

Les neuroleptiques à action prolongée et la relation médecin-malade-famille

Mohamed Boudef

Volume 20, numéro 1, printemps 1995

Jalons pour une politique en santé mentale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032342ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032342ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Boudef, M. (1995). Les neuroleptiques à action prolongée et la relation médecin-malade-famille. *Santé mentale au Québec*, 20(1), 233–247. <https://doi.org/10.7202/032342ar>

Les neuroleptiques à action prolongée et la relation médecin-malade-famille

L' introduction des neuroleptiques à action prolongée (NAP) en thérapeutique psychiatrique date de plus de 20 ans. L'intérêt de leur utilisation est démontré par un grand nombre d'études (Lambert, 1971; Lambert et Guyotat, 1972; Perivier et al., 1971). Les différents aspects biologiques et pharmacocinétiques ont fait l'objet de publications importantes (Lambert et Marcou, 1971; Ropert, 1985; Ropert, 1984; Ropert et al., 1969). Cependant la revue de littérature montre que les aspects subjectifs qui accompagnent ce nouveau type de traitement sont beaucoup moins traités malgré qu'ils aient eu une importance capitale, à l'origine de cette nouvelle stratégie de la thérapeutique psychiatrique (Perivier et al., 1969).

En effet, c'est la contrainte de la prise quotidienne du médicament qui constitue pour le malade le *primum movens* d'une gêne puis d'une lassitude qui ne tarde pas à se transformer en abandon thérapeutique. La recherche d'une certitude de la prise médicamenteuse incitant la famille à accueillir favorablement les NAP, toute la configuration relationnelle que constituent le patient, la famille et le médecin est transformée. Ces effets relationnels seront plus manifestes si cette modalité thérapeutique est pratiquée dans un milieu dominé par la pensée irrationnelle, l'approche magique de la maladie, de la relation et de la réalité en général (Boucebci, 1982).

Avènement des NAP en Algérie

Les neuroleptiques à action prolongée ont fait leur apparition dans les hôpitaux psychiatriques algériens au début des années 70. Leur utilisation n'a pas suscité un grand enthousiasme, pour plusieurs raisons. On peut invoquer d'abord la résistance à toute nouveauté qui dérange les habitudes thérapeutiques, sécurisantes pour le prescripteur et pour le patient. Second facteur, l'organisation de la prise en charge psychiatrique sur le terrain est marquée par une grande précarité où un nombre restreint de psychiatres s'occupent de mégasecteurs, que ce soit au plan géographique ou démographique (Kacha, 1986). On a vu des patients consulter leur psychiatre traitant en se déplaçant par avion sur 2000 kilomètres. Dans ces conditions, le médecin est peu enclin à tenter une nouveauté thérapeutique.

Ainsi très peu d'études ont été consacrées à ces médicaments. Une des plus importantes est une enquête prospective d'une population de patients sous NAP en milieu algérois (Benmiloud et al., 1972). Dans les années 80 deux études similaires ont été réalisées dans l'Oranie et l'Algérois (Aid et Tsouria Belaid, 1984; Graba, 1980). Les aspects étudiés sont épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. Les résultats se rapprochent des données de la littérature. L'étude de l'influence relationnelle n'en a pas constitué une partie essentielle. Dans d'autres études, les NAP ne figurent que parmi les traitements neuroleptiques utilisés dans les psychoses mais sans analyse particulière liée à leurs effets (Bensmail et al., 1982).

Illustration clinique

Cette réflexion autour des effets relationnels induits par l'utilisation des NAP nous a été imposée en quelque sorte. Depuis trois ans environ ces neuroleptiques sont utilisés de façon plus organisée à l'hôpital Razi, de Annaba, dans le but de s'assurer du suivi thérapeutique et de garder contact avec le malade et la famille.

Une cohorte de 200 malades, en majorité des schizophrènes mis sous NAP, sont revus régulièrement au cabinet de consultation, qui les regroupe tous. Un registre permet de noter la date et la posologie de l'injection. Ces données sont retranscrites sur une carte délivrée au malade et comportant la date du prochain rendez-vous.

Ces conditions de travail nous ont permis d'observer certains changements dans les attitudes des patients et de leur famille. Ces changements relationnels sont d'autant plus intéressants à décrire que

nous les attribuons à cette thérapeutique, et du fait qu'ils comportent souvent des connotations culturelles propre à notre société.

