



**OBSERVANCE AU TRAITEMENT  
NEUROLEPTIQUE DANS LA SCHIZOPHRÉNIE :  
RAPPORT AUX LIMITES ET AU CORPS**

*NEW TECHNOLOGIES AND FAMILY DYNAMICS :  
FAMILY THERAPISTS PRACTICES ANALYSIS*

---

---

**Axel Massin,**

Psychologue clinicien

Diplômé de l'École de Psychologues Praticiens

**&**

**Damien Fouques**

Psychologue clinicien, PhD.

Université Paris Ouest Nanterre La Défense

École de Psychologues Praticiens.

---

*Cette article est destiné à la recherche et à l'enseignement.  
Il ne peut être utilisé dans un but commercial.*

*Doi : 10.17019/2017.EPP.6.1-05*

## Résumé :

L'observance au traitement neuroleptique est une problématique centrale de la prise en charge de la schizophrénie et de la prévention de la rechute. Parmi les facteurs impliqués, l'alliance thérapeutique avec le médecin prescripteur et la capacité d'insight du patient sont les plus souvent cités. Pour cette pathologie dans laquelle l'intégrité psychosomatique est mise à mal, nous nous sommes questionnés sur l'impact que pouvait constituer le neuroleptique dont les effets physiques et psychiques sont nombreux et parfois invalidants. Dans ce dessein, nous avons utilisé le test de Rorschach et la Medication Adherence Rating Scale (MARS) sur un échantillon de 6 sujets schizophrènes hospitalisés en psychiatrie. Nous avons pu mettre en exergue des limites psychiques plus poreuses et des angoisses de morcellement plus envahissantes chez les sujets les moins observants de notre étude que chez ceux qui ne rapportent pas ou peu de problème d'observance. Ces sujets, pour lesquels le traitement et le médecin psychiatre font l'objet d'un vécu de persécution, pourrait alors tenter de préserver leur intégrité psychosomatique d'une intrusion ou d'un morcellement en refusant le traitement.

**Mots clés :** Schizophrénie ; Observance ; Limites psychiques ; Rapport au corps.

## Abstract :

Observance to neuroleptic treatment is a major problem in schizophrenia treatment and relapse prevention. Among involved factors, therapeutic alliance with prescriber and patient's insight are the most frequently cited ones. For this pathology, in which the psychosomatic integrity is often compromised, we wondered about the impact that could have this molecule that generates a large panel of sometimes invalidating physical and psychological effects. In order to answer that question, we used the Rorschach test and the Medication Adherence Rating Scale (MARS). We discovered that the less observant subjects of our study had more porous psychic borders and more persuasive body-related anxiety than those who did not report observance problems. Those subjects, to whom both treatment and the prescriber are subject to experiences of persecution, could thus try and preserve their psychosomatic integrity from an intrusion or a partition by refusing their treatment.

**Keywords :** Schizophrenia; Observance; psychic boundaries; Relationship to body.

## 1. Introduction

Le discours des patients schizophrènes que l'on rencontre dans nos institutions de soin sur leur traitement neuroleptique est bien souvent le support d'un matériel clinique intéressant. Nous avons pu remarquer que certains de leur propos, notamment relatifs aux effets secondaires, pouvaient revêtir un caractère persécutif et délirant, tout en semblant être fondés sur l'impact réel de la molécule sur le corps et le psychisme : indifférence psychomotrice, prise de poids, syndrome parkinsonien, troubles sexuels, effets anticholinergiques, etc. (André, 2013). Il est ainsi parfois difficile de faire la différence entre ce qui relève de la plainte, de l'opposition, de l'angoisse, de la difficulté à s'inscrire dans une démarche de soin, ou encore d'une réelle intolérance physiologique à la molécule prescrite. Si les traitements prescrits ont été considérablement développés depuis la découverte des propriétés thérapeutiques de la chlorpromazine (Risperdal ©) en 1952, par les professeurs Delay et Deniker (Olie, Gisnestet, Jolles, & Léo, 2012), jusqu'aux antipsychotiques de seconde génération utilisés aujourd'hui, qu'en est-il du rapport des patients schizophrènes à leur traitement ?

La schizophrénie, tout d'abord, est l'un des enjeux majeurs de la psychiatrie. Le dernier rapport de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), réalisé en collaboration avec le Professeur Krebs (2014), estime en effet que la schizophrénie touche environ 0,7 % de la

population mondiale, dont 600 000 personnes en France, affectant tout autant les hommes que les femmes. Depuis la description clinique élaborée par E. Kraepelin et présentée dans *Traité de psychiatrie* (1889), sous le nom de démence précoce, les critères diagnostiques ont été de nombreuses fois réétudiés, et la diversité des manifestations cliniques pousse le DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) à parler de « *spectre de la schizophrénie* ». Le tableau clinique peut être constitué d'idées délirantes polymorphes et désorganisées (persécution, mégalomanie, mysticisme, filiation, hypocondrie, dysmorphophobie, etc.), accompagnées ou non de mécanismes hallucinatoires, d'une désorganisation du discours et/ou du comportement, ainsi que de symptômes négatifs regroupant le désinvestissement des sphères affective et relationnelle (Massé & Weill, 1991). Ce trouble compromet ainsi « *l'adaptation du sujet à la réalité extérieure, sa reconnaissance de la dimension pathologique de son fonctionnement, sa capacité à prendre soin de lui et à porter attention à autrui de façon continue* » (Chabert & Verdon, 2008, p. 226).

Si l'on s'intéresse au vécu de la pathologie par le patient, Parnas, Handset, Saebye et Jansson (2003) nous expliquent que de nombreux patients ne se sentent pas eux-mêmes et peuvent avoir le sentiment de ne pas habiter leur corps ou leur conscience, provoquant ainsi un vécu d'inadaptation et d'étrangeté. En outre, la schizophrénie apparaît comme une pathologie extrêmement stigmatisante et l'apparition de ce trouble peut être vécue comme « *un phénomène traumatique pour les patients qui en sont porteurs parce qu'elle ravive l'expérience de rejet découlant des attitudes sociétales vis-à-vis de la maladie mentale* » (Castro, et al., 2013, p. 722). Néanmoins nombreux sont les patients qui ne se sentent pas malades : deux tiers de ces patients méconnaîtraient leur trouble et ses symptômes spécifiques (Bouroubi, Banovic, Andronikof, & Omnès, 2016). La question de l'insight, c'est-à-dire de la reconnaissance de l'individu qu'il souffre d'une pathologie mentale, de l'adhésion au traitement et de la capacité à requalifier des épisodes mentaux inhabituels (délires et hallucinations) de pathologiques (David, 1990) est donc au cœur de la prise en charge de la schizophrénie. Ce défaut d'insight chez le patient schizophrène peut d'ailleurs être compris comme une lutte défensive contre les émergences dépressives suscitée par la conscience du trouble. Une étude française objective en effet une corrélation significative entre insight et dépression chez des sujets schizophrènes (Bouvet & Bouchoux, 2014). Nous pouvons ainsi légitimement nous demander comment, en ayant la conviction de ne pas être malade, être un acteur de sa prise en charge, et plus généralement, comment accepter cette prise en charge tout court.

Nous avons donc été amenés à porter notre intérêt sur le vaste domaine que représente l'observance au traitement, c'est-à-dire l'attitude que le patient va adopter face à la prescription de son médecin, de la prise minutieuse et délibérée à l'arrêt total du traitement, en passant par la prise anarchique, l'oubli, ou encore l'administration passive, et ce dans le cas particulier de la schizophrénie. Du point de vue terminologique, l'observance va de paire avec l'adhésion thérapeutique, qui désigne la motivation intrinsèque et réfléchie du patient à se montrer volontaire et actif dans sa prise en charge (Lamouroux, Magnan, & Vervloet, 2005). La problématique principale liée au défaut d'observance concerne la recrudescence des troubles et la rechute, dans la mesure où les traitements neuroleptiques ont une action plus suspensive que curative. De surcroît, la méta-analyse de Penttilä, Jääskeläinen, Hirvonen, Isohanni et Miettunen (2014) statue une corrélation positive entre la durée de l'absence de traitement de la maladie déjà installée d'une part, et la sévérité des symptômes, le manque d'intégration sociale, et le manque de possibilité de rémission d'autre part.

Si l'observance apparaît ainsi comme un enjeu majeur dans la prise en charge de la schizophrénie, il est toutefois difficile d'en estimer l'étendue. En effet, d'après la synthèse de 34 études réalisées entre 1985 et 2005, 5 à 85% des patients schizophrènes auraient une mauvaise observance à leur traitement, selon la méthodologie utilisée, avec une moyenne de 46% (Palazzolo, Weibel, Midol, & Dunezat, 2007).

