



Université Abderrahmane mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Psychologie Clinique

Thème

La qualité d'observance thérapeutique chez les patients schizophrènes

Etude de quatre cas au niveau du CHU Frantz Fanon

Soutenu le 08 Juillet 2019

Réalisé par :

BENMOUHOU B Chahrazed

BENSTITI Ryma

Encadré par :

Pr. SAHRAOUI. I

2018 - 2019

Remerciements

Tout d'abord, nous exprimons nos vifs remerciements aux membres de jury qui vont juger notre recherche et qui ont bien voulu examiner notre travail.

Aussi nous tenons à remercier notre promotrice, Professeur Sahraoui de nous avoir honoré en acceptant d'encadrer ce travail.

Un grand remerciement à Docteur Sidous pour son aide précieuse.

Nous profitons par la même occasion, de transmettre notre profonde gratitude à tout le personnel du service psychiatrique de L'HOPITAL FRANTZ FANON de la wilaya de Bejaia plus précisément au chef de service madame Bougtaya qui nous a accueilli dès le premier jour, docteur Mokhtari de nous avoir accordé les bonnes conditions pour travailler et ont fait de notre stage le meilleur terrain.

Enfin, nous remercions généreusement tous ceux ou celles qui ont contribué à la réussite de ce travail.

Dédicace

Je tiens à dédier cet humble travail à :

Ma mère*à titre posthume, qui a tant veillé à poursuivre mes études *

Mon père, ceci est ma profonde gratitude pour ton éternel amour.

Mon unique frère Raouf et ma belle sœur Amyra pour leur soutien et affection ainsi qu'à mes très chers neveux Danya et Danyl.

A toute ma grande famille, en particulier mes oncles Aziz et Mustapha qui ont toujours été un exemple de persévérance.

A ma chère grand-mère Ourida pour ses prières.

A ma cousine Djamilia ainsi qu'à ma tante Karima pour leur appui et précieuse aide.

A mes cousines Farah et ma princesse Hiba.

Mon encadreur, Professeur Sahraoui de m'avoir apporté ses précieuses connaissances.

A mes camarades ;Badria , Aicha, Zakia, Sofiane, Nasredine, Mazigh.

A tous mes amis et à tous ceux qui sont chers, proches de mon cœur, qui auraient voulu partager ma joie.

A ma binôme Ryma.

Phahrazed

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail tout d'abord à mes très chers parents qui m'ont toujours soutenue et encouragée durant mon parcours universitaire.

que Dieu vous protège

Je m'efforcerai pour vous d'être digne de votre estime et à

La hauteur de toutes vos attentes.

Je n'oublierai pas d'exprimer ma reconnaissance à mon unique sœur Siham et à mon beau frère Riad ainsi que mon très cher neveu Racim qui m'ont beaucoup aidée de près ou de loin à la réalisation de ce travail

Tous mes remerciements au Professeur SAHRAOUI pour avoir

Accepté d'évaluer ce travail et pour toutes ses remarques et

Critiques constructives

Ainsi qu'à tous mes fidèles amis Karima, Amina, Soumaya, Chawki, Naserdine, Sofiane, Mazigh, Badria, Zakia, Aicha. Et mes chères tantes et cousines Samia, Salima, Naima, Hana, Yasmine... Qui, grâce à leur soutien, aide, collaboration et présence ont pu remplacer, mon incertitude, ma réticence en réconfort, courage et confiance le long de cette honorable expérience qui m'a permis de consolider mes connaissances et à en développer de nouvelles.

A ma binôme Chahrazed

Ryma

Sommaire

Introduction générale	01
------------------------------------	-----------

Partie théorique

Chapitre 1 : Cote médical

Introduction	05
1. Définition	05
2. Le trouble psychiatrique	05
3. Diagnostics positifs	05
4. Les différentes formes cliniques	06
5. Diagnostic différentiels	09
6. Notion de physiopathologie	10
7. Le pronostic de l'évolution	11
8. La prise en charge psychiatrique	11
Conclusion	13

Chapitre 2 : La schizophrénie

Introduction	15
1. Histoire et évolution du concept de la schizophrénie	15
2. Définition psychologique	16
3. Définition selon le DSM-5	16
4. L'étiologie du concept de schizophrénie	17
5. Les psychothérapies	19
6. La sociothérapie	20
Conclusion	21

Chapitre 3 : L'observance et inobservance

Introduction-----	23
1. L'observance thérapeutique -----	23
2. L'inobservance thérapeutique -----	24
3. L'inobservance thérapeutique chez les schizophrènes -----	27
4. Les principaux déterminants de l'observance et de non observance --	27
5. Les facteurs favorisant l'observance chez les schizophrènes -----	29
6. Les facteurs diminuant l'observance chez les schizophrènes -----	30
7. Les modèles théoriques spécifiques à l'observance thérapeutique -----	32
8. L'alliance thérapeutique -----	34
9. L'éducation thérapeutique -----	37
Conclusion-----	37

Chapitre 4 : problématique et hypothèses

Problématique -----	40
Hypothèses -----	45
Opérationnalisation des concepts -----	45

Partie méthodologique

Chapitre 5 : méthodologie de la recherche

Introduction-----	48
1. La démarche de la recherche -----	48
2. La population d'étude et lieu de recherche-----	49
3. Les techniques utilisées -----	51
4. L'analyse des techniques utilisées-----	60
Conclusion-----	62

Partie pratique

Chapitre 6 : présentation et analyse des résultats -----65

Chapitre7 : discussion des hypothèses ----- 114

Conclusion générale ----- 119

Liste bibliographique

Annexes

Introduction générale

La santé mentale est marquée depuis très longtemps par l'ostracisme et la discrimination ; Ces dernières années le monde a pris conscience de l'énorme charge que représente la maladie mentale, tout comme des progrès qui pourraient être accomplis.

Parmi les pathologies qui touchent à la santé mentale figure la schizophrénie, définie comme étant une psychose chronique se manifestant par la désintégration de la personnalité et par la perte de contact avec la réalité.

La schizophrénie touche plus de 21 millions de personnes dans le monde ; En Algérie le nombre de schizophrènes est estimé à 400000 cas ; c'est une pathologie qui est aussi fréquente chez l'homme que chez la femme ; elle débute précocement chez l'homme (15-25ans moyenne 23ans) que chez la femme (25-35moyenne 28ans).

Elle représente un véritable problème de santé publique, les souffrances qu'entraînent les incapacités et les couts pour l'individu, famille et société sont immenses et représentent un lourd fardeau.

L'évolution de cette affection se fait dans 50% des cas vers les rechutes qui sont dues principalement à la mauvaise observance thérapeutique.

Le progrès thérapeutique en psychiatrie depuis plus de 50ans ont suscité de nombreuses réflexions autour de l'adhésion des patients aux traitements prescrits. De nombreuses études ont pu démontrer que seul un patient sur deux prenait son traitement psychotrope tel qu'il avait été préconisé par son médecin, chiffre impressionnant mais assez comparable aux taux d'adhésion des patients présentant des pathologies lourdes dites somatiques comme l'Hyper tension artérielle(HTA) et diabète.