Cas n° 1

B. Toufik, est âgé de 28 ans, célibataire et sans profession. Il souffre depuis des années d'une schizophrénie de type indifférenciée (DSMII-R: 295.92; CIM10: F20.3). Notre premier contact avec ce patient a lieu dans l'unité d'hospitalisation pour hommes; contact partiel et houleux car Farouk est halluciné, délirant et d'un comportement très désorganisé. Il vient d'être transféré de la prison par placement d'office suite à un non-lieu judiciaire pour une tentative d'incendie.

Il est pensionnaire dans le service depuis trois mois environ, son dossier médical est vide, on n'y trouve ni document de placement, ni l'histoire de ses troubles. Sa famille ne lui a rendu aucune visite depuis son arrivée dans le service; le surveillant médical en connaissait certains membres et les sollicita à maintes reprises mais ils ont toujours refusé énergiquement de s'en rapprocher.

Après un traitement d'attaque à base de neuroleptiques, Farouk s'est amélioré tant au plan comportemental qu'intellectuel. Il semble plus adapté à la vie du service, critique ses troubles et notamment son acte médico-légal et nous décrit longuement l'histoire de sa maladie avec un contenu informatif satisfaisant. Apprenant cette amélioration, son frère aîné nous fait un long récit concernant la maladie de Toufik et tente de trouver une motivation à leur abandon actuel:

« Mon frère est malade depuis huit ans environ, ç'a commencé par des comportements bizarres, incompréhensibles. Ce changement est venu de façon progressive mais un jour tout cela s'est aggravé, il est devenu hostile et très agressif. Ma mère l'a surpris un jour en train de gesticuler et de parler seul à haute voix. »

« C'est à ce stade de la maladie qu'il fût hospitalisé immédiatement. À l'époque c'était des médecins russes qui y travaillaient... Après trois mois, mon frère était totalement drogué aux médicaments et on a conseillé à ma mère de le faire sortir et de le traiter plutôt de manière traditionnelle... On lui a expliqué que les cachets qu'on leur donne à l'hôpital, c'est de la drogue qui leur fait perdre leur conscience et leur mémoire. Depuis ce temps-là les hospitalisations se sont succédées mais à chaque sortie le traitement est vite abandonné... Les nachras et les visites de taleb se sont succédées également mais mon frère ne s'est jamais amélioré. Les années ont passé, ma mère a perdu progressive-

ment espoir et finit par ne plus s'occuper de lui après avoir tout épuisé. Et voilà...»

Après cet entretien avec le frère, un projet thérapeutique a été mis en place avec l'accord de Toufik, essentiellement une mise sous NAP. Évidemment le frère posa beaucoup de questions concernant cette nouvelle forme de traitement, sa différence avec les gouttes et les cachets qu'on lui prescrivait habituellement, il émet quelques doutes mais finit par accepter, sans grande conviction.

Quelques mois après, Toufik continue à venir chaque mois pour son injection, il est stabilisé. Le frère l'accompagne à chaque fois, il semble plus détendu et a noué une relation importante avec l'équipe soignante. Il fait attention à la date de la prochaine injection, il vérifie la carte. Ses visites mensuelles sont devenues plus chaleureuses avec l'équipe, il a tissé de véritables liens.

Depuis une année, Toufik vient tout seul, il est adapté malgré quelques aspects déficitaires persistants, qui sont liés à sa maladie. Nous n'avons jamais rencontré sa mère mais selon le frère elle a cessé ses tentatives de thérapies traditionnelles. Elle est plus convaincue de ce traitement que le frère, d'ailleurs; pour manifester son attachement elle ne manque jamais de rappeler à tous deux la date de la prochaine injection.

Dernièrement, nous avons été agréablement surpris de retrouver Toufik à la caisse d'une cafétéria. Au cours de la rencontre suivante, le frère explique que depuis son nouveau traitement il a davantage confiance en lui: il lui a confié ce commerce, tout en le supervisant de loin.

Cas n° 2

K. Salah, 46 ans, célibataire, est suivi au service depuis une dizaine d'années pour une schizophrénie de type paranoïde (DSM III-R: 295.32; CIM10: F20.0). L'histoire de sa maladie a débuté relativement tard, vers 32 ans. Depuis, il a quitté son poste de travail (employé administratif dans une entreprise nationale) et a été classé invalide par la caisse d'assurance. Il occupe un appartement en compagnie de sa mère tout en bénéficiant du soutien moral et matériel de son frère et de sa sœur, tous deux mariés et résidant dans la même ville. Ses rechutes fréquentes, sa psychorigidité, ses thèmes délirants souvent hostiles à la famille et son habituel refus de traitement ont fini par épuiser ce soutien familial.