Ce domaine de la médecine a donc fait l'objet de nombreuses études, qui ont notamment visé à

mettre en exergue les différents facteurs contribuant ou, à l'inverse, compromettant le comportement d'observance. Parmi ces derniers, la nature de la molécule utilisée, et par conséquent les effets secondaires qu'elle engendre, serait impliquée, les antipsychotiques de seconde génération réduisant le poids de ces effets sur le comportement d'observance (Vaxelaire, Gouvernet, & Palazzolo, 2014). Il semblerait toutefois que l'observance soit davantage déterminée par la perception de l'effet du médicament que son effet réel (Buchanan, 1992). D'autres facteurs mis en évidence sont propres au patient. Notamment, un manque de conscience du trouble (Mahadun & Marshall, 2008), des traits narcissiques voire de toute-puissance (Castro et al., 2013), un déficit cognitif (Jeste et al., 2003), ou encore une comorbidité addictive (Ameller & Gorwood, 2015). La relation entre le médecin et son patient représente également un enjeu déterminant : une alliance thérapeutique de mauvaise qualité aboutirait à une observance partielle chez les patients schizophrènes, surtout lorsque ces derniers manquent d'informations relatives à leur traitement (Vaxelaire et al., 2014). Enfin, les représentations sociales relatives à la maladie mentale et à ses traitements influenceraient le rapport du patient à sa prise en charge, bien que cet impact soit difficilement évaluable. En effet, si le vécu de stigmatisation participe à alimenter le désir du patient d'interrompre son traitement, par peur du jugement de son environnement, la vocation normalisatrice du traitement peut être vécue comme une véritable ressource pour la réinsertion sociale (Naudin, Dassa, & Cermolacce, 2009).

Par ailleurs, la psychanalyse, qui était l'une des principales théories psychopathologiques lors de l'apparition des neuroleptiques en France, s'est également intéressée à la pharmacologie et plus particulièrement à l'impact du neuroleptique sur le fonctionnement psychique. L'idée dominante réside dans le fait que le neuroleptique aurait une action inhibitrice sur l'énergie pulsionnelle et sur les angoisses sous-jacentes au symptôme, permettant ainsi au Moi de se reconstruire et de se restructurer (Kapsambelis, 2002). De Luca, Jeanne et Chenivresse (2005) se questionnent, quant à eux, sur l'impact du recours à un objet extérieur sur l'intégrité psychosomatique de patients pour lesquels les limites entre le dedans et le dehors sont indistinctes et ambiguës. Les auteurs rapportent notamment la phrase d'un de leurs jeunes patients : « *Un produit extérieur à mon cerveau ne peut modifier mes perceptions ou mes pensées* » (De Luca et al., 2005, p. 716). Ils formulent alors l'hypothèse que le médicament accentue le désarroi du patient face la représentation de son psychisme et de son corps, le poussant à moins se sentir sujet. Par ailleurs, Dal Bianco (2012) s'interroge sur l'impact des effets secondaires, tels que le syndrome extrapyramidal, la constipation, et l'hypotension orthostatique sur la perception et la représentation du corps. En effet, parmi les diverses manifestations symptomatiques de la schizophrénie, le corps fait souvent l'objet d'angoisses qui compromettent son intégrité et son unité, telles que les angoisses de morcellement décrites par Bergeret (1974) ou encore les vécus de persécution propres à la position schizo-paranoïde définie par Klein (1946).

Nous nous sommes donc questionnés sur le vécu du traitement, en s'interrogeant sur l'impact que pouvait représenter le traitement neuroleptique, molécule dont les propriétés chimiques modifient l'équilibre psychosomatique. Plus précisément, nous nous sommes demandés si, pour les patients chez lesquels les limites psychiques et corporelles sont les plus floues et discontinues, le médicament pouvait constituer une menace pour l'intégrité psychosomatique, qui pousserait le patient à refuser son traitement. En effet, selon Bergeret (1975), le sujet schizophrène, dont les limites du Moi sont floues et incertaines, se trouve dans un certain état d'indifférenciation entre soi et l'objet, entre le dedans et le dehors. Dans la littérature psychanalytique, ces notions de limite et d'intégrité psychosomatique, trouvent leur aboutissement avec le concept de Moi-peau (Anzieu, 1985), désignant une instance psychique à l'interface avec le somatique : « *Par Moi-peau, je désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps.* ». Par le biais d'analogies avec les fonctions de la peau, l'auteur décrit les fonctions de cette instance, notamment celle de pare-excitation protégeant le psychisme de ce qui pourrait l'effracter, et dont le manque de consistance (dans la psychose, par exemple), peut laisser place aux angoisses paranoïdes d'intrusion psychique.

Nous avons remarqué que la plupart des études sur l'observance s'inscrivaient dans un registre de psychologie médicale, s'intéressant à la relation soignant-soigné, aux effets du médicament et à la conscience de la maladie. Si la psychanalyse s'est penchée sur l'effet du neuroleptique sur le psychisme, peu de recherches étayées d'une méthodologie scientifique semblent s'être intéressées à des facteurs psychodynamiques et intrapsychiques, qui pourrait influencer la relation du patient à son traitement et à son médecin. Ainsi, dans le but d'enrichir d'un nouveau regard la compréhension des facteurs impliqués dans la relation du patient souffrant de schizophrénie à son traitement, nous avons souhaité étudier le rapport aux limites ainsi que la présence d'angoisses du registre du morcellement ou de la persécution, chez patients schizophrènes observants et non observants. Par ailleurs, les travaux portant sur le poids de l'alliance thérapeutique dans le déterminisme de l'attitude du patient face à son traitement ne semblent pas s'être intéressés aux mécanismes intrapsychiques qui modélisent cette relation. En effet, au-delà de la capacité d'écouter ou d'informer du médecin prescripteur, on peut interroger les conséquences de vécus de persécution chez le patient sur son attitude d'observance.

Pour tenter d'apporter des réponses à ces questionnements, nous formulons les hypothèses suivantes.

**Première hypothèse :** Le traitement représente une menace pour l'intégrité psychique des sujets qui présentent des enveloppes psychiques trop poreuses, et pour l'intégrité somatique des sujets qui présentent des angoisses relatives au corps et son unité. La menace perçue contribue au défaut d'observance au traitement.

**Seconde hypothèse :** Un défaut d'alliance thérapeutique nuit à l'observance au traitement neuroleptique chez le sujet atteint de schizophrénie et est sous-tendue par des vécus de persécution et des mécanismes de méfiance relationnelle. A l'inverse, une bonne alliance thérapeutique contribue à l'observance au traitement.

## 2. Méthodologie

### 2.1. Échantillon

Cette recherche a été effectuée dans un pavillon de psychiatrie générale de l'adulte de secteur, où les patients sont hospitalisés et répartis dans une unité de soins intensifs fermée et une unité ouverte.

Les critères d'inclusions retenus pour cette étude sont les suivants :

- Un diagnostic de schizophrénie a été posé par un psychiatre, quelle que soit sa forme.
- Le patient est en période de rémission de crise et son état psychique a préalablement été discuté avec psychiatres et infirmiers.
- Le patient a déjà été hospitalisé dans le passé et l'apparition des troubles ainsi que la prise d'un traitement neuroleptique remontent à plus d'un an.
- Le patient n'a pas passé un test de Rorschach dans les six derniers mois.
- Le patient est majeur et a donné son accord et signé le consentement.

L'échantillon final est le suivant :

Tableau I. Description de l'échantillon

Sujet	Sexe	Âge	CSP	Diagnostic	Mode d'hospitalisation
S1	H	22	Étudiant	Schizophrénie	À la demande d'un tiers
S2	F	25	Étudiante	Schizophrénie dysthymique	Libre
S3	F	34	S a n s emploi	Schizophrénie	À la demande d'un tiers
S4	F	38	S a n s emploi	Schizophrénie dysthymique	Péril imminent
S5	H	39	S a n s emploi	Schizophrénie dysthymique	Libre
S6	F	47	Salariée	Schizophrénie dysthymique	Libre

## 2.2. Outils

Un entretien semi-directif a été réalisé avec chacun des participants dans le but d'explorer les thématiques suivantes : l'histoire du trouble et de la prise en charge, le degré de conscience du trouble, la qualité de l'alliance thérapeutique avec le psychiatre, le rapport au traitement médicamenteux et à ses effets secondaires.