En psychiatrie, la mauvaise observance thérapeutique demeure un réel problème, tout en sachant que la schizophrénie doit être traitée pendant toute une vie ; la médication reste le principal élément d'un traitement efficace ; malheureusement dans un tiers des cas les médicaments ne sont pas efficaces et il arrive que les personnes souffrantes de schizophrénie réduisent ou arrêtent pour diverses raisons leur traitement ce qui est à l'origine des rechutes.

De surcroit, les schizophrènes souffrent plus souvent des maladies infectieuses ou affections cardio-vasculaires ainsi que des troubles endocrino-métaboliques (diabète) susceptibles de mettre leur vie en danger d'autant que leur compliance au suivi médical de ces affections n'est pas facilitée par leur psychopathologie.

Notre étude porte son intérêt sur la qualité d'observance thérapeutique chez les malades schizophrènes puisque les rechutes sont fréquentes avec tendance à des hospitalisations nombreuses et rapprochées.

L'approche théorique de référence pour ce travail est une approche intégrative, on trouve la psychanalyse qui est la théorie dont le sujet est traité dans toutes ses causalités relationnelles et individuelles ainsi que la théorie cognitivo-comportementale qui traite les différences individuelles dont les comportements sont attribuées à l'histoire d'apprentissage de l'individu en relation avec son milieu social et culturel.

Notre étude se subdivise en trois parties, Théorique, Méthodologique, Pratique comme suit ; La première partie aborde le côté théorique qui contient quatre chapitres ; dont le côté médical comme premier chapitre et la schizophrénie en deuxième chapitre, l'observance et l'inobservance en troisième chapitre, ainsi que la problématique et hypothèses comme quatrième chapitre. Dans La partie méthodologique on trouve un seul chapitre ; la méthodologie de recherche : techniques utilisées et leurs analyses. Et la partie pratique qui contient deux chapitres ; le premier qui est celui de la présentation et analyse des résultats, le deuxième est celui des discussions des hypothèses.

Enfin, une conclusion générale, dans laquelle d'autres questions de perspectives en relation avec le sujet, dans un but d'ouvrir le champ à d'autres recherches plus approfondies.

Partie théorique

Chapitre 1

Coté médical

Introduction

Les personnes souffrantes de troubles psychotiques dans notre société sont souvent victimes de stigmatisation. En effet, leurs comportements issus de leur symptomatologie peuvent déranger et faire peur, il est possible d'observer que même au niveau des équipes traitantes, les pronostics de rétablissement prononcés pour ces patients sont sombres. Dans le contenu suivant, nous nous en tiendrons au seul cas de la schizophrénie.

1. Définition

La schizophrénie, décrite au début du XXe siècle, est une maladie fréquente et grave. Cette maladie est actuellement classée par l'OMS parmi les dix maladies qui entraînent le plus d'invalidité en particulier chez les sujets jeunes. Elle fait partie des troubles psychotiques chroniques qui se caractérisent par une perte de contact avec la réalité.

La physiopathologie de la schizophrénie n'est pas entièrement élucidée mais résulte de l'interaction entre les facteurs de vulnérabilité génétiques et les facteurs environnementaux. L'hypothèse d'un trouble du neurodéveloppement, postulant que la schizophrénie est la conséquence d'anomalie du neurodéveloppement débutant des années avant le début de la maladie, est aujourd'hui prévalente. (référentiel de psychiatrie), 2014, p 158)

2. Le trouble psychiatrique

2.1 Diagnostics positifs

Pour poser le diagnostic de schizophrénie

Le diagnostic de schizophrénie est clinique. Il faut que les critères suivants soient remplis :

a. L'associations d'au moins deux syndromes parmi les suivants :

- Syndrome positif (idées délirantes ou hallucinations).
- Syndrome de désorganisation.

- Syndrome négatif.
- b. Une évolution de ces signes depuis au moins 6 mois :
 - Si les symptômes évoluent moins d'un mois, on parle de trouble psychotique bref.
 - Si les symptômes évoluent sur une durée comprise entre un et six mois, on parle de trouble schizophréniforme.
- c. Des répercussions fonctionnelles sociales ou professionnelles depuis le début des troubles.
- d. L'absence de diagnostic différentiel.

Des examens complémentaires permettent éliminer un diagnostic différentiel. Il s'agit d'un bilan biologique standard, d'une recherche de toxiques urinaires et d'une imagerie cérébrale (au mieux une IRM). L'EEG est utile lors d'un premier épisode ou plus tard, pour éliminer une comitialité d'autres examens peuvent être utiles. Le bilan sera orienté selon la clinique et les antécédents du patient, en particulier en cas de début très brutal : une note confusionnelle, un déclin cognitif, une résistance aux traitements appellent à réaliser un bilan plus poussé. (Référentiel de psychiatrie), 2014, p 165)

- **Les différentes formes cliniques**

Selon le mode de début :

La schizophrénie peut apparaître de façon aiguë ou de façon insidieuse.

Début aigu :

La schizophrénie commence dans environ 1 cas sur 2 par un épisode psychotique aigu. On retrouve souvent quelques jours voire quelques semaines avant l'épisode des signes peu spécifiques comme : sentiment de malaise, fatigue, difficultés de concentration, angoisses, sentiment de déréalisation ou de dépersonnalisation et parfois des idées suicidaires. Des événements stressants peuvent

précéder l'épisode : rupture sentimentale, examen, problème de santé, consommation de cannabis...

Au niveau clinique, le syndrome positif et de désorganisation sont en général très marqués. Le syndrome négatif deviendra plus apparent au cours de l'épisode.

Parfois, des troubles de l'humeur (épisode dépressif caractérisé ou accès maniaque) dits atypiques, c'est-à-dire associés à des bizarreries, des préoccupations à thème sexuel ou hypocondriaque, des hallucinations, des stéréotypies, constituent des formes aiguës de début de schizophrénie.

Finalement, les formes aiguës de début de schizophrénie peuvent se manifester par des troubles du comportement : gestes auto ou hétéro-agressifs impulsifs et bizarres, sans explications, fugues...

Début insidieux :

Dans la moitié des cas, le début de la maladie a été précédé de manifestations parfois très discrètes, ayant pu évoluer sur plusieurs mois voire plusieurs années. Dans ce cas, le diagnostic est souvent porté tardivement, retardant considérablement l'accès aux soins.

On trouve ici un retrait social progressif au premier plan : désintérêt et désinvestissement des activités habituelles (sports, loisirs, cercle d'amis), fléchissement de l'activité scolaire ou professionnelle. En revanche l'intérêt du sujet peut se porter de façon exclusive vers le mysticisme ou l'ésotérisme.