Ainsi Salah a évolué rapidement vers une clochardisation; il ne rentre plus chez lui, sa mère ne peut rien faire en raison de son âge avancé: il passe alors de plus en plus de temps à déambuler dans les rues

de la ville. Nous l'avons rencontré durant ces déambulations, il était tendu, sa tenue correctement mise mais très sale, il marchait à pas cadencé, et semblait distrait et lointain, en proie à un incessant dialogue hallucinatoire.

Plusieurs mois après, le frère et la sœur, en mini-conseil de famille, ont décidé de reprendre les choses en main et de le ramener à l'hôpital. Ils ont alors repris contact avec le service et nous leur avons expliqué notre projet de mise sous neuroleptiques à action prolongée.

Depuis son admission à l'hôpital et après l'accalmie de son délire et la stabilisation des troubles du comportement, la famille qui n'a pas cessé de lui rendre visite s'est trouvée rassurée et demande à le faire sortir. Effectivement, il rentre vivre à nouveau avec sa mère. Sa carte de rendez-vous est l'objet d'une attention particulière, compte tenu des vérifications et des précautions que la sœur manifeste à son égard. L'ordonnance que la famille connaît depuis des années ne semble plus la rassurer, comme si les rechutes et les arrêts thérapeutiques précédents en ont épuisé le crédit: elle ne rassure plus.

Aux premiers rendez-vous qui ont suivi, Salah se présente à la consultation en compagnie de sa sœur, qui nous tient informés de la satisfaction de sa mère. La petite famille que constituent Salah et sa mère connaît une paix relative. Il se charge des courses, des achats et de toutes les démarches qu'impose la vie quotidienne; il est détendu avec sa mère, il critique ses troubles quand l'occasion lui est donnée et garde de bonnes performances cognitives et des habilités sociales satisfaisantes. Il nous arrive de le rencontrer en ville, il est tout à fait avenant, correct et d'une grande amabilité.

Depuis trois ans, il fréquente assidûment la consultation, y vient seul, prend en charge seul son traitement, et nous tient informé, à son tour, sur sa famille. Il y a eu des moments où une rigidité a réapparu dans son attitude et il émet des velléités d'arrêt du traitement, mais cela se dissipe rapidement par un entretien, une réassurance et du soutien de la part de l'un de nous. Un épisode similaire se manifeste quand une diminution de la dose est tentée; cette réaction nous fait changer d'avis et garder la même posologie.

Un jour sa mère, que nous connaissons à travers ses enfants, demande à nous voir. Salah, qui l'accompagne, se présente sous un nouveau jour, il est docile, reste en retrait, et parle peu, ce qui n'est pas son habitude. Nous comprenons cette attitude quand sa mère, qui demande à être reçue seule, nous explique l'objet de sa visite. Après des remerciements chaleureux et les louanges du traitement, elle entre dans le vif

du sujet avec grande émotion: elle désire le marier. Elle lui a trouvé une femme, qui lui convient très bien selon elle, mais celle-ci, informée de sa maladie, exige de rencontrer le médecin traitant. Avec l'accord de Salah, nous avons reçu la femme en question et répondu à ses questions: guérison, procréation, appoint thérapeutique traditionnelle... « L'affaire » n'est pas conclue... Salah va toujours bien... Sa mère essaye toujours...

Cas n° 3

H. Leila, jeune fille de 28 ans, est célibataire et vit avec son père et sa mère à Annaba depuis deux ans. Leila souffre d'une psychose hallucinatoire chronique (DSM-R 295.30. CIMIO: F20.0). De niveau d'instruction secondaire, elle a dû quitter l'école en raison de sa maladie dont le début remonte à l'âge de 20 ans.

Les parents se sont installés aux États-Unis à la suite d'une mutation professionnelle du père. Là elle fût traitée aux neuroleptiques à action prolongée (Haldol Decanoas), avec intégration à des groupes thérapeutiques et occupationnels. De retour au pays, après la fin de mission du père, Leila est prise en charge dans le service. Cependant, l'Haldol Decanoas, non commercialisé en Algérie, a été remplacé par la pipothiazine (Piportil). Très vite, Leila et sa mère ont lié une relation chaleureuse avec l'équipe des NAP; elle est aimable, a le sourire facile et le contact aisé.