L'évaluation quantitative de l'observance a été réalisée avec un questionnaire d'auto-évaluation, la MARS (*Medication Adherence Rating Scale*), dont la validation française fut proposée par Misdrahi et al. (2004), puis par Fialko et al. (2008). Les résultats au questionnaire nous ont permis de répartir les sujets en deux groupes égaux selon leur niveau d'observance, un score supérieur à 6 prédisant une observance probable, et un score inférieur à 6 prédisant une observance partielle ou nulle. Le degré de conscience du trouble a également fait l'objet d'une évaluation quantitative avec le Q8 validé par Bourgeois, Koleck et Jais en 2002. Un score allant de 0 à 2 témoignerait d'une absence de conscience du trouble

un score de 3 à 5 d'une conscience du trouble médiocre, et un score de 6 à 8 d'une bonne conscience du trouble.

Quant au rapport au corps et aux limites, il a été étudié à l'aide du test de Rorschach, des indices du Système Intégré et de l'École Française. Dans la mesure où le mode d'administration du Système Intégré est compatible avec la méthode d'interprétation de l'école française, et non l'inverse, il est apparu plus approprié d'administrer le test de Rorschach selon le Système Intégré.

Les réponses « peau » (Chabert, 2012) permettent d'évaluer la qualité des enveloppes et la perméabilité des limites psychiques. Ces réponses se réfèrent aux travaux d'Anzieu (1985) sur le Moi-peau et à l'indice « Barrière/Pénétration » de Fisher et Cleveland (1958). De plus, les réponses globales (G pour l'école française ; W pour le système intégré), traduiraient « l'établissement d'une identité stable dans un environnement distinctement reconnu comme réalité externe » (Emmanuel & Azoulay, 2009, p. 116). Par ailleurs, les réponses formelles (F), ou dominées par la forme (FC, FC', FY, FT, FV, FD, M et FM au Système Intégré), révéleraient un investissement des limites, et leur qualité formelle renseignerait sur la qualité de cet investissement.

La quantité de contenus anatomie (An) et radiographie (Xy) renseigne sur la présence de préoccupations corporelles. Les cotations spéciales MOR concernent les réponses où « l'objet est décrit comme mort, détruit, abîmé, pollué, dégradé, blessé ou cassé » (Exner, 2002, p. 66) et leur quantité va déterminer à quel point l'image de soi est marquée par des impressions négatives. De

même, l'analyse qualitative des planche I, V et X permet de mettre en évidence la perception d'un corps unifié ou au contraire d'angoisses relatives à son intégrité.

Enfin, la constellation d'hypervigilance (HVI) traduirait un mode de fonctionnement prudent, voire méfiant qui affecte la relation à soi, aux autres et au monde. Elle peut ainsi mettre évidence la présence de traits de personnalité de méfiance relationnelle.

## 2.3. Analyse des données

Afin de pouvoir comparer les résultats des sujets présentant un défaut d'observance à ceux des sujets qui n'en rapportent pas, nous avons calculé les moyennes de chaque groupe, enrichies des écart-types. Au vu de la taille de l'échantillon, il n'est en effet pas possible d'utiliser des méthodes d'analyse statistiques. La comparaison des moyennes des deux groupes pour chaque indice sera donc enrichie d'une analyse qualitative.

## 3. Résultats

### 3.1. Observance et adhésion au traitement des différents sujets

Tableau II. Répartition des sujets selon le score à la MARS.

Groupe	Sujets	Âge	Conscience du trouble	Score à la MARS	Détail des scores
G1	S1	22	Médiocre	2	Observance : 1/4 Adhésion : 1/4 Effets secondaires : 0/2
	S2	25	Médiocre	3	Observance : 2/4 Adhésion : 1/4 Effets secondaires : 0/2
	S3	34	Médiocre	4	Observance : 2/4 Adhésion : 2/4 Effets secondaires : 0/2
G2	S4	38	Bonne	6	Observance : 3/4 Adhésion : 2/4 Effets secondaires : 1/2
	S5	39	Bonne	6	Observance : 3/4 Adhésion : 2/4 Effets secondaires : 1/2
	S6	47	Bonne	7	Observance : 3/4 Adhésion : 3/4 Effets secondaires : 1/2



Concernant les sujets rapportant des difficultés d’observance (G1), les trois sujets ont fait l’objet de plusieurs ruptures de traitement, ce qui va dans le sens de leur faible score d’observance à la MARS. Ils se plaignent des effets secondaires de leur traitement et notamment ceux portant sur le corps : « *J’avais le dos tordu (...) j’ai pris du poids, j’ai les muscles qui ont fondu* » (S1) ; « *J’ai le regard flou à cause de l’Abilify* » (S2). Le traitement fait l’objet d’un vécu de persécution, parfois délirant : « *Il y a de l’alcool dans le Largactil, c’est comme si je l’étais [alcoolique]* » (S2) ; « *Le Risperdal ça annihile les cellules du cerveau* » (S3). Ces données qualitatives de l’entretien étayent donc les faibles scores d’adhésion au traitement de la MARS. En outre, leurs scores au Q8 témoignent d’un degré de conscience du trouble médiocre.

Quant aux sujets rapportant peu ou pas de problème d’observance (G2), on retrouve dans leur discours un rapport plutôt ambivalent au traitement. Il peut d’ailleurs arriver qu’un propos tenu à l’entretien contredise un item coché à la MARS, ce qui pourrait également traduire cette ambivalence. Le vécu rapporté apparaît plus mesuré que pour le groupe 1, les sujets du groupe 2 reconnaissant à la fois des effets bénéfiques, tout en formulant des plaintes relatives aux effets secondaires : « *Le Loxapac ça détend mais c’est pas vivable sur le long terme* » (S5) ; « *Le Tercian, ça assomme beaucoup mais ça m’a aussi permis de me reposer* » (S6). Si l’adhésion au traitement sous-tendant le comportement d’observance varie selon les sujets du groupe 2, elle ne semble toutefois pas s’accompagner de vécus de persécution ou d’éléments délirants, comme pour ceux du groupe 1. Quant au degré de conscience du trouble, il est bon chez chacun des sujets.

Notons par ailleurs qu’il semble exister une corrélation positive entre l’âge et le score à la MARS, dans la mesure les scores d’observance les plus élevés sont associés aux âges les plus élevés et inversement.

**3.2. Qualité des enveloppes et des limites psychiques**

Tableau III : Investissement des limites au Rorschach.

Groupe	Sujets	Score à la MARS	Indice Barrière Pénétration	Proportion de réponses W	Proportion de réponses dominées par la forme et de bonne qualité (+, o, u)
G1	S1	2	0,4	0,29	0,47
	S2	3	0,27	0,37	0,36
	S3	4	0,14	0,67	0,67
<i>Moyenne ; Ecart-type (G1)</i>			<i>0,27 ; 0,13</i>	<i>0,44 ; 0,20</i>	<i>0,50 ; 0,16</i>
G2	S4	6	0,55	0,64	0,64
	S5	6	1,50	0,71	0,64
	S6	7	3	0,83	0,70
<i>Moyenne ; Ecart-type (G2)</i>			<i>1,68 ; 1,24</i>	<i>0,73 ; 0,10</i>	<i>0,66 ; 0,03</i>

Concernant l’indice Barrière-Pénétration, les scores du groupe 2 apparaissent plus élevés que ceux du groupe 1, avec une différence de 1,41 points entre les moyennes du premier groupe (mg1=0,27) et du deuxième groupe (mg2=1,68). En portant un regard qualitatif, on remarque effectivement que les réponses du groupe 1 comportent des contenus où les limites sont particulièrement mises à mal et effractées (« *Il a la tête ouverte* » ; « *c’est un escargot écrasé* »), ainsi que des cotations spéciales de contamination (CONTAM), dans lesquelles deux contenus fusionnent (« *il est assis sur un tronc, c’est un tronçon de lui-même* »), et de transparence non plausible (FABCOM2) avec une rupture entre l’intérieur et l’extérieur (« *le Bouddha avec ses poumons* »). Pour le groupe 2, on retrouve davantage de contenus évoquant une enveloppe plus contenant (robots, animaux à fourrure, vêtements, temple, tunnel). Concernant la capacité à élaborer des réponses globales (W), les scores du groupe 2 (mg2=0,73) sont plus élevés que ceux du groupe 1 (mg1=0,44) de 0,29 points. Quant à la proportion de réponses déterminées ou dominées par la forme de bonne qualité, on observe une différence similaire, bien que moins prononcée (0,16 points), entre les moyennes du groupe 1 (mg1=0,50) et du groupe 2 (mg2=0,66).