On peut également retrouver des modifications des traits de personnalité : agressivité, hostilité envers les proches ou au contraire une indifférence, un isolement

▪ **Formes cliniques symptomatiques**

Les formes cliniques actuelles sont définies par la symptomatologie prédominante rencontrée chez le patient au cours de l'évolution de son trouble

- ✓ La schizophrénie paranoïde

Cette forme est marquée par la prédominance du syndrome positif.

- ✓ La schizophrénie désorganisée ou hébéphrénique

Cette forme est marquée par la prédominance du syndrome de désorganisation.

- ✓ La schizophrénie catatonique

Cette forme est marquée par la prédominance du syndrome catatonique associé. Il faut toutefois garder à l'esprit que le syndrome catatonique est dit « transnosographique » et peut se rencontrer dans de très nombreuses pathologies.

En psychiatrie le syndrome catatonique est ainsi plus fréquent dans les troubles de l'humeur que dans la schizophrénie. Il existe un très grand nombre d'étiologies au syndrome catatonique (ex. : encéphalites, pathologies (neuro) inflammatoires, maladie d'Addison, déficit en vitamine B12...)

- ✓ Autres formes cliniques

D'autres formes cliniques ont été décrites mais en sont pas répertoriées dans les classifications internationales. Il s'agit notamment de la héboidophrénique (conduite antisociales et impulsivité au premier plan) et de la schizophrénie pseudo-névrotique (ruminations anxieuses au premier plan).

Il est important de noter que ces sous-types ne sont pas valables pour la vie entière d'un patient et que les symptômes et syndromes prédominants peuvent évoluer au cours du temps.

- **Selon l'âge de début**

La schizophrénie débute classiquement chez l'adulte jeune entre 18 et 35ans, cependant des formes peuvent se développer avant 18ans, on parle de la schizophrénie à début précoce, voir avant l'âge de 13ans, on parle de schizophrénie à début très précoce. A l'inverse, après l'âge de 40ans on parle de schizophrénie à début tardif. Cette forme a longtemps été appelée psychose hallucinatoire chronique en France(PHC). La schizophrénie à début tardif présente quelques caractéristiques cliniques. Il s'agit d'une forme plus fréquente chez les femmes que chez les hommes,

notamment si celles-ci vivent de manière isolée, et marquée par une symptomatologie hallucinatoire riche dans toutes les modalités sensorielles (auditives, visuelles, cénesthésiques, olfactives...), ainsi que par l'absence de désorganisation. (référentiel de psychiatrie), 2014, p 165)

2.2 Diagnostics différentiels

Causes médicales non psychiatriques

- ✓ Neurologiques (épilepsies, tumeurs cérébrales, encéphalite herpétique, neurolypus, etc.).
- ✓ Endocriniennes (dysthyroïdie, altération de l'axe corticotrope, etc.).
- ✓ Métaboliques (maladies de wilson, etc.).
- ✓ Infectieuses (neurosyphilis, SIDA, etc.).

Causes psychiatriques

- ✓ Troubles de l'humeur

La présence des syndromes positifs, négatif ou désorganisation ne doit pas conduire automatiquement au diagnostic de schizophrénie s'il existe un syndrome dépressif ou maniaque associé. Deux situations doivent être envisagées :

- lorsqu'il n'y a plus de syndrome dépressif ou maniaque et que les syndromes positifs, négatif ou désorganisation persistent, alors le diagnostic de trouble schizo-affectif doit être posé.

- lorsqu'il n'y a plus de syndrome dépressif ou maniaque et que les syndromes positifs, négatif ou désorganisation disparaissent complètement, alors le diagnostic d'un épisode thymique (dépressif ou maniaque) avec caractéristiques psychotique doit être posé.

- ✓ Troubles délirants chroniques
- ✓ Les troubles envahissant du développement

2.3 Notions de physiopathologie

La physiopathologie de la schizophrénie est complexe et repose sur l'interaction de facteurs de vulnérabilité génétiques et de facteurs environnementaux. Les principales hypothèses actuelles sont présentées rapidement. Ces différentes hypothèses sont en réalité complémentaires.

❖ Hypothèse dopaminergique

Au niveau neurobiologique, c'est à partir de la découverte des neuroleptiques et de l'étude de leur cible, les récepteurs dopaminergiques, que l'hypothèse dopaminergique de la schizophrénie a été formulée. Dans cette hypothèse, le syndrome positif dans la schizophrénie serait lié à une hyper activation de la transmission dopaminergique au niveau mésolimbique et le syndrome négatif serait associé à une hypo activation de la transmission dopaminergique au niveau de la voie mésocorticale. Si l'hypothèse dopaminergique reste pertinente vis-à-vis des phénomènes positifs (délirants et hallucinatoires), d'autres neurotransmetteurs ont été incriminés. En effet, les perturbations dopaminergique semblent plutôt être secondaires à des anomalies liées à l'altération des systèmes glutamatergiques et gabaergiques (balance excitation /inhibition).

❖ Hypothèse neurodéveloppementale

La schizophrénie est une maladie neurodéveloppementale, c'est-à-dire que la schizophrénie est le point final de processus développementaux. Ainsi le développement peut être perturbé de façon précoce (ex : période périnatale) ou tardive (ex : au moment de l'adolescence).

❖ Modèle stress / vulnérabilité

Selon le modèle de vulnérabilité au stress de la schizophrénie, chaque personne possède un degré de vulnérabilité qui lui est propre, dépendant notamment de facteurs génétiques. Ces derniers interagissent avec des facteurs environnementaux pour aboutir au développement de la maladie. Le seuil critique, pour le développement de la schizophrénie, varie donc pour chaque individu et dépend des niveaux de vulnérabilité.

3. Le pronostic et l'évolution

La schizophrénie est une maladie dont l'évolution est très variable d'un sujet à l'autre et d'une forme à l'autre. L'évolution est généralement chronique, marquée par des épisodes psychotiques plus au moins espacés avec des intervalles plus ou moins symptomatiques. De déficit est variable, et se stabilise généralement après 2 à 5 ans d'évolution. Il est important de garder à l'esprit que le premier épisode ou les rechutes sont favorisés par les facteurs de stress (drogues, ruptures, deuil...)

4. La prise en charge psychiatrique

4.1 L'hospitalisation en psychiatrie

L'hospitalisation (en urgence ou non, dans un service de psychiatrie) se justifie dans plusieurs situations :

- ✓ Episode aigu avec troubles du comportement.
- ✓ Risque suicidaire ou de mise en danger.
- ✓ Risque hétéro-agressif.