Le suivi thérapeutique est différemment vécu chez elle, elle pose des questions sans cesse: sur la posologie, les effets du traitement, la pharmacocinétique. Les perspectives sont également différentes chez la mère; satisfaite des thérapies de groupe aux USA, elle est devenue plus exigeante. Estimant que les performances intellectuelles et adaptatives de Leila ne diffèrent en rien de celles des autres filles qui travaillent à l'hôpital, elle nous demande carrément d'intervenir pour l'embaucher dans l'administration. « Regardez, Docteur, vraiment toutes ces filles que je vois là, est-ce qu'elles peuvent faire mieux qu'elle ? Leila est tout à fait capable de faire cela », répète la mère à chaque entretien. À plusieurs reprises, nous lui proposons des possibilités occupationnelles à l'hôpital, mais rien à faire: elle veut que sa fille travaille réellement, et jouisse d'un statut d'employée et par conséquent d'un salaire.

En effet, Leila a été recrutée en tant que vacataire par l'administration de l'hôpital, grâce à la sensibilisation du directeur, qui a réservé trois postes de « travail protégé ». Durant les six mois du contrat, Leila a montré une grande aptitude aux relations interpersonnelles ainsi

qu'une performance satisfaisante dans la tâche qui lui était confiée. Elle s'occupait essentiellement à préparer des feuilles de pointage utilisées dans le bureau des statistiques.

Au cours de cette période, les phénomènes hallucinatoires qui étaient rapportés de temps à autre par Leila ont totalement disparu. Lors des entretiens précédant son recrutement, il arrivait que des voix internes, vagues et imprécises, qui surviennent fréquemment le soir, l'angoissaient. Depuis, Leila, que nous rencontrons dans les allées de l'hôpital, ou parfois dans le hall de l'administration, est tout à fait détendue. Aucune plainte hallucinatoire n'est rapportée durant les entretiens mensuels avant l'injection.

Un jour, sans rendez-vous (auquel elle tenait habituellement), Madame H. vient nous informer qu'elle a trouvé un travail pour sa fille dans une ville voisine. Très contente, elle explique longuement que ce travail «normal» lui permettrait de s'épanouir véritablement et pourrait même lui permettre de trouver un bon parti... pour le mariage. Aux dernières nouvelles, Leila est bien adaptée à son nouveau travail, elle continue à recevoir les 75 mg de Piportil par mois, mais ne vient à l'hôpital qu'aux trois mois en raison de l'éloignement.

Discussion générale

La relation médecin-malade

La matérialisation du rendez-vous

La relation médecin-malade est vécue de manière plus intense dans la mesure où le rendez-vous est matérialisé. Le malade se déplace non pas pour rencontrer une personne, en l'occurrence le médecin, mais pour faire une injection comme on reçoit un hidjab concocté par un marabout. Ce qui témoigne en faveur de cette matérialisation du rendez-vous, c'est la grande inquiétude que manifeste le patient au moindre retard.

Cet attachement au rendez-vous nous semble très caractéristique des patients sous NAP, car dans la consultation ordinaire de psychiatrie, où les malades sont sous neuroleptiques par voie orale, l'indiscipline et les retards qui atteignent des semaines, voire des mois, sont vécus sans la moindre gêne apparente.

La médiatisation de la relation

L'intervention de l'infirmier chargé de faire l'injection vient tamponner la rencontre avec le médecin. L'affrontement direct avec le médecin était souvent la seule alternative de contact thérapeutique dont

disposait le patient dans le cadre des neuroleptiques ordinaires. Cette organisation de la prise en charge qui place l'infirmier dans une position intermédiaire entraîne de facto un changement de la rencontre: le colloque singulier devient une rencontre d'équipe. Ainsi l'ouverture du malade vers l'autre acquiert une autre dimension, plus positive: il dispose d'un choix objectal plus varié. Toute la problématique projective du psychotique – on sait combien elle est énorme – trouve des issues variées et devient plus contrôlable dans cette pratique d'équipe que dans la dualité médecin-malade. Nous avons vu des patients établir des relations privilégiées, de type maraboutique¹, avec l'infirmière qui s'occupe de l'enregistrement, en même temps accuser le médecin et se plaindre de l'infirmière qui administre le médicament. Ces mêmes malades se présenteront au prochain rendez-vous avec des sentiments totalement nuancés, voire parfois opposés, à l'égard des mêmes soignants.