Nos résultats suggèrent donc que les sujets qui ont les limites psychiques les plus défaillantes font l’objet d’un vécu de persécution vis-à-vis de leur traitement. Ces sujets sont également ceux dont le discours et le score à la MARS témoigne d’un défaut d’adhésion et d’observance au traitement. À l’inverse, il apparaît que les sujets plus observants, qui ne rapportent pas ces vécus de persécutions, présentent davantage de capacités à investir des limites psychiques de meilleure qualité. Cela va donc dans le sens de notre hypothèse portant sur la menace pour l’intégrité psychique que constitue le neuroleptique, chez les sujets qui présentent des enveloppes psychiques trop poreuses.

**3.3. Rapport au corps et sentiment d’unité**

Tableau IV : Rapport au corps au Rorschach.

Groupe	Sujets	Score à la MARS	An+Xy	SumMOR	Hd+(Hd):H+(H)
G1	S1	2	1, à la planche IX	2	2 : 1
	S2	3	4, dont 1 à la planche IX et 1 avec MOR	3	3 : 3
	S3	4	0	7	5 : 0
G2	S4	6	2	3	1 : 5
	S5	6	1, dont 1 à la planche VIII	1	1 : 6
	S6	7	0	1	5 : 6

Concernant l’indice An+Xy et sa distribution dans le protocole, il n’y a de réelle différence entre les groupes 1 et 2. On peut donc en déduire qu’il n’existe pas de tendance plus marquée à présenter des préoccupations relatives au corps dans un groupe de notre échantillon. Néanmoins, cette différence s’avère plus marquée quand on s’intéresse à la somme des réponses de caractère morbide (MOR), le groupe 2 (mg2=1,67) faisant en moyenne 2,33 réponses MOR de plus que le groupe 1 (mg1=4). Cela pourrait traduire une perception de soi davantage empreinte d’attributions négatives chez les sujets les moins observants et adhérents.

On remarque par ailleurs que les sujets du groupe 1 présentent une à cinq fois plus de réponses humaines ou humanoïdes fragmentaires (Hd et (Hd)) qu’entières (H et (H)) que ceux du groupe

2, qui présentent 1,2 à 6 fois plus de réponses humaines ou humanoïdes entières que fragmentaires. Cette différence de représentations traduirait l'expression d'angoisses de morcellement chez les sujets du groupe 1 plus fortes que chez ceux du groupe 2. Certaines de leurs réponses sont d'ailleurs particulièrement évocatrices d'un manque d'unité corporelle : « Une paire de pieds rattachés à une bouche » (S1) ; « deux femmes avec le ventre qui manque » ; « quelqu'un divisé en deux, découpé, qu'un taxidermiste aurait voulu le recoller » (S3).

Pour les réponses aux planches I et V, on remarque que, malgré la capacité à formuler une réponse banale (papillon ou chauve-souris) présente chez tous les sujets, les réponses sont davantage infiltrées d'un processus morbide de morcellement chez les sujets du groupe 1. Les contenus sont, chez ces derniers, majoritairement abîmés, découpés, incomplets, voire confondus avec d'autres. Si ce processus n'est pas totalement absent des réponses des sujets du groupe 2, il l'est de manière moins importante et aboutit à de meilleures qualités formelles. En effet, les sujets du groupe 1 font davantage de réponses FQ- à ces planches, à l'exception de S3, pour laquelle le processus morbide atteint davantage l'idéation que la médiation, ce qui se matérialise par la présence de cotations spéciales cognitives (INC2) et de contenus morbides (MOR). Bien que la différence entre les deux groupes soit plus difficilement objectivable, il semble tout de même que le sentiment d'intégrité corporelle soit plus atteint chez les sujets qui présentent une adhésion et une observance partielle ou nulle.

Enfin, pour les réponses à la planche X, à laquelle la dispersion du percept peut faire émerger des angoisses de morcellement, on peut constater des manières d'aborder la planche qui diffèrent selon les sujets. Les sujets du groupe 1 ont tenté d'appréhender la planche dans sa globalité (W), en visant à mettre en lien ses différents éléments par le biais d'un processus d'intellectualisation (Art ou AB), mais cette tentative de synthèse pourrait échouer au vu de la mauvaise qualité formelle des réponses. Quant aux sujets S1 et S2, ils ont respectivement élaboré cinq et huit réponses dans des détails habituels (D) ou inhabituels (Dd), de qualité formelle bonne comme mauvaise, ce qui pourrait être l'expression d'une incapacité à appréhender le percept de manière unifiée. Il semble donc que des angoisses de morcellement soient présentes chez tous les sujets, mais que les sujets les plus observants et adhérents au traitement parviennent davantage à mobiliser des mécanismes de défenses, tels que l'intellectualisation, et la tentative de contrôle, pour en diminuer l'impact sur le fonctionnement psychique.

En confrontant ces données à celles de l'entretien, on remarque que tous les sujets se plaignent de la prise de poids engendrée par le traitement. Néanmoins, les sujets du groupe 2 peuvent aussi pointer les effets positifs que la molécule opère sur le corps : « Ça détend » ; « je me sens plus reposée, détendue ». À l'inverse, les sujets du groupe 1 semblent davantage préoccupés par les conséquences indésirables sur le corps, et parfois de manière délirante : « J'avais le dos tordu », « au moment de l'éjaculation il n'y avait rien qui sortait, elle était sèche, je me demande même si ça m'a pas rendu stérile », « j'ai les muscles qui ont fondu » (S1) ; « J'ai la barbe qui pousse », « quand je les prends c'est dur, ça fait mal à l'intérieur, mon cœur palpite » (S2) ; « J'avale le produit, et là c'est l'enfer, le fouillis dans mon ventre, ça me monte à la tête » ; « ça annihile les cellules du cerveau », « ça va rester longtemps dans mon corps » (S3).

Ces résultats vont donc dans le sens de notre hypothèse portant sur la menace pour l'intégrité somatique que constitue le neuroleptique, chez des sujets pour lesquels le fonctionnement psychotique génère une image du corps morcelée. Il apparaît de plus que cette menace contribue au défaut d'observance. La validation de cette hypothèse s'avère néanmoins plus prudente que pour la précédente, puisqu'elle n'est pas étayée par l'indice An+Xy.

### 3.4. La relation avec le médecin

Concernant la relation avec le psychiatre traitant, qui suit le patient au long terme (et non celui qui ne le suit que durant son hospitalisation), on observe que les sujets du groupe 2 décrivent davantage une relation de confiance et d'écoute avec ce praticien : « C'est une relation de confiance (...) humaine, empathique ». On assiste même à la description d'une relation de causalité entre alliance thérapeutique et observance au traitement dans le discours des deux sujets du groupe 2. S6 décrit en effet qu'elle n'a pas supporté une molécule lorsqu'elle lui avait été prescrite

par son ancien médecin, et lorsque le nouveau lui a proposé, elle a demandé à l'arrêter après dix jours, ce que le psychiatre aurait accepté avec bienveillance : « Ok, on arrête, je veux pas aller contre vous ». Cette même molécule lui a été reproposée « plus tard, quand la confiance s'est installée » et elle en est maintenant très satisfaite. Le 3ème sujet de ce groupe (S4) qui, malgré son observance manifeste, présente une adhésion moins prononcée à son traitement, se montre quant à lui moins satisfait de cette relation.

À l'inverse, pour le groupe 1, un vécu de persécution est présent chez chacun des sujets, parfois sur un mode délirant : « Si j'allais le voir, j'allais direct dans la gueule du loup, je savais qu'il allait m'hospitaliser », « il a envoyé les flics venir me chercher » (S1) ; « Elle était à distance, me regardait avec les yeux serrés pour mieux me fixer » (S2) ; « elle a profité de ma gentillesse pour me rendre faible » (S3). Pourtant, aucun de ces sujets n'a activé la constellation d'hypervigilance au Rorschach, à l'inverse des deux sujets du groupe 2 qui présentent la meilleure alliance avec leur psychiatre traitant. Cette contradiction apparente méritera d'être interrogée lors de la discussion des résultats. Il semble néanmoins, au vu de S4, que l'association entre observance et alliance porte davantage sur l'adhésion que sur l'observance au traitement, étant donné que ce sujet est observant mais peu adhérent. Ces résultats suggèrent donc qu'un défaut d'alliance thérapeutique avec le médecin prescripteur nuit à l'observance au traitement et s'accompagne d'un vécu de persécution à l'égard de ce médecin, sans que nous puissions objectiver pour autant des traits de personnalité de méfiance relationnelle, ce qui ne valide que partiellement notre seconde hypothèse.