Au mieux, il s'agira d'une hospitalisation libre. Dans certaines situations, si le patient refuse, si sa capacité à donner son consentement est trop altérée ou s'il existe un comportement hétéro agressif, des soins sous contrainte peuvent se justifier. (Référentiel de psychiatrie), 2014, p 165)

4.2 Les antipsychotiques

Le traitement médicamenteux de la schizophrénie a évolué au travers de deux étapes : tout d'abord la découverte de la chlorpromazine au début des années 1950, qui a permis d'améliorer de façon inédite les symptômes positifs de la schizophrénie. Ce médicament a été le premier agent d'une famille pharmacologique baptisée « neuroleptique ». Cette classe médicamenteuse provoquait la survenue d'effets secondaires moteurs extrapyramidaux simultanément aux effets thérapeutiques. L'introduction des antipsychotiques atypiques ou de seconde génération au début des années 1990 a permis de montrer que les effets extrapyramidaux n'étaient pas

nécessaires aux effets thérapeutiques antipsychotiques. Pour cette raison, les antipsychotiques atypiques ou de seconde génération sont désormais utilisés en première intention, devant les antipsychotiques typiques ou de première génération.

4.3 Mise en place du traitement de fond

Le choix de l'antipsychotique est fait en fonction de l'efficacité, de la tolérance et de l'observance des traitements déjà reçus. Les antipsychotiques atypiques sont recommandés en première intention :

- ✓ Amisulpride (solian).
- ✓ Aripiprazole (abilify).
- ✓ Olanzapine (zyperexa).
- ✓ Quétiapine (xeroquel).
- ✓ Risperidone (risperdal).

5. La durée du traitement

Après un épisode unique, il est recommandé de poursuivre le traitement au moins 2 ans après avoir obtenu la rémission totale des symptômes psychotiques. Après un 2ème épisode ou une rechute, le traitement doit être poursuivi au moins 5 ans. L'arrêt doit se faire de manière progressive, et tenir compte des échéances scolaires ou professionnelles. Une décision d'arrêt doit dans tous les cas se faire de manière progressive (pas plus de 10% de diminution de la posologie par mois) et sous surveillance médicale : il faut maintenir le suivi au long terme au moins 12 mois, rechutes pouvant survenir tardivement.

Conclusion

La schizophrénie est une maladie fréquente et grave, cependant dans ce chapitre on a abordé les signes cliniques de la pathologie ainsi ils sont représentés par le syndrome positif, désorganisation et négatif. Le diagnostic de schizophrénie est clinique et repose sur l'association d'au moins deux syndromes. La schizophrénie est une maladie dont l'évolution est très variable d'un sujet à l'autre, au final on a développé la prise en charge de la schizophrénie et son traitement pharmacologique et la durée du traitement.

Chapitre2

La schizophrénie

Introduction

La schizophrénie, est une affection mentale grave qui entraîne une modification profonde et durable de la personnalité, est une pathologie touchant l'adolescent et l'adulte. Dans ce chapitre on va donner un bref aperçu sur l'historique et l'évolution de cette pathologie, sa définition, L'étiologie du concept de schizophrénie, les différents facteurs. Ainsi que les psychothérapies et au final la sociothérapie.

1. Histoire et évolution du concept de la schizophrénie

Les psychoses sont connues et décrites depuis l'Antiquité en des termes comme la démence, la folie ou la manie, leurs formes aiguës ont longtemps pris le devant sur les formes chroniques, et insidieuses, qui étaient confondues avec l'affaiblissement intellectuel et l'idiotie. Les aliénistes se sont intéressés d'abord au trouble de l'esprit quant à son contenu « idées fausses », c'est-à-dire délirantes ou bien idées et croyances erronées que le sujet reconnaissait comme telles. Puis, ils se sont mis à étudier le trouble de l'esprit quant à sa structure pour relever les troubles de la pensée et du langage en même temps qu'ils découvraient que les sphères affectives, motivationnelles et relationnelles étaient affectées de la même structuration ou affaiblissement, l'histoire de cette évolution se confond avec l'introduction du terme spécifique ; et le terme de « psychose » apparaît sous la plume de la psychiatrie viennoise de Ernst Von Fenchtrlsleber en 1845.

Le mot de schizophrénie, schizophrène, a été forgé en 1911 par le psychiatre suisse Zurich Eugen Bleuler, sous l'influence, de la théorie psychanalytique, Bleuler tente de repérer un élément clinique pathognomonique, commun aux pathologies que Kraepelin appelle démence précoce Bleuler dit en 1911: « J'appelle la démence précoce schizophrénie parce que, comme j'espère le montrer, la scission des fonctions psychiques les plus diverses est l'un de ses caractères les plus importants ». Le terme utilise toujours le suffixe « phrèn », ainsi que le verbe grec « skhizein », fissure – division et pensée. Il avance l'hypothèse d'un mécanisme pathologique propre à cette pathologie, la dissociation des fonctions psychiques en est l'une des caractéristiques les plus importantes. Il construit aussi le néologisme d'autisme pour rendre compte de la tendance au retrait et au repli sur soi de ses patients. Du point de vue des délires chroniques, la notion de schizophrénie est en recule par rapport à la position de Kraepelin qui s'apprête à adopter dans la même époque, dans la mesure où pratiquement toute l'ancienne paranoïa est à nouveau intégrée dans la forme paranoïde de la schizophrénie.

Il ya plus d'un siècle Emil Kraepelin psychiatre allemand considéré comme le fondateur de la psychiatrie scientifique moderne, fondateur de la psychologie expérimentale, Kraepelin s'est efforcé, tout au long de sa carrière, de créer une classification des maladies mentales fondée sur des critères cliniques objectifs. Il avait cru que ces malades étaient des déments précoces, en 1899, caractérisés par la perte de la raison, des émotions, des affectes, c'est en 1911 que son élève Eugene Bleuler prend sa relève que derrière la désorganisation psycho-comportemental existe une riche vie intellectuelle et affective ; le schizophrène est capable de sentir, de réfléchir et d'aimer.

On sait alors que ces recherches et découvertes ont fondées les bases des connaissances actuelles que nous avons de la schizophrénie et ont largement contribué à l'émergence des modèles cliniques et des classifications symptomatologiques, propres à la pathologie. Dans la majorité des cas, la schizophrénie est une maladie débutante dans l'adolescence. Elle apparait après la puberté, pour se développer jusqu'à l'âge adulte, il est difficile de dépister le début de cette maladie. (Besancon. G, 2005, p.29).

2. Définition psychologique

Etat pathologique caractérisé par une rupture de contact avec le monde ambiant, le retrait de la réalité, une pensée autistique. Sous le terme de schizophrénie, on regroupe un ensemble de troubles tels que les idées délirantes (vol de la pensée, par exemple), des hallucinations auditives (une voix commente les idées du sujet), un raisonnement illogique, l'indifférence affective, l'isolement social, une conduite étrange (accumuler des ordures chez soi, se parler en public...etc.). La schizophrénie est une maladie universelle. On la rencontre sous tous les climats et toujours dans les mêmes proportions : un à deux cas pour 10 000 habitants. (LAROUSSE), 2004, p.239-240).