Du médecin traitant à l'équipe soignante

Les NAP administrés dans un tel cadre organisé ont créé une atmosphère relationnelle qui se rapproche en beaucoup de points des réunions des hôpitaux de jour ou des thérapies de groupe. Sans le vouloir donc, cette rencontre supprime ces pratiques, inexistantes dans nos institutions psychiatriques. À la différence près que ces réunions sont rythmées par la périodicité des NAP, soit quatre semaines. On a également assisté à des renforcements par des séances d'écoute, très appréciées des malades, où le médecin ne constitue au plan relationnel qu'une partie d'un tout déjà homogène et structurant.

Bien sûr, les neuroleptiques à action prolongée ne constituent dans ce cas qu'un vecteur qui permet cette rencontre. Il s'agit donc là d'un effet relationnel que nous apprécions positivement autant que l'effet biologique du traitement prescrit.

La mise sous NAP et réactions de la famille

Au bord du rejet

Le patient qui bénéficie de l'indication des NAP est le plus souvent au bord du rejet familial. S'agissant de schizophrènes dans un grand nombre de cas, le cours de la maladie a été très épuisant pour la famille. Les hospitalisations ont été nombreuses, les rechutes répétées et généralement liées à un abandon thérapeutique sans avis médical. Toutes ces péripéties évolutives laissent un sentiment d'épuisement, de lassitude à l'égard du malade, et voilà que pointe à l'horizon l'idée d'abandon du suivi, du traitement, voire le rejet pur et simple du

malade. Parfois le désespoir pousse certaines familles à recourir carrément au voyant² ou à d'autres pratiques magiques.

À ce stade de l'évolution, la famille ne cesse de dire à qui veut l'entendre: «On n'en peut plus, il refuse de prendre son traitement»; «c'est son problème, on a tout essayé et il s'obstine à laisser tomber son traitement, puis il rechute». Et la plupart des conversations avec les familles rendues à ce stade finissent par la fameuse proposition: «Docteur, je crois qu'il ne reste plus qu'à le garder le plus possible à l'hôpital» et parfois les parents demandent carrément s'il est possible de l'interner définitivement.

Les explications fournies par l'équipe à la famille concernant les intérêts thérapeutiques spécifiques aux NAP provoquent une grande éclaircie dans ce ciel maussade et entraînent un nouvel enthousiasme à l'endroit du malade. Les questions commencent à fuser de toutes parts sur l'effet retard du traitement, et sur notre propre retard, car ils nous reprochent déjà de ne pas l'avoir proposé plus tôt; enfin, la certitude de la prise du traitement les intéresse au premier plan, ils y reviennent longuement.

Le mythe sacré de l'injection

La forme injectable comme voie d'administration de ce médicament est une attraction supplémentaire pour la famille en dehors de toute considération de l'effet retard du traitement (Collomb et Dores, 1973). L'injection constitue le symbole de l'acte médical, les parents lui attribuent des vertus thérapeutiques, sans aucune relation d'ailleurs avec le produit. L'injection est l'occasion de manifester une profonde ambivalence, le sujet redoute d'être piqué parce qu'il y investit le plus comme moyen thérapeutique.

Le mythe de l'injection est d'autant plus dominant que le médicament passe par le corps, qui reste particulièrement investi dans une société où il remplit une fonction communicative. La voie parentérale jouit effectivement d'un statut médical sérieux, un malade sérieusement traumatisé est d'abord l'objet d'injection intraveineuse et intramusculaire. C'est la caractéristique de l'urgence qui signifie également la manifestation d'une grande attention à l'égard du malade. Être traité aux NAP par voie injectable représente pour la famille une preuve d'attention continue et sérieuse.

La détente

La famille redoublera également de bienveillance à l'égard de son malade en se dégageant de la surveillance de la prise quotidienne du

traitement. Ainsi la relation intrafamiliale se trouve moins chargée de l'aspect policier qui, vécu très négativement par le patient, crée un climat de suspicion et d'hostilité mutuelle, source de conflit et de tension générant une angoisse permanente pour la malade. Cette situation aboutit avec le temps à des recrudescences de la pathologie chez le patient et à des attitudes de rejet chez la famille.

L'atmosphère intrafamiliale devenue aimable et plus chaleureuse permettra à cette famille de vouloir plus manifestement se rapprocher du médecin traitant. Il faut dire que l'évolution houleuse de leur malade leur a fait perdre beaucoup de confiance et d'estime à l'égard du médecin et de sa pratique.