Quant à la relation avec les médecins du service et l'équipe infirmière, une alliance semble s'être installée pour certains sujets et pas pour d'autres, sans qu'une tendance relative à leur appartenance aux groupes 1 ou 2 ne se dessine. La notion d'alliance thérapeutique avec l'équipe soignante de l'unité d'hospitalisation ne semble donc pas être déterminante du comportement d'observance.

## 4. Discussion

### 4.1. Le neuroleptique comme menace de l'intégrité psychosomatique

Notre première hypothèse s'intéresse à l'impact du traitement neuroleptique sur le sentiment d'intégrité psychosomatique du sujet atteint de schizophrénie, et au lien de cet impact sur l'observance à ce traitement. Bien que, dans la réalité psychique, ces deux notions entretiennent un lien sans doute étroit, nous proposons d'étudier séparément les versants psychiques et somatiques du sentiment d'intégrité, de continuité ou encore d'unité.

#### 4.1.1. Observance et limites psychiques

Les résultats précédemment exposés suggèrent que les sujets atteints de schizophrénie qui présentent des limites psychiques défailtantes font davantage l'objet de vécus de persécution vis-à-vis de leur traitement que ceux qui présentent des enveloppes psychiques de meilleure qualité. Cela va dans le sens de notre hypothèse et du questionnement de De Luca et al. (2005) sur la menace pour l'intégrité psychique que représente le traitement neuroleptique chez des sujets schizophrènes aux limites psychiques poreuses. En rapportant ce constat à la théorie du Moi-peau (Anzieu, 1985), on pourrait comprendre que ce dernier fait ainsi défaut dans sa fonction de pare-excitation et ne pourrait de ce fait ne pas protéger le psychisme de l'excitation que provoque l'objet « neuroleptique ». Cela fait de même écho à l'indifférenciation entre soi et l'objet décrite par Bergeret (1974), à la lumière de laquelle on le médicament pourrait être considéré comme un corps étranger faisant l'objet de vécus persécutifs. Le manque de délimitation d'un intérieur propre à soi peut en effet donner à l'extérieur un caractère intrusif et de ce fait menaçant pour l'intégrité psychique.

Cette idée d'un défaut des limites pourrait également être éclairée par les travaux de Castro et ses collaborateurs (2004) qui mettent en lien sentiment de toute-puissance et défaut d'observance chez le sujet schizophrène, en s'appuyant sur l'élévation des réponses reflètes au test de Rorschach. Ces réponses traduisant l'ancrage de traits narcissiques dans la personnalité ne sont retrouvées dans notre étude que chez les sujets S1, S2 et S3, qui présentent respectivement une,

trois et deux réponses reflète. On pourrait donc mettre en lien défaut des limites entre l'intérieur et l'extérieur et manque de limites à la toute-puissance. Cela pourrait amener à élargir la place que l'on accorde aux limites dans la compréhension de l'attitude du patient face à son traitement. L'absence de limites psychiques, ou tout du moins leur manque de consistance, se traduirait ainsi par un vécu d'intrusion ou de persécution portant sur le médicament, mais aussi par un sentiment de toute-puissance prenant la forme d'« *une conscience irréaliste de leurs besoins et de leur état psychique* » (Castro et al., 2004, p. 268) chez les patients les moins observants.

La menace que représente le médicament semble en outre, comme nous l'avions supposé, contribuer au défaut d'observance au traitement. En effet, nos résultats suggèrent une association entre vécu de persécution vis-à-vis du traitement, et manque d'adhésion et d'observance. On pourrait en comprendre que la motivation intrinsèque du patient à adhérer à son traitement est compromise par l'angoisse de persécution ou d'intrusion qu'il suscite, ce qui impacterait négativement le comportement d'observance. Le refus de prendre le traitement serait alors un moyen de se protéger de cette angoisse et de préserver un certain équilibre psychique. Ces résultats peuvent, par ailleurs, être éclairés par les apports de Kapsambelis (2002) précédemment évoqués. L'auteur accorde en effet au traitement neuroleptique une action restauratrice des limites du Moi et de l'efficacité du système pare-excitation. On comprendrait de ce fait que, par observance au traitement, ces patients ont pu développer un Moi plus délimité et unifié, ainsi plus opérant pour se protéger d'un extérieur jusque-là menaçant. Se dessinerait alors une relation circulaire, plutôt que linéaire, entre l'observance et le rapport aux limites. L'observance au traitement permettrait de restaurer un Moi-peau plus fonctionnel et mieux délimité, ce qui diminuerait les angoisses suscitées par ce traitement et faciliterait par conséquent l'observance au traitement.

#### 4.1.2. Observance et intégrité somatique

Concernant maintenant le rapport au corps, nos résultats vont également dans le sens de notre hypothèse postulant que le neuroleptique représente une menace pour l'intégrité somatique des sujets schizophrènes les plus en proie à des angoisses de morcellement et contribue de fait au défaut d'observance. En effet, si des angoisses relatives à l'intégrité et à l'unité corporelle étaient présentes chez nos sujets les moins observants et adhérents, elles apparaissaient également, bien qu'à moindre intensité, chez deux sujets observants. En confrontant nos résultats à la réflexion de Dal Bianco (2012) sur l'impact des effets secondaires corporels sur l'économie psychosomatique du sujet atteint de schizophrénie, on remarque en effet que les sujets les plus menacés par leur traitement sont ceux qui se plaignent le plus de leurs effets secondaires, qu'ils peuvent vivre sur un mode délirant. Le médicament est assimilé, chez ces sujets, à un poison qui nuit, voire détruit, le corps. On pourrait alors comprendre que le neuroleptique, dont les effets sur le corps sont réels, vient majorer des angoisses relatives au corps, à son intégrité et à son unité. Cela pourrait d'ailleurs faire écho aux travaux de Dolto (1984) sur l'atteinte de l'image de base dans la psychose qui, ne permettant pas d'accéder à un sentiment d'existence corporelle continue, laisse place à des vécus persécutifs.

Par ailleurs, Schilder (1968) s'intéressait au fondement sensoriel de l'image du corps, champ qui a fait l'objet de nombreux travaux en neuropsychologie. On peut notamment se référer au manque de filtrage sensoriel mis en évidence par les recherches sur le manque d'inhibition de l'onde P50 des potentiels évoqués auditifs, présentées dans la méta-analyse de Bramon, Rabe-Hesketh, Sham, Murray et Frangou (2004). Ces travaux ont permis d'objectiver un défaut de filtrage des afférences sensorielles dans la schizophrénie, conduisant à une sorte d'inondation sensorielle que le sujet ne peut traiter et endiguer. Ce mécanisme, qui serait notamment en jeu dans les hallucinations, pourrait servir de matériel pour éclairer le vécu persécutif porté sur le traitement neuroleptique mis en exergue par notre étude. L'action pharmacodynamique du neuroleptique sur l'organisme provoquerait un large panel d'afférences sensorielles qui submergeraient et angoisseraient le sujet. On peut alors se demander, si un tel phénomène est effectivement à l'œuvre dans la schizophrénie, pourquoi le serait-il davantage chez les sujets du groupe 1, dont le traitement semble constituer une réelle menace pour l'intégrité somatique. L'étude de Light, Geyer, Clementz, Cadenhead et Braff (2000) semble apporter un élément de réponse à ce questionnement. Leurs résultats objectivent une diminution de l'onde P50 après un second stimulus identique au premier, c'est-à-dire une augmentation de la capacité à filtrer des informations sensorielles, chez

des sujets schizophrènes traités par des neuroleptiques atypiques comparativement à des mêmes sujets traités par des neuroleptiques classiques ou non traités. On comprendrait alors que les sujets du groupe 2 de notre étude, bénéficiant tous d'au moins un traitement neuroleptique de seconde génération auquel ils se montrent observants, ont pu développer un filtre sensoriel plus opérant, leur permettant de mieux gérer les afférences sensorielles engendrées par le traitement. Bien qu'une correspondance directe entre les référentiels neuropsychologique et psychodynamique puisse apparaître hasardeuse, ces travaux semblent aller dans le même sens que les hypothèses proposées par Kapsambelis (2002) sur l'action restauratrice du neuroleptique sur le système pare-excitation.