3. Définition selon le DSM-5

La Schizophrénie est une affection qui dure au moins six mois et inclut au moins un mois de symptômes de la phase active (c'est-à-dire deux ou plus) des manifestations suivantes : idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement grossièrement désorganisé ou catatonique, symptômes négatifs).

4. L'étiologie du concept de schizophrénie

- **Le facteur caractériel**

Il est admis qu'au moins la moitié des schizophrénies présentaient, avant l'apparition de la maladie, des traits de personnalité schizoïde.

La schizoïde est une constitution caractérielle pathologique dont les traits principaux est les suivants : repliement sur soi-même, isolement, perte des contacts sociaux, inhibition, impulsivité, tendance à l'abstraction, à la rêverie, à la bizarrerie, esprit de système, rationalisme morbide. (Hanus. M, 1981, p. 69).

- **Le facteur social**

La schizophrénie est plus fréquente dans les couches sociales moins favorisées ; mais si ceci peut s'expliquer partiellement par le fait de la dissociation progressive des schizophrènes.

L'isolement social avec repliement sur la cellule familiale, les migrations et déracinement sont reconnu comme facteurs favorisés.

La schizophrénie se vie dans toutes les races ; le milieu culturelle ne fais que changer l'expression sémiologique de la maladie. (Ibid., 1981, p.69).

- **Le facteur génétique**

On a longtemps pensé, et certains pensent encore, que la schizophrénie était une maladie héréditaire. D'innombrables enquêtes statistiques n'ont pas pu le prouver. Ce qui reste certain c'est que le risque de morbidité est plus élevé pour les sujets apparentés à un schizophrène que pour les sujets de la population normale.

D'autre part la concordance entre jumeaux monozygotes est beaucoup plus élevée qu'entre les jumeaux dizygotes. Mais le principal rétiqque qu'on peut faire à ces enquêtes de morbidité, c'est qu'elles ne peuvent jamais éliminer l'action pathogène éventuelle du milieu. Si la schizophrénie est plus fréquente dans les certains groupes familiaux, ce peut être parce que l'affections est héréditaire, mais peut tout aussi bien être que les même déficiences psychologiques du milieu familial ont joué pour plusieurs sujets. (Ibid., 1981, p.70).

- **Le facteur psycho dynamique**

Il existe probablement un terrain, une fragilité particulière, congénitale ou acquise, de l'organisme, mais la survenue des manifestations psychotiques s'explique par des facteurs étroitement liés à la maturation affective et susceptibles d'en fausser le développement.

La schizophrénie peut être considérée comme une réaction spécifique déterminée par un état d'anxiété extrêmement sévère dont l'origine remonte à l'enfance mais qui est réactive ultérieurement au cours de l'existence lorsque la tension devient telle que toute autre possibilité d'adaptation s'avère impossible.

Ces affirmations théoriques se confirment de plus en plus par les données des psychothérapies entreprises chez les schizophrènes. Incriminer l'équilibre affectif de l'enfance, c'est mettre en cause les relations parentales.

Les études sur la famille des schizophrènes sont nombreuses ; en voici les principales conclusions :

A. La schizophrénie est fréquente dans les familles désunies (séparé ou vivant ensemble dans l'hostilité) mais se voit souvent en dehors de ce facteur favorisant.

B. L'ambivalence, la mère dans ces relations avec l'enfant, surtout durant les premiers temps de sa vie, constitue un facteur capital ; cette ambivalence s'incarne dans une relation qui oscille perpétuellement entre une surprotection trop permissive, voire abandonnique, et une agressivité exagérée. C'est ainsi que l'on a pu décrire deux groupes de mère de schizophrènes : les hyper protectrices, les rejetant.

C. L'annulation réelle ou symbolique de l'image paternelle, soit du fait du père autoritaire mais défaillant, ou bien falot et sans autorité ; soit du fait de la mère qui rejette le père et assumant mal son rôle (ces deux possibilités sont souvent conjointes). Le repli sur la relation mère-enfant avec rejet de toute ouverture sur le monde. (Hanus .M, 1981, p.71).

5. Les psychothérapies

✓ La psychanalyse

La psychanalyse s'adapte aux conditions particulières de la cure en appliquant certaines règles bien différentes de celles qui sont réservées aux malades névrotiques. Soit apporter au patient schizophrène un soutien plutôt que chercher à découvrir son inconscient, ne pas pousser les investigations en profondeur, chercher à renforcer les défenses, ne pas confirmer ni nier les idées délirantes, aider le patient à résoudre ses difficultés interpersonnelles.

✓ La thérapie cognitivo-comportementale

Les thérapies cognitivo-comportementales se révèlent un traitement adjuvant prometteur dont l'efficacité a été démontrée en ce qui concerne l'amélioration de l'ajustement social, la qualité de vie ainsi que la diminution des symptômes psychotiques et de la détresse entraînée par l'expérience de la psychose. Elles visent à la fois les symptômes positifs, négatifs, cognitifs, comportementaux, et affectifs en tenant compte de la phase de la maladie et des besoins particuliers du patient. Globalement les TCC ont pour objectif une meilleure adaptation à l'expérience psychotique, au point de vue cognitif, comportemental et affectif. Ces thérapies reposent en bonne partie sur l'adoption par le patient d'un nouveau modèle explicatif de la psychose (Rev can psychiatrie 2001;46 :511–521)

Les thérapies cognitives et comportementales TCC ont pour objectif de réduire les symptômes persistants en dépit d'un traitement antipsychotique bien conduit.

Les idées délirantes et les hallucinations pourraient résulter d'erreurs d'interprétation, d'attributions erronées en lien avec des biais cognitifs (biais de raisonnement). Les thérapies cognitivo-comportementales visent alors à modifier ces erreurs de raisonnement et surtout des conséquences émotionnelles et comportementales qui en résultent, afin de permettre au patient de faire face de manière plus rationnelle à ses symptômes (referentiel de psychiatrie.p176)

✓ La psychothérapie de soutien

- Obtenir la confiance du patient.
- Obtenir un minimum d'accord sur le plan médicamenteux (au pire, proposer un traitement retard).
- Parler des effets secondaires et le dédramatiser.
- Être un thérapeute stable et disponible.
- Obtenir la confiance de l'entourage du patient.

✓ La psychothérapie institutionnelle

Dans les institutions : hôpital, hôpital de jour, foyer. Le but est d'aider le patient à mieux supporter le séjour à l'hôpital. On peut s'aider d'ateliers thérapeutiques.

✓ La thérapie familiale

Les approches familiales sont nécessaires, soit dans les formes codifiées de « thérapie familiale », si le contexte s'y prête, soit sous la forme plus générale d'un soutien à la famille par des entretiens réguliers, ce soutien étant indispensable, tant les bouleversements provoqués par la modification du patient dans ses rapports au monde ont un impact sur la vie quotidienne de l'ensemble de son entourage. (Kapsambelis .V, 2012, p.506).