La famille du patient sous NAP montre ainsi davantage de confiance et de coopération en tissant des liens plus durables et moins contraignants. Elle vient à la consultation de manière plus détendue et visiblement plus tolérante. Comme si elle était là par plaisir, et non par obligation.

La perception du temps

La cohorte des familles des patients mis sous NAP et qui constitue la base de ces réflexions est en grande majorité de provenance rurale, ou citadine de fraîche date. Milieu rural où le temps est très peu investi, sa structuration relève davantage du rythme naturel des saisons et des fêtes nationales ou religieuses (indépendance, travail, mawlid et aïd). La date de l'injection vient bousculer tout cela et occupe dorénavant une place centrale. Elle devient le repère temporel le plus en vue dans la communauté familiale. L'attachement à cette date devient un témoignage de l'intérêt porté par tel ou tel membre de la famille à l'histoire du malade. Certaines familles, dès la sortie du cabinet de consultation, exhibent littéralement leur carte à tous les agents de l'hôpital pour se rassurer d'avoir bien compris la date qu'il faut.

Cette notion de la perception du temps semble jouer un rôle thérapeutique similaire à celui qu'on attribue habituellement aux thérapies institutionnelles telles que les activités de groupes, les thérapies occupationnelles et l'ergothérapie dans son sens le plus institutionnel. En effet, dans ces types de pratiques, la structuration temporo-spatiale est d'un grand apport thérapeutique. Le malade sous NAP présente donc par définition une pathologie chronique et le plus souvent grave le confinant à un rythme de vie dénué de tout sens du temps, notamment en l'absence de toute structure intermédiaire de prise en charge. Comme par réaction, la famille adhère au rythme de ce

malade dont la vie ne se caractérise que par les moments féconds de sa pathologie.

La mise sous cette nouvelle forme de traitement vient baliser ce vécu par les dates mensuelles de l'injection. En termes de phénoménologie, la relation au temps a repris cours grâce aux neuroleptiques à action prolongée.

Le temple de l'injection

Si l'injection constitue un mythe pour le malade et sa famille, le lieu où elle se fait constitue également une sorte de temple qui suggère des attitudes et des comportements assez particuliers chez ses visiteurs. Un rituel de pur maraboutisme anime les familles quand elles arrivent au seuil du cabinet où se fait l'accueil, juste avant l'injection. Le salut, l'approche, l'émotion rappellent ces relations très suggestives lors des rencontres maraboutiques.

Tout se passe comme si la moindre maladresse de leur part pouvait entraîner la perte de l'estime de l'équipe soignante et, par conséquent, la perte de ce fameux traitement qu'elle seule peut prodiguer. Pourtant à quelques mètres de là, lors de la consultation, les familles se comportent d'une manière totalement différente. La relation est sthénique, la revendication est de mise et l'agressivité de l'équipe soignante bat son plein. Nous avons eu l'occasion d'observer ces changements de comportement chez des familles très agressives qui montrent une obséquiosité spectaculaire dès que leur patient a été mis sous NAP et inscrit comme nouvel adepte du temple.

La relation du malade et de sa famille

La réconciliation

Ce qui est frappant dans la relation du malade et de sa famille, c'est d'abord la grande amabilité qui régnait entre eux depuis la prescription des neuroleptiques à action prolongée. La relation houleuse qu'ils entretenaient avait le plus souvent comme motif le refus de la prise du médicament par voie orale. Maintenant que l'acceptation ne pose plus de problème – du moins c'est ce qu'on leur a expliqué et ils le croient – tout semble rentré dans l'ordre de manière magique. Le cercle infernal de l'agressivité-rejet a laissé place à la compréhension réciproque qui donne une tout autre tonalité à leur dialogue. Nous le remarquerons lors des entretiens réalisés en présence du malade et de sa famille à l'occasion de la visite mensuelle. L'opposition constituait une modalité relationnelle quasi-permanente aboutissant souvent à des comportements

agressifs qui vont jusqu'aux coups et blessures avec toutes les conséquences judiciaires. Fait place une volonté mutuelle de se comprendre et de s'expliquer tout ce qui paraissait insurmontable par le passé; ainsi la souplesse dans les attitudes, le sens du compromis et du contrat resurgit. Maintenant les parents prennent tout leur temps pour expliquer par exemple à leur malade la nécessité de continuer à prendre le comprimé de Lévomépromazine le soir, car ce médicament n'entraîne pas la même gêne que les gouttes d'Halopéridol auxquelles il était habitué depuis des années et qu'il ne supporte plus.