La menace que constitue le neuroleptique semble de surcroît, comme nous l'avions auguré, contribuer au défaut d'observance au traitement. Nos résultats révèlent effectivement une association entre menace du traitement pour l'intégrité somatique, et défaut d'adhésion et d'observance. Tout comme pour l'hypothèse sur le versant psychique du sentiment d'intégrité, c'est la motivation intrinsèque du patient à adhérer à son traitement, qui semble amoindrie par le vécu corporel qu'il suscite, et qui pourrait, en conséquence, impacter négativement le comportement d'observance. A nouveau, le refus de prendre le traitement pourrait alors être interprété comme une défense contre la menace qu'il constitue envers le sentiment d'intégrité et d'unité corporelle. Enfin, nous avons vu que le type de traitement pourrait avoir un impact sur l'observance, dans la mesure où les antipsychotiques de seconde génération engendraient une meilleure amélioration symptomatique au coût d'effets indésirables moindres, que pour ceux de première génération. Néanmoins, un tel impact n'a pu être observé dans la mesure où tous les sujets de notre échantillon bénéficiaient au moins d'un neuroleptique « *atypique* ».

#### 4.1.3. Enjeux cliniques

Le discours des sujets interrogés, étayé par la MARS et le test du Rorschach, est riche de matériel invitant à la réflexion relative à la compréhension de l'observance. En considérant l'hypothèse d'une relation circulaire entre l'efficacité du système pare-excitation et l'observance, on pourrait alors être confronté au paradoxe suivant : ce sont les sujets qui pourraient le plus bénéficier de leur traitement neuroleptique, du point de vue la consistance de leur Moi-peau, qui sont les moins en mesure d'y être observants. En découle donc la nécessité de réfléchir à des pistes pour pallier cette difficulté que nous pouvons rencontrer dans la prise en charge des patients schizophrènes.

Il apparaît tout d'abord judicieux de considérer et d'être attentif à la souffrance du patient et l'angoisse qui la génère, qui peuvent être masquées ou oubliées derrière le comportement de refus. On peut en effet parfois observer dans les équipes des contre-attitudes négatives à l'égard des patients non observants, visant à les accuser de la mise en échec de leur processus thérapeutique. Or, à la lumière de nos résultats, se dessine la nécessité d'accueillir cette angoisse avec bienveillance, et d'aider le patient schizophrène à en réduire l'impact. Nous formulons l'hypothèse que le refus, partiel ou total, du traitement pourrait en partie traduire d'un mouvement défensif visant à protéger l'économie psychosomatique du corps étranger que représente le médicament et du large éventail d'effets indésirables. La prise en compte d'une telle possibilité pourrait alors nous mettre en garde face aux éventuels risques que comporte la mise en place d'une relation coercitive au traitement. Il ne s'agit évidemment pas de renoncer au traitement chez tout patient qui s'y oppose, mais de prendre en compte et d'essayer de respecter ses défenses. Ces différentes propositions, partant de la prise en compte du vécu intrapsychique du patient schizophrène, nous mènent inéluctablement à déplacer notre regard sur la relation entre le médecin prescripteur et son patient, pour considérer l'importance de l'alliance thérapeutique.

#### 4.2. Alliance thérapeutique et observance

Comme l'ont souligné Vaxelaire et al. (2014) l'alliance thérapeutique entre le patient et son psychiatre contribue à l'observance au traitement. Notre objectif ici est mieux comprendre les mécanismes qui sont en jeu dans cette alliance. Nos résultats ont mis en lumière une association entre adhésion au traitement et relation de confiance et d'écoute avec le psychiatre traitant (et non celui



de l'unité d'hospitalisation). De Roten, Michel et Peter (2007) mettent la notion de collaboration mutuelle au centre du concept d'alliance thérapeutique. Il a d'ailleurs été intéressant de relever que ces deux sujets mettaient spontanément en lien l'impact du manque de confiance envers le praticien sur le vécu du traitement, ce qui conforte la validation de notre première sous-hypothèse secondaire (H2-1). S6 décrivait notamment le rejet d'une molécule concomitant à une méfiance vis-à-vis du psychiatre, molécule qui lui convient parfaitement depuis qu'elle a trouvé un psychiatre avec lequel elle se sent en confiance et peut adopter une posture active dans le choix de son traitement. En se nourrissant de la réflexion de Green (1961, cité par Kapsembelis, 2002), on pourrait comprendre que le médicament est un vecteur du conflit entre le patient et son médecin et que son refus symboliserait une agressivité à l'endroit du médecin.

On peut aussi se questionner, dans une pathologie telle que la schizophrénie, dans laquelle la désorganisation est majeure, on la capacité du patient à adopter une telle attitude active face à son traitement. Vaxelaire et ses collaborateurs (2014) insistent sur la capacité du médecin à répondre au besoin d'informations du patient, mais nos résultats suggèrent que des processus à l'œuvre du côté de ce dernier peuvent y faire obstacle. Les sujets de notre étude présentant un défaut d'observance expriment en effet tous des vécus de persécution ayant pour objet le psychiatre traitant. Ces vécus sont présents chez les sujets qui présentent des limites psychiques poreuses et mal délimitées. Or, un manque de délimitation entre l'intérieur et l'extérieur est aussi un manque de délimitation entre soi et l'autre. Bergeret (1974) évoquait d'ailleurs que le mode de relation à l'objet était principalement fusionnel dans la schizophrénie, mode de relation objectale dans lequel l'incapacité à trouver une juste distance relationnelle est centrale : l'autre peut rapidement être trop près et revêtir un caractère intrusif et persécuteur. Une telle relation mobilise donc des angoisses de persécution. Face à la massivité de ces angoisses, le recours à des mécanismes de projection pourraient donc fortement compromettre toute relation d'alliance et rendre secondaire la question des informations relatives au traitement. La présence de telles angoisses pourrait alors nécessiter que l'on s'y intéresse, avant de pouvoir mettre en place une relation collaborative et informative. Il ne s'agirait donc pas, pour ces patients, de focaliser la relation sur des éléments factuels relatifs au traitement et à ses caractéristiques, mais de tenter d'accueillir, de contenir et d'apaiser ces angoisses, pour qu'une alliance puisse progressivement s'installer.

Nous avons aussi pour objectif de mettre au jour une tendance à la méfiance relationnelle structurant le fonctionnement psychologique de ces sujets, à l'aide de la constellation d'hypervigilance au test de Rorschach. À notre surprise, seuls les deux sujets ayant développé une alliance thérapeutique avec leur psychiatre ont activé cette constellation. Cela remet donc en question la validation de notre seconde hypothèse et nous invite à nous questionner sur la qualité de cette alliance. Pourtant les vécus de persécution sont manifestes dans le discours des patients non observants et non adhérents et cela peut aussi nous amener à questionner la constellation d'hypervigilance. En s'intéressant aux différents items qui la composent, on remarque en effet que certains nécessitent un niveau d'élaboration cognitive et une méticulosité dans le traitement des informations du champ perceptif qui pourrait être difficilement atteignable au regard de la massivité de la désorganisation à l'œuvre chez ces sujets. On peut alors formuler l'hypothèse que l'hypervigilance révélée par cette constellation évaluerait davantage des mécanismes du registre paranoïaque, c'est-à-dire plus évolués cognitivement que ceux du registre paranoïde propres à la schizophrénie.

Nous évoquons dans la revue de la littérature l'hypothèse d'une possibilité d'évolution vers des aménagements maniaco-dépressifs permise par le traitement neuroleptique. Or, certains travaux relèvent une dimension persécutrice dans la maniaco-dépression. Klein, par exemple, postule que la manie n'était pas qu'une défense érigée contre la dépression mais aussi contre la mélancolie et la paranoïa (Chabot, Husain, Reeves, & Choquet, 2003). La recherche de Chabot et al. (2003) objective des mécanismes persécutrices aux tests projectifs chez des sujets bipolaires, qui poussent les auteurs à mettre en lien « l'hypersusceptibilité maniaco-dépressive » avec une « vulnérabilité persécutrice ». Concernant notre échantillon, on remarque que, pour les deux sujets concernés par la constellation d'hypervigilance, qui sont aussi les deux sujets les plus observants, la dimension thymique est au premier plan de la symptomatologie. On pourrait donc proposer la compréhension suivante de nos données : ces deux sujets ont pu, par leur comportement d'observance et l'efficacité de leur traitement, s'organiser davantage sur un mode maniaco-dépressif, faisant ainsi évoluer leurs angoisses paranoïdes vers des aménagements persécutrices plus structurés et moins massifs. Nous insistons sur le caractère tout à fait hypothétique de cette interprétation,

visant à articuler les données recueillies dans le cadre de notre recherche avec celles de la revue de la littérature, et sommes conscient qu'elle ne rend sans doute pas compte de la complexité des phénomènes impliqués. Nous pourrions en effet également comprendre de ce résultat que ces patients ont pu progressivement développer une relation de confiance, bâtie au fil du temps, jusqu'à ce qu'elle puisse devenir un espace rassurant, alors que le reste du fonctionnement est marqué par la méfiance. Il aurait alors été pertinent d'introduire la durée de la relation avec le médecin parmi les facteurs déterminant l'alliance, et de s'interroger sur la présence de mécanismes défensifs comme que le clivage de l'objet. En effet, dans le but de préserver le psychiatre comme « bon » objet, le sujet schizophrène pourrait être amené à opérer un clivage et ainsi à écarter de sa conscience la partie « mauvaise » de son médecin. Nous ne disposons toutefois pas de matériel suffisant pour étayer une telle hypothèse.