Dans la thérapie familiale le thérapeute rencontre le patient et la famille, et cela pour la meilleure acceptation de la famille pour le schizophrène.

6. La sociothérapie

Ce sont les mesures qui vont faciliter la réintégration sociale. Elles complètent les deux volets que sont la psychothérapie et la chimiothérapie. Les patients peuvent travailler sous traitement, et occuper un emploi protégé.

Ceux qui travaillent ont bien évidemment un salaire ; et une demande d'allocation adulte handicapée. Aussi une pension d'invalidité peut être allouée pour un schizophrène qui à déjà travaillé et une Prise en charge à 100% en Algérie.

Il est souvent demandé une tutelle ou une curatelle pour aider le patient à gérer ses biens. Soit, le sujet travaille et se loge, soit l'hébergement est assuré par la famille. Il existe par ailleurs des :

- Structures transitoires : appartements thérapeutiques, foyers médicalisés.
- Structures d'accueils définitifs : familles d'accueil, maisons d'accueil spécialisées.

Conclusion

La schizophrénie, en tant que maladie, connaît des formes plus au moins graves, et notamment des évolutions favorables qui sont plus nombreuses que les évolutions critiques

Il est nécessaire d'assurer, tout au long de la période du traitement, et même au-delà, un accompagnement psychologique, à même d'adapter les attitudes thérapeutiques à l'évolution, très changeante et imprévisible à cette période de la vie.

Chapitre 3

Observance et inobservance

Introduction

L'atteinte par une quelconque maladie, exige la prise d'un traitement prescrit par un médecin à son malade. L'usage d'un produit par un sujet, dans un contexte, est attaché, en particulier, à son mode de vie. Opter pour un mode de vie, quel qu'il soit, impose le choix de comportements et d'attitudes, dont certains sont effectués d'une manière consciente et d'autres inconscientes. Dans ce contexte, l'observance désigne l'attitude d'adhésion et s'associe à l'idée de coopération, participation, suppose un comportement actif du patient dans la démarche thérapeutique.

Dans ce chapitre, nous allons déployer la signification de l'expression de l'observance et de non observance thérapeutique

1. L'observance thérapeutique

L'expression d'observance, autrement dit compliance ou adhérence thérapeutique est, d'après Alvin Patrick apparue dans L'Index Medicus en 1975 a été définie par R-B. Haynes et coll, comme « le degré de concordance entre le comportement d'un individu-en termes de prise médicamenteuse, suivi de régime ou changements de style de vie et la prescription médicale» contrairement à certaines idées reçues, la question des comportements thérapeutiques ne peut pas se réduire à une simple affaire de «bons» ou de «mauvais» patient (Alvin. P, 2004, p.46).

Dans l'édition 2002 du rapport Delfraissy, l'observance est définie comme « un comportement selon lequel la personne prend son traitement médicamenteux avec l'assiduité et la régularité optimales, selon les conditions prescrites et expliquées par le médecin: suivi exact des modalités de prises médicamenteuses en termes de dosage, de forme, de voie d'administration, de la quantité par prise et par jour, respect des intervalles entre les prises et des conditions spécifiques d'alimentation, de jeûne, de boissons ou de substances pouvant modifier la cinétique du traitement.» (Gauchet. A, 2008, p.22).

Dans certaines recherches, le terme «observance» est utilisé lorsque le patient est «acteur» face à son traitement et à sa maladie, et le terme de «compliance» lorsque le patient est «soumis» au corps médical (Gauchet.A, 2008, p.20).

Quant à l'adhésion thérapeutique désigne le degré d'acceptation et d'accord qui définit la position d'un sujet vis à vis de l'exécution d'une thérapeutique, il s'agit ici d'une conduite intentionnelle qui s'appuie sur une prise de position, l'individu est vu comme quelqu'un de responsable et d'autonome (Gauchet. A, 2008, p. 23).

Plusieurs définitions de l'observance au traitement ont été formulées. Certains parlent uniquement du respect de la prise de médication, alors que d'autres élargissent la définition au-delà de la simple prise de médication (Castro et al. 2004, Corruble. E 2003).

Nous avons retenu la définition de Corruble (2003), soit : « l'observance est l'adéquation existant entre le comportement du patient et les recommandations de son médecin concernant un programme thérapeutique, qu'il s'agisse d'un traitement médicamenteux, d'une psychothérapie, de règles d'hygiène de vie, d'exams complémentaires à réaliser, ou bien encore de présence à des rendez-vous ». Cette définition inclut la notion de respect de la posologie de la médication, mais aussi du respect de la thérapie recommandée et de toutes les dimensions thérapeutiques mises en place par l'équipe traitante.

2. L'inobservance thérapeutique

La non-observance se traduit alors par le non-respect de la posologie, des horaires, de la durée de traitement prescrit chose qui peut être acceptée par les prescripteurs, la non-observance est souvent associée à de la faiblesse, de l'irresponsabilité (Baumann, Trincard, 2002, p. 389-396). D'après T. Fournier (2012) J. A. Trostle (1988) ont montrées que la non observance peut constituer un acte pleinement conscient et anticipé. Elle peut être l'expression d'un mécontentement ou d'un désaccord avec le médecin, la conséquence logique de contraintes financières ou la réponse rationnelle à une série de réalités sociales comme le fait d'être étiqueté

comme patient, la préférence raisonnée pour la maladie ou encore le rejet de la médicalisation quotidienne. La non-observance constitue pour lui l'inévitable effet secondaire des collisions entre le monde médical et d'autres mondes sociaux, tels que ceux du travail, des loisirs, des relations sociales et familiales avec lesquels il interagit. C'est pour quoi la non-observance thérapeutique est aujourd'hui perçue comme «un phénomène normal et dynamique dont l'absence devrait inquiéter plus que la présence» (Fournier. M, 2012, p. 36).

Les études distinguent plusieurs catégories de la non-observance, mais on ne peut qualifier de façon catégorique un patient comme étant non-compliant. Ses actes consisteront soit en «vacances médicamenteuse» (le patient arrête brusquement ses médicaments puis les reprend, et ceci à plusieurs reprises), soit en «compliance de la blouse blanche» (forme subtile de non compliance où le patient, après une période de négligence, reprend soudainement ses médicament juste avant la consultation médicale). De plus, certaines études voulant préciser la non-compliance, distinguent les patients compliants, des partiellement compliants, ou non compliants complètement (Milicevic. M, & al, 2010, p. 387-388).

D'après une recherche récente mener par (Munzenberger, Morin et Moatti, 1996) a base des entretiens effectués auprès des malades ont permis d'établir une gradation des formes de non-observance:

- ✓ Les arrêts définitifs: forme de non-observance la plus aigue, comportements non-observant les plus visibles (perdus de vue).
- ✓ Les arrêts momentanés: Comportements décidés par les patients, par exemple pour quelques semaines, plus difficile à mesurer pour le médecin.
- ✓ Les oublis: comportements les plus fréquents et difficilement visibles pour le médecin, la quasi-totalité des patients avoue oublier fréquemment ou occasionnellement leurs médicaments (Gauchet. A, 2008, p. 24-25). Cependant consciemment ou non, les sujets ignorent ou oublient les recommandations médicales ou les exécutent de façon erronée (Albak. R, 1994, p.17).