Le projet commun

Dans cette relation intra-familiale une énergie vitale tout à fait nouvelle se manifeste dans l'élaboration des perspectives. La famille a cette capacité de métaboliser très vite tout le passé houleux qui la liait à son malade: après tout, n'est-elle pas impliquée d'une manière ou d'une autre dans la survenue de cette maladie. Le père nourrit déjà des projets de commerce pour son fils et la mère des fiançailles pour sa fille.

Il est vrai que nous assumons dans cette période d'euphorie et d'espoir qui suit la mise sous NAP le rôle du counselling familial. Dans certains cas le projet a vu le jour et les premières étapes de concrétisations sont en cours. La famille – décidément une institution insaisissable – n'a finalement jamais renoncé au projet initial qu'elle idéalise pour son enfant! La preuve en est que pour lutter contre ces maudits troubles, elle n'épargne aucune possibilité thérapeutique de quelque nature qu'elle soit³.

Les espoirs mis dans ce traitement sont partagés le plus souvent par le patient, qui propose, négocie et discute les propositions qui émanent de la famille. En fait, le début est un projet thérapeutique communément investi, mais très vite, ils deviennent des projets communs.

Conclusion

Purement descriptif, ce travail nous permet cependant d'avoir une idée sur les modifications comportementales des familles et de leurs patients entraînés par cette forme de prise en charge psychiatrique. Par ailleurs, au moins trois aspects pratiques découlent de ces réflexions:

- 1) L'intérêt manifesté par les familles et leurs malades aux rencontres périodiques autour de l'injection des neuroleptiques à action prolongée constitue en soi une espèce de pratique communautaire qu'il faudrait peut-être explorer dans un but psychothérapeutique de type systémique qui n'existe que rarement de manière organisée

dans notre pratique courante où le concept magico-religieux reste prégnant⁴.

- 2) L'organisation centralisée de ce type de traitement a été positivement accueillie, car elle se présente comme une nouvelle forme de sectorisation. La première forme de sectorisation est basée sur des données démographiques, médicales et fonctionnelles, la deuxième qui est de mise dans notre pays est purement administrative et sans intérêt thérapeutique. Alors que celle-ci est basée sur des données thérapeutiques seulement et peut constituer une base de prise en charge sectorielle plus rigoureuse.
- 3) Ces réflexions constituent pour nous une base à partir de laquelle nous pouvons émettre des hypothèses de recherches spécifiques à l'utilisation des NAP dans notre contexte culturel. Les thèmes qui peuvent être approfondis sont nombreux et mériteraient tous d'être élucidés d'une manière scientifique. Cette euphorie familiale manifestée à l'égard de ce nouveau traitement est-elle réellement corrélée à un effet thérapeutique authentique ou s'agit-il d'un simple effet placebo que peut induire toute nouveauté dans le domaine de la thérapeutique ?

Notes

1. L'action thérapeutique du marabout est essentiellement d'ordre psychologique. Il apparaît plus proche à son patient, auquel le rattachent les mêmes liens culturels et communautaires, et plus disponible, sachant lui accorder une écoute patiente et attentive. Il est idéalisé à cause de son auréole magique qui lui permet une action psychothérapeutique axée sur la suggestion. De plus, on doit admettre chez lui des qualités certaines d'observation et une grande connaissance du psychisme des malades (Bensmail, 1982).
2. La pratique du voyant est essentiellement basée sur des procédés magiques qui n'ont aucun lien avec l'Islam, ses interventions sont liées à la vie sentimentale et sexuelle tel que la frigidité, l'impuissance, le r'bit et la stérilité.
3. De toutes les spécialités médicales au Maghreb, la psychiatrie est probablement la seule, qu'une bonne partie de sa clientèle fuit au profit de l'omnipraticien ou du guérisseur. Les malades comme leurs familles manifestent en effet, à l'égard de la psychiatrie, une certaine réticence sinon une défiance profonde, que les médecins eux-mêmes ne sont pas loin de partager. (S. Ammar, 1986, in S. Douki, D. Moussaoui, F. Kacha, *Manuel de psychiatrie du praticien Maghrebain*, Paris, 270 p.)