Par ailleurs, nous avons remarqué dans la présentation de nos résultats, que les trois sujets les plus observants avaient tous bénéficié, dans leur parcours de soin, d'une psychothérapie. Cette donnée va dans le sens de notre réflexion, dans la mesure où ce travail a sans doute pu contribuer à élaborer et apaiser ces angoisses. Pour apporter un éclairage sur l'impact de la psychothérapie sur la relation avec le médecin, nous pouvons nous référer aux travaux de Bandura (1977, 1997, cités par Lecomte, 2004) sur l'efficacité personnelle. Il postule en effet que le bénéfice majeur d'un travail psychothérapique est le développement d'outils sociocognitifs permettant de gérer les situations quotidiennes avec plus d'efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle, c'est-à-dire le sentiment de confiance en sa capacité à induire des résultats satisfaisants dans les activités entreprises, se verrait donc accru par la psychothérapie. On pourrait donc, à la lumière de ce point de vue, comprendre que le travail psychothérapique, effectué par nos trois sujets les plus observants, a facilité l'adoption d'une attitude active dans la relation à leur traitement et, par ce biais, a renforcé le caractère collaboratif de la relation à leur psychiatre.

#### 4.3. Limites de l'étude

Notre étude présente des limites qu'il convient d'interroger et de présenter, afin de porter un regard critique sur nos résultats et sur leur interprétation. Tout d'abord, certaines concernent notre échantillon. Ce dernier ne peut en effet être considéré comme représentatif d'une population de schizophrènes pouvant faire l'objet d'une analyse statistique solide, au vu de sa taille et de sa composition. Les symptomatologies des sujets qui le composent sont très hétérogènes, certaines s'exprimant sur un versant thymique, d'autres davantage sur un mode dissociatif ou encore paranoïde. L'hétérogénéité de cet échantillon se retrouve aussi dans l'âge des sujets qui, nous l'avons dit, semble être positivement corrélé à l'observance, ce qui met sans doute au jour un biais de notre étude. En effet, nous remarquons que, plus les sujets de notre étude sont âgés, plus ils sont observants à leur traitement. Cela pourrait sans doute être en lien avec l'évolution de la maladie et du rapport à la prise en charge, et d'un éventuel processus de stabilisation des troubles, dont l'approfondissement n'est pas l'objet de cette recherche mais mériterait d'être réalisé. Enfin, on peut également se questionner sur l'hétérogénéité de l'état psychique des différents sujets. En effet, les sujets du groupe 1 présentaient une symptomatologie plus aiguë que ceux du groupe 2, notamment en termes de symptômes positifs. Ainsi, le manque d'intégrité psychosomatique retrouvé tant au Rorschach que dans le discours des sujets du groupe 1 pourrait en fait être le fruit de la désorganisation psychique de ces sujets. Il aurait donc été préférable de standardiser l'évaluation de l'intensité de la symptomatologie afin de mieux contrôler ce biais. De même, il aurait été intéressant d'intégrer à la description de l'échantillon d'autres données démographiques telles que l'âge de début des troubles et le nombre et la nature des épisodes délirants.

Concernant à présent la méthodologie de notre étude, nous pouvons tout d'abord questionner la validité psychométrique de nos outils. En effet, si le Système Intégré du Rorschach a pu faire l'objet d'une validation scientifique, ça n'est pas le cas des indices de l'école française qui ont été utilisés. Ces indices, notamment la qualité des réponses formelles et la capacité à élaborer des réponses globales, pourraient en effet être sensibles à d'autres phénomènes psychologiques que l'investissement des limites psychiques. Ils pourraient, par exemple, être impactés par les troubles cognitifs à l'œuvre dans la schizophrénie.



Par ailleurs, la MARS, utilisée pour évaluer l'adhésion et l'observance au traitement, est une échelle type Thurstone, c'est-à-dire qu'elle « *évalue une attitude à partir d'une série d'énoncés pour lesquels le sujet doit exprimer son accord ou son désaccord* » (Fernandez & Catteeuw, 2001, p. 98). Si elle permet par ce biais de pouvoir comparer dimensionnellement les sujets entre eux autour d'un phénomène défini, elle ne laisse toutefois la place qu'à un choix dichotomique, faisant obstacle à toute possibilité de déploiement du discours et des contradictions qu'il peut révéler. Aussi, elle se présente sous la forme d'un auto-questionnaire et présente la limite de l'observation directe de l'observance, qui est celle de devoir se fier au discours du patient. Or, les travaux de Cuffel, Alford, Fischer et Owen (1996) avaient mis l'accent sur le décalage entre l'observance réelle et son vécu par le patient schizophrène qui présente d'importants troubles cognitifs. On peut donc remettre en question la validité des résultats de notre étude relatifs à l'adhésion et à l'observance au traitement, au vu du niveau de désorganisation de certains sujets.

De surcroît, la notion d'alliance thérapeutique aurait mérité d'être davantage approfondie du point de vue théorique et méthodologique. En effet, cette notion est complexe et sa définition ne fait pas l'objet d'un consensus. Par exemple, Rodgers et al. (2010) insistent sur la qualité de la relation, et l'accordage sur les objectifs thérapeutiques, alors que Baillargeon, Pinosof et Leduc (2005) décrivent le processus par lequel le soignant pénètre le système du patient, et considèrent la remise en question de l'alliance comme une étape normale de l'installation du lien. En outre, le débat sur l'éventuel antinomisme entre alliance thérapeutique et relation transférentielle suscite toujours la réflexion. L'un des arguments principaux alerte notamment sur le risque que comporte l'intérêt porté à l'alliance de d'accorder trop d'importance aux processus conscients et pas assez aux « *motivations conflictuelles qui sous-tendent les sentiments du patient envers son thérapeute* » (Bioy, Bénony, Chahraoui, & Bachelart, 2012, pp. 346-347). L'alliance thérapeute apparaît donc comme un concept complexe qui, en dépit du corpus théorique lui étant relatif, nécessite d'être approfondi et mieux délimité (Rodgers et al., 2010). Cela nous invite donc à faire preuve d'une certaine mesure dans l'interprétation des résultats relatifs à l'alliance, et suggère de même que sa mesure dans le cadre de notre étude aurait de fait pu gagner en consistance.

Dernièrement, la posture théorico-clinique adoptée au cours de cette recherche, tentant parfois de mettre en lien des référentiels anthropologiques différents (médical, psychanalytique et neuro-cognitif), peut constituer une certaine limite. En effet, cet abord intégratif de la clinique pourrait engendrer le risque de d'aborder chaque point de vue de manière superficielle, de faire des liens qui n'ont pas lieu d'être, ou encore de se perdre dans la complexité des phénomènes étudiés. Il nous a en tout cas permis de considérer le rapport au traitement de manière plus globale, tout en nécessitant par moments de le réduire à l'étude de phénomènes isolés afin de cadrer le travail de recherche.