- ✓ Les prises groupées : Comportement moins fréquents, prise de la totalité des médicaments en une ou deux prises par jour au lieu de trois (Gauchet. A, 2008, p. 24-25).

À partir de ces recherches on constate qu'un même patient puisse consentir des conduites d'observance ou de non-observance aux recommandations de son médecin selon le lieu et le moment, chose qui nous traduit l'irrégularité du fonctionnement. (Selon la conception de P. Marty).

Une mauvaise observance entraîne une aggravation du cours de la maladie, avec une majoration du risque de rechute.

L'observance à long terme demeure encore aujourd'hui un défi pour les patients, les familles, les professionnels de la santé et les chercheurs. La non observance face aux recommandations professionnels et au traitement prescrit est un phénomène bien reconnu, représentant le plus souvent une cause majeure d'échec thérapeutique peu importe la maladie. Haynes et Sackett(1976) rapportent que même Hippocrate se plaignait de ses patients mentaient sur leur degré d'observance.

Une mauvaise observance, dans ses formes mineures, correspond bien souvent à une tentative d'échapper au poids de la réalité quotidienne de la maladie. Les situations de non observance avérée sont toutes en général un climat de profonde insécurité, où se mêlent angoisses, révolte, déni, mais aussi sentiments plus ou moins forts de culpabilité.

Il est important de distinguer les différentes formes de non compliance au traitement. Tout d'abord, nous retrouvons la non adhérence proprement dite, qui se définit comme l'absence totale de respect de soins proposés par les intervenants. D'autre part, la sous- observance se définit par des arrêts et reprises du traitement et par l'omission de prendre certains médicaments à certains moments. Finalement, l'adhérence variable caractérise les patients qui adaptent les soins prescrits en fonction de leur état et de leur perception d'aller bien ou moins bien (Corruble. E, et al. 2003).

2.1 L'inobservance thérapeutique Chez les schizophrènes

Une étude indique qu'un patient souffrant de troubles psychotiques (schizophrénie) sur deux a une mauvaise observance à son plan de soins (Hardy. B, 2000). Les conséquences d'un non observance sont nombreuses et comportent des enjeux importants pour les personnes ayant des troubles psychotiques. En effet, une mauvaise adhérence de soins augmente le risque de rechute de la maladie, peut aggraver les symptômes du patient et rendre le pronostic de rétablissement plus sombre. De plus, la qualité de vie des personnes se trouve diminuée et une augmentation des coûts de prise en charge peut avoir des répercussions sur la collectivité (Misdrahi. D, et al. 2002).

3. Les principaux déterminants de l'observance et de non observance

Le comportement d'observance ou, au contraire, de non-observance d'un patient à son traitement est un phénomène dynamique qui peut varier chez un même individu en fonction de différents facteurs. Distinguant les facteurs liés au patient et à son entourage, à la maladie et à son traitement, à la relation médecin-patient

3.1 Facteurs intrinsèques au patient

Une prise médicamenteuse dépend de plusieurs facteurs tels que les valeurs, les représentations et croyances, les émotions du patient.

- **Les valeurs**

D'après A. Gauche., dans l'article de Kluckhohn (1951) propose une définition de la valeur en lien avec le soi, comme «conception du désirable, explicite ou implicite, particulière à un individu ou caractéristique d'un groupe qui influence la sélection des modalités, des moyens ou des fins, disponibles pour l'action». D'après lui le concept de valeur comporte trois éléments:

- L'élément cognitif: c'est une conception (abstraction, inférence, construction logique);
- L'élément conatif: elle a un pouvoir sélectif pour l'action;

-L'élément affectif: le désirable. Reste que l'élément cognitif est essentiel.

- **Représentations et croyances**

Les représentations et les croyances que se fait le patient des recommandations et de l'ordonnance de son médecin, jouent un rôle majeur dans son comportement et influencent positivement ou négativement son état de santé.

- **Les émotions**

D'autres facteurs interviennent également dans la prise médicamenteuse citant les sentiments de peur des complications de la maladie, ou au contraire des effets secondaires du traitement pensons (par exemple au prise du poids qui conduit souvent au refus de prise de médicaments), mais aussi des sentiments de culpabilité et de honte, le traitement apparaissant comme un élément de stigmatisation.

3.2 Facteurs extrinsèques au patient

L'observance médicamenteuse est multifactorielle, on distingue les facteurs intrinsèques et les facteurs extrinsèques. Sauf que ces facteurs extrinsèques nécessitent une vision globale et plus approfondie.

- **Facteurs familiaux et le soutien social**

Le soutien que reçoit le malade par sa famille et/ou l'équipe soignante a une grande importance sur son état et son bien être. Depuis les années 70, des études ont été envisagées afin d'identifier les déterminants de l'adhésion au traitement médicamenteux et les résultats notamment des recherches portées auprès des personnes qui souffrent du VIH, ces recherches insistent sur l'apport et le soutien positif de l'entourage. L'apport de l'environnement peut substituer l'appareil psychique défaillant chez certains malades.

Des études réalisées par (Dressler et Bindon, 2000; Nyamathi, Leak, Keenan et Gelberg, 2000; Seenan, 2001) ont montré que quelqu'un peut percevoir une situation comme stressante et ne pas avoir de réactions d'anxiété et de détresse, s'il bénéficie

d'un soutien social. A l'inverse, un faible soutien social semble constituer un facteur de vulnérabilité face à un événement stressant.

- **Facteurs liés à la maladie**

La nature de la maladie qu'elle soit aigüe ou chronique, en particulier dans le deuxième cas que l'on observe le phénomène de la non-observance, parce que le risque d'abandon du traitement augmente avec le temps en raison d'une diminution de la force des émotions qui avaient poussé le patient à accepter de se soigner au départ(la peur des complications par exemple), ou tout simplement de l'ennui qu'il y a à accomplir des tâches répétitives.

- **Facteurs liés au traitement**

Certains types de traitement entraîne un phénomène de non-observance que d'autres: plus un traitement est complexe, plus grandes sont les chances qu'il soit mal suivi.

- **Facteurs liés à la relation médicale**

Les médecins ont longtemps ignoré l'existence du phénomène de non-observance. Puis ils ont expliqué par des facteurs relevant du patient ou du traitement. C'était oublier les facteurs qui dépendent d'abord d'eux-mêmes, puis de l'organisation du système de soins. Le rôle majeure du manque d'explications, lié au manque de temps dans le cadre de consultations trop courtes (inférieur à 15 minutes).

