquer, je ne me suis jamais rendu aux rendez-vous de consultation qui m'ont été fixés. Mais il faut me comprendre : les traitements qui m'étaient prescrits étaient incompatibles avec toute prise d'alcool ou de shit.

Je suis jeune, et il faut bien que je m'amuse un peu, non ? Mais j'ai décidé de changer. Je vais arrêter de me comporter comme un irresponsable, je vais « grandir dans ma tête » comme me l'a suggéré votre psychologue. Je veux vous surprendre par mon comportement, mais pour cela il faut que vous me rendiez ma liberté...

■ Quelques commentaires

Comme le soulignent ces deux témoignages, la problématique de la sédation en psychiatrie est un obstacle au maintien d'une bonne observance sur le moyen terme. Il est également important de garder à l'esprit que le respect d'une ordonnance est inversement proportionnel à sa complexité. L'observance augmentera donc avec les caractéristiques suivantes de la prescription : une monothérapie, une réduction du nombre de prises, celles de midi et de seize heures étant souvent négligées pour des commodités professionnelles. Par ailleurs, le patient doit recevoir les explications et les conseils qu'il attend et auxquels il a droit, de façon claire et simple. Il convient également de citer dans ce cadre la présence d'effets indésirables - telle la sédation excessive - comme facteur de mauvaise observance, pouvant conduire le patient à diminuer la posologie ou à arrêter le traitement prescrit. Dans certains cas, le traitement peut apparaître comme étant non adapté, trop contraignant ou engendrant des effets secondaires trop importants. Par exemple, la classique association (moins usitée aujourd'hui) neuroleptique sédatif/neuroleptique incisif exige la prise de nombreux comprimés, auxquels viennent s'ajouter les traitements correcteurs et les hypnotiques éventuels.

Il est donc très important de prendre en compte :

- le nombre de médicaments prescrits ;
- la fréquence d'administration des molécules ;
- la complexité et la durée prévue du traitement ;
- la sévérité et le nombre des effets secondaires.

Par ailleurs, il est important de souligner l'impact que peuvent avoir les premiers effets ressentis - qu'il s'agisse d'effets thérapeutiques, secondaires ou placebo - sur la qualité de l'observance médicamenteuse ultérieure : une expérience initiale désagréable (comme par exemple la survenue d'une sédation massive lors de l'instauration d'un traitement neuroleptique) est un important facteur de risque de mauvaise observance sur le moyen terme.

Mais il faut pondérer ce point : les effets indésirables et les contraintes des associations médicamenteuses, souvent mis au premier plan, n'expliquent pas à eux seuls une mauvaise observance. Il est évident que tant que les besoins de base de l'individu ne sont pas satisfaits, il paraît très difficile de

rechercher une motivation au suivi fidèle du traitement. Pour nombre de patients, le traitement est chargé d'ambivalence, de peur et de projections multiples. Dans certains cas, il n'apparaît pas, aux yeux du patient, vraiment nécessaire ou efficace. Le soignant a donc ici un rôle important :

- d'information (vis-à-vis de la pathologie et des effets secondaires des médicaments) ;
- d'éducation, pour une meilleure connaissance des produits ingérés.

Les contraintes liées au bon suivi du traitement obligent parfois le patient à des aménagements pénibles - voire dans certains cas impossibles - de sa vie personnelle, sociale et professionnelle. Par exemple, il peut s'agir de contraintes d'horaires, du désir de cacher sa pathologie à son entourage...

■ Pour conclure

Longtemps considéré comme accessoire face à la nécessité d'agir le plus rapidement possible sur la symptomatologie positive de la schizophrénie, le maintien d'une bonne observance médicamenteuse sur le long cours a été, ces dernières années, l'une des principales préoccupations des cliniciens, des pouvoirs publics et de l'industrie pharmaceutique. Une meilleure compréhension des concepts et des processus psychologiques mis en jeu dans la relation médecin/malade, mais également dans la relation liant le patient à son traitement, permet d'optimiser la prise en charge des sujets atteints de schizophrénie. Et dans une telle dynamique, la prise en compte de la sédation ressentie par les patients apparaît comme une nécessité si l'on veut que le sujet respecte l'ordonnance qui lui a été remise. ☀

● Bibliographie

- ▶ Palazzolo J., En finir avec l'insomnie. Hachette Pratique, Paris, 2006.
- ▶ Palazzolo J., Les psychoses : données actuelles et perspectives. Elsevier, Paris, 2005.
- ▶ Palazzolo J., Dire pour vivre - Pathologies psychiques : témoignages au quotidien. Ellébore, Collection Champs Ouverts, Paris, 2004.
- ▶ Parsons T., Éléments pour une sociologie de l'action. Plon, Paris, 1995.
- ▶ Israël L., Le médecin face au malade. Dessart et Mardaga, Bruxelles, 1968.