4. Notre culture distingue plusieurs espaces conceptuels auxquels fait référence la majorité de la population : 1) Il existe un monde des djinns ; son existence ne fait aucun doute puisque le Coran le confirme. Ces djinns habitent les lieux abondonnés, les étangs, les égouts, etc. Il ont une organisation symétrique à la nôtre, des sentiments d'amour et de haine comme nous, ils sont sexués et demeurent totalement invisibles. Ils peuvent agresser, épouser, posséder les êtres vivants qu'ils désirent. 2) La persécution toujours présente dans l'expression de la souffrance permet de restituer le malade dans un contexte culturellement déterminé, qui lui redonne le sentiment fondamental de son identité et de son appartenance au groupe social et familial à travers l'invocation magique des forces du bien et du mal. Mieux, l'affect persécutif le désigne comme l'héritier de l'incessant combat que sa lignée mène contre les forces d'une puissance illimitée.

RÉFÉRENCES

- AID, M., TSOURIA BELAID, A., 1984, Bilan de six années d'utilisation de décanoate de fluphénazine dans l'Ouest algérien, *Psychiatrie francophone*, 3-4, 91-104.
- BENMILOUD, K.H., ABDELKADER, J., BENALI, M., BRAHIMI, A.B., 1972, *Expérience du Moditen retard sur 1009 cas*, Colloque international, nouvelle approche du traitement des psychoses. Les neuroleptiques à action prolongée, Tunis.
- BENSMAIL, B., BENTORKI, H., SEDDIK-AMEUR, M., 1982, Relations thérapeutiques et prise en charge des psychotiques en post-cure, *Psychiatrie francophone*, 3, 54-57.
- BOUCEBCI, M., BOUCHEFRA, A., TARIGHT, F., IDRES, M., 1982, Place, indications et limites des N A P en hôpital de jour, Algérois. *Psychiatrie francophone*, 13, 50-53.
- COLLOMB, H., DORES., M., 1973, Intérêt des neuroleptiques retard en Afrique, à propos d'une expérience faite au Sénégal, *Actualités psychiatriques*, 4, 15-18.
- GRABA, A., 1980, *Étude épidémiologique et clinique de 50 patients sous NAP en milieu ambulatoire*, Thèse de doctorat en sciences médicales, INESSM, Alger.
- KACHA, F., 1986, Les thérapies institutionnelles en Algérie, *Psychiatrie francophone*, 1, 2, 3, 202-211.
- LAMBERT, P. A., 1971, Les Neuroleptiques à action prolongée, psycho-pharmacologie, *Librairie technique*, 27, Paris.

- LAMBERT, P. A., GUYOTAT, J., 1972, *Neuroleptiques à action prolongée*, Encyclopédie médicale et chirurgicale, Paris, 10-1972, 37860.
- LAMBERT, P. A., MARCOU, G., 1971, Les neuroleptiques à action prolongée, À propos d'une étude portant sur cinq années, *Actualités psychiatriques*, 3, 7-16.
- PERIVIER, E.D., HALLER, C., SENON, J.-L., FAJARDO, CONDAT, A., SILLARD, M.-F., 1976, *Études cliniques et comparatives des neuroleptiques à action prolongée*, Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, 74^{ème} session, Rouen.
- PERIVIER, E.D., MARIE, G.I., GAY, M., GLAMEN, P., 1969, *Intérêt des neuroleptiques retard*, Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, 67^{ème} session, Bruxelles, 8-13 septembre 1969, 816-821.
- ROPERT, R., LEVY, L., ROBERT, M., SIGNARBIEUX, S., COUDIÈRE, G., SAMPIERI, F., 1969, *À propos de la thérapeutique retard par l'oen. de fluphenazine, Implications cliniques et psychologiques du traitement, Réflexions à propos de 61 observations*. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, 67^{ème} session, Bruxelles, 822-830.
- ROPERT, R., 1985, *Les neuroleptiques à action prolongée dans la prise en charge des états psychotiques au long cours*, Colloque de thérapeutique psychiatrique, Carcassonne.
- ROPERT, R., 1984, 15 ans après, réflexions sur l'évolution des idées et des pratiques en matière de NAP, Colloque de l'association rencontres pharmaco-cliniques de Prémontre, *Psychiatrie francophone*, 4a, 6-13.

Mohamed Boudef, professeur agrégé de psychiatrie
et chef de service hospitalo-universitaire de psychiatrie,
Hôpital de psychiatrie RAZI, Annaba, Algérie.