## Conclusion

Comme nous l'avons détaillé lors de notre revue de la littérature, l'observance au traitement neuroleptique est un enjeu central dans la prise en charge de la schizophrénie. Mieux en comprendre les facteurs permettrait d'agir tant de manière préventive que curative, tout en veillant à éviter l'écueil d'installer une relation d'aliénation ou de subordination avec le sujet schizophrène. Les déterminants du comportement d'observance apparaissent multiples et variés : capacité d'insight, troubles cognitifs, alliance thérapeutique avec le médecin prescripteur, nature et intensité des effets secondaires, etc. En montrant, à l'échelle de notre échantillon, que le neuroleptique pouvait représenter une menace pour le patient schizophrène présentant une problématique de limites et des angoisses relatives à son intégrité psychosomatique, et contribuer ainsi au défaut d'observance, nous avons pu apporter un éclairage nouveau. Nous avons également compris que de telles modalités de fonctionnement psychique pouvaient être source de vécus de persécution entravant la relation au médecin prescripteur, et compromettant d'autant plus l'observance. Il ne s'agirait donc pas d'une simple relation médicale de prescription et d'ajustement physiologique des molécules et leur posologie, mais d'une relation thérapeutique qui mobilise des enjeux transférentiels. Dans le cas particulier de la schizophrénie, pathologie qui met à mal les limites entre l'intérieur et l'extérieur, et entre soi et l'autre, nous avons pu voir que cette relation était le lieu d'expression d'angoisses de persécution et des mécanismes de projection.

L'observance apparaît en tout cas comme un phénomène complexe pour lequel il serait hasardeux de vouloir le réduire à une approche théorique ou expliquer son déterminisme par un unique facteur. La pensée complexe décrite par Morin (1995) pourrait alors être un recours pour l'appréhender. Si l'appréhension de l'observance dans sa totalité apparaît impossible, il s'agirait alors d'en observer les différents composants pour ensuite s'attacher à les relier et tenter d'en saisir la complexité. Cela invite les différents spécialistes à travailler ensemble et à confronter leurs points de vue différents, tant dans la démarche de recherche que dans celle du soin de la schizophrénie.

*Aucun conflit d'intérêt à signaler*



**/// Bibliographie**

- Ameller, A., & Gorwood, P. (2015). Poids de la comorbidité addictive dans le risque d'observance partielle au traitement médicamenteux et de rechute dans la schizophrénie. *L'encéphale*, 41(2), 174-183.
- André, P. (2013). *Psychiatrie de l'adulte – Formations médicales et paramédicales*. Paris : Heures de France.
- Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Paris : Dunod.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5 – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux*, 5ème édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Baillargeon, P., Pinosof, W. M., & Leduc, A. (2005). L'alliance thérapeutique : la création et la progression du lien. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 55(4), 225-234.
- Bergeret, J. (1974). *La personnalité normale et pathologique*, 3ème édition (2003). Paris : Dunod.
- Bourgeois, M. L., Koleck M., & Jais, E. (2002). Validation de l'échelle d'insight Q8 et évaluation de la conscience de la maladie chez 121 patients hospitalisés en psychiatrie. *Annales Médico-Psychologiques*, 160(7), 499-526.
- Bouroubi, W., Banovic, I., Andronikof, A., & Omès, C. (2016). Insight et schizophrénie : revue de la littérature. *L'évolution Psychiatrique*, 81(2), 405-422.
- Bouvet, C., & Bouchoux, A. (2015). Études des liens entre la stigmatisation intériorisée, l'insight et la dépression chez des personnes souffrant de schizophrénie. *Encéphale*, 41(5), 435-443.
- Buchanan, A. (1992). A two-year prospective study of treatment observance in patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 22(3), 787-797.
- Castro, D., Zoute, C., & Le Rohellec, J. (2004). Adhésion au traitement prescrit et traits de personnalité dans une population de patients atteints de schizophrénie. *Annales Médico-Psychologiques*, 162(4), 262-270.
- Castro, D., Constantin-Kuntz, M., Pons, E., Artaud, B., Tran, J., & Zoute, C. (2013). Perception de la maladie et processus d'observance thérapeutique. Le point de vue de 11 patients porteurs de schizophrénie paranoïde. *Annales Médico-psychologiques*, 171, 720-724.
- Chabert, C. (2012). *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*. 3ème Edition. Paris : Dunod.
- Chabert, C., & Verdon, B. (2008). *Psychologie clinique et psychopathologie*. Paris : Presses universitaires de France.
- Chabot, M., Husain, O., Reeves, N., & Choquet, F. (2003). La maladie bipolaire au Rorschach et au TAT : diversité ou homogénéité ? *Psychologie clinique et projective*, 9, 255-283.
- Cuffel, B. J., Alford, J., Fischer, E. P., & Owen, R. R. (1996). Awareness of illness in schizophrenia and outpatient treatment adherence. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 184(11), 653-659.
- David, A. (1990). Insight and psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 156, 798-808.
- De Luca, M., Jeanne, A., & Chenivresse, P. (2005). Le groupe médicament : J'ai 20 ans et je ne veux pas prendre de médicaments. *L'information psychiatrique*, 81, 715-720.
- Dolto, F. (1984). *L'Image inconsciente du corps*. Paris : Le Seuil.
- Exner, J. (2002). *Manuel de Cotation du Rorschach pour le Système Intégré*, traduit par Andronikof, A. Paris : Editions Frison-Roche.
- Fernandez, L., & Catteeuw, M. (2001). *La recherche en psychologie clinique*. Paris : Nathan.

- Fialko L., Garety P.A., Kuipers E., Dunn G., Bebbington P.E., Fowler D., & Freeman D. (2008). A large-scale validation study of the Medication Adherence Rating Scale (MARS). *Schizophrenia Research*, 100(1-3), 53-59.
- Fisher S., & Cleveland S.-E. (1958). *Body image and personality*. Van Nostrand : Reinhold.
- Jeste, S. D., Patterson, T. L., Palmer, B. W., Dolder, C. R., Goldman, S., & Jeste, D. V. (2003). Cognitive predictors of medication adherence among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 63(1-2), 49-58.
- Kapsambelis, V. (2002). Formulations psychanalytiques des effets des neuroleptiques. *Revue française de psychanalyse*, 66, 447-464.
- Klein, M. (1946). Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. In M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs, & J. Rivière (Eds.), *Développements de la psychanalyse* (pp. 274-300). Paris : PUF.
- Lamouroux, A., Magnan, A., & Vervloet, D. (2005). Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? *Revue des Maladies Respiratoires*, 22, 31-34.
- Lecomte, J. (2004). Les applications du sentiment d'efficacité personnelle. In J. Beillerot (Ed.), *De l'apprentissage social au sentiment d'efficacité personnelle*. Autour de l'œuvre d'Albert Bandura (pp. 59-90). Paris : L'Harmattan.
- Mahadun, P. N., & Marshall, M. (2008). Insight and treatment attitude in schizophrenia: comparison of patients on depot and atypical antipsychotics. *Psychiatric Bulletin*, 32(2), 53-56.
- Massé, G., & Weill, M. (1991). *Psychiatrie - Manuel de préparation aux QCM, CCQM*. Paris : Ellipses.
- Misdrachi D., Verdoux H., Llorca, P.-M., & Bayle, F.-J. (2004). Observance thérapeutique et schizophrénie : intérêt de la validation de la traduction française du Medication Adherence Rating Scale (MARS). *L'Encéphale*, 30(4), 409-410.
- Morin, E. (1995). La stratégie de reliance pour l'intelligence de la complexité. *Revue Internationale de systémique*, 9(2), 105-122.
- Naudin, J., Dassa, D., & Cermolacce, M. (2009). La compliance aux antipsychotiques d'action prolongée : d'un problème d'image à une question d'indication. *L'Encéphale*, 35, 315-320.
- Olie, J.-P., Ginestet, D., Jolles, G., & Léo (2012). *Histoire d'une découverte en psychiatrie. 40 ans de chimiothérapie neuroleptique*. Paris : Doin.
- Palazzolo, J., Weibel, L., Midol, N., & Dunezat, P. (2007). Enquête sur la perception de l'observance dans la schizophrénie. *Annales Médico-Psychologiques*, 165(5), 313-324.
- Parnas, J., Handest, P., Saebye, D., & Jansson, L. (2003). Anomalies of subjective experience in schizophrenia and psychotic bipolar illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(2), 126-133.
- Penttilä, M., Jääskeläinen, E., Hirvonen, N., Isohanni, M., & Miettinen, J. (2014). Duration of untreated psychosis as predictor long-term outcome in schizophrenia : systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 205, 88-94.
- Rogers, R. F., Cailhold, L., Buib, E., Klienc, R., Schmittb, L., & Chabrola, H. (2010). L'alliance thérapeutique en psychothérapie : apports de la recherche empirique. *L'encéphale*, 36(5), 433-438.
- Vaxelaire, L., Gouvement, B., & Palazzolo, J. (2014). Le vécu des effets indésirables d'un traitement antipsychotique : facteurs influençant l'observance médicamenteuse. *Annales Médico-Psychologiques*, 172, 534-540.