4. Les facteurs favorisant l'observance chez les schizophrènes

Certaines études se sont concentrées sur le point de vue des patients afin de déterminer les éléments qui les emmenaient à adhérer à leur traitement et à le respecter (Yamada et *al.* 2006). Il ressort que les bénéfices quotidiens reçus, le fait que la famille croit aux effets positifs de la médication ainsi que la peur d'une nouvelle hospitalisation sont des facteurs de protection quant à la continuité du traitement (Santone et *al.* 2008). Dans l'étude de Yamada et *al.* (2006), il ressort aussi que la peur d'un ré hospitalisation est un facteur favorisant l'observance. De plus, la prévention

des rechutes, c'est-à-dire de l'apparition d'un nouvel épisode aigu de la maladie, la volonté de pouvoir remplir et réaliser ses objectifs de vie ainsi que les bénéfices quotidiens reliés à la diminution de la symptomatologie renforcent l'adhésion et l'observance au traitement prescrit chez les patients.

Il existe différents éléments qui peuvent amener les patients à avoir une meilleure adhérence à leur traitement. Ces facteurs peuvent découler des caractéristiques que présentent les personnes ayant des troubles psychotiques ou encore des caractéristiques liées à leurs équipes traitantes ou encore à leur environnement social.

Selon Castro et al. (2004), les patients ayant un diagnostic de schizophrénie paranoïde seraient davantage observants à leur traitement. Plus la symptomatologie positive serait importante, plus les patients auraient recours à l'intellectualisation afin de diminuer l'intensité émotionnelle de leur souffrance, ce qui les emmènerait à formuler le besoin d'être soignés sans toutefois nécessairement reconnaître être malade. Cependant, certaines études obtiennent des résultats contradictoires avec l'étude précitée. Buchanan (1996), dans sa recherche, conclut qu'il n'y a pas de lien causal entre l'observance et la présence de délires paranoïdes.

La présence d'un insight de qualité s'avère un facteur d'adhésion thérapeutique (Coruble et al. 2003). Lorsque la personne ayant des troubles psychotiques reconnaît avoir une maladie, elle adhère mieux au traitement qui lui est proposé. Certains facteurs liés aux médecins et aux équipes traitantes permettent de favoriser l'adhésion au traitement. D'autres études arrivent à la conclusion qu'un support familial adéquat ainsi que la présence d'un réseau social positif contribuent à une bonne adhérence au traitement (Fenton, W, et al. 1997).

5. Les facteurs diminuant l'observance chez les schizophrènes

Il ressort de la littérature que la perception négative de la médication en termes d'insistance sur les effets secondaires indésirables ou encore un refus catégorique de prendre de la médication entraîne une mauvaise observance au traitement (Santone et

al., 2008 et Yamada *et al.*, 2006, Coruble. E, *et al.*, 2003). De plus, le nombre de médicaments à prendre jouerait un rôle sur l'observance. Plus le nombre de médicaments est grand, plus le risque de non observance augmente (Coruble. E, *et al.*, 2003). D'autre part, Yamada *et al.* (2006) relèvent que des patients indiquent ne pas observer leur traitement, car ils éprouvent des difficultés à y accéder ou ont peur de la stigmatisation qui y est liée.

Blondeau *et al.* (2006) soulignent qu'une observance de la posologie pharmacologique s'avère un facteur de protection important quant à une éventuelle rechute. Or, un nombre important de patients ne respectent pas la posologie prescrite. Cette non observance peut être causée par un manque d'autocritique, une instabilité subjective de l'humeur, des croyances culturelles ou des déficits cognitifs chez le patient.

D'autre part, les attitudes critiques de l'équipe soignante envers les patients peuvent avoir des effets négatifs sur l'observance au plan de soins. En effet, une attitude de rejet envers le patient, la croyance qu'il ne peut être traité peut entraîner un désengagement du patient dans son traitement (Heresko. L, 1999).

Tout d'abord, la symptomatologie due aux troubles psychotiques peut avoir un lien avec les difficultés des patients à adhérer à leur traitement. Castro *et al.* (2004) indiquent que les patients ayant une schizophrénie désorganisée et des traits de personnalité de type narcissique sont moins observant à leur traitement. Ces derniers, de par leurs caractéristiques, éprouvent des difficultés à reconnaître leur maladie et se montrent moins enclins à créer une relation thérapeutique avec leur équipe traitante. Leur faible tolérance à la frustration les rend plus impulsifs ce qui les amène à abandonner leur traitement de manière précipitée. D'autre part, un fonctionnement global faible, la sévérité des symptômes des patients, une grande désorganisation ainsi que des comportements d'hostilité sont des prédateurs d'une future non observance au traitement (Fenton. W, *et al.* 1997).

Dans un grand nombre de recherches, le manque d'insight est un élément qui influence négativement l'observance au traitement (Bensasson. G, 2013, Bensasson et al. 2011, Fenton. W, et al. 1997).

6. Les modèles théoriques spécifiques à l'observance thérapeutique

De nombreux modèles théoriques ont cherché à expliquer les variations de comportements relatifs à l'observance thérapeutique. Nous citerons les modèles comportementaux qui ont tenté de comprendre comment il est possible de changer un comportement de santé. La plupart ont été élaborés dans les années (1950-1970) à base des travaux plus anciens des psychologues et sociologues, lorsqu'il s'agit d'expliquer des comportements humains, à partir de l'observation des comportements animaux, comme les premières approches dérivait du concept de réflexe conditionné: le béhaviorisme, introduit par Jhon Watson en 1913, propose que l'individu répond à une certaine stimulation par une certaine réponse, l'apprentissage recourant à des renforcement positifs ou négatifs (théorie de conditionnement opérant), la conséquence du comportement ayant ainsi, plus les antécédents du sujet, un effet sur la répétition du comportement, sachant bien que les behavioristes classiques écartaient les cognitions tels que des désirs, des croyances etc. (Reach. G, 2007, p. 51)

Ces modèles relèvent de la psychologie, appelée «science des comportements» et plus particulièrement, l'un des nouveaux domaines appelé la psychologie de la santé qui s'impose par des investigations «empiriques» rigoureuses que des corrélations statistiquement significatives peuvent être démontrées entre d'une part les manifestations de déterminants supposés et d'autre part les comportements de santé donc comme la collecte de phénomènes observables (Reach. G, 2007, p. 52). Nous allons les citer ci-dessous:

6.1 Le Modèle des croyances de santé

Surtout se base sur des variables cognitives dans le déterminisme du comportement, Ce modèle des croyances de santé (Health belief model), élaboré au début des années 50 par

Godfrey Hochbaum, Stephen Kegels et Irwin Rosenstock sur un fond sociodémographique, qui inclut par exemple l'âge, le sexe, l'ethnie, la profession etc. intervient la perception de menaces et d'attentes. Le sujet doit d'abord se sentir menacé pour prendre la décision d'adopter un nouveau comportement de santé: les menaces sont constituées par la perception que le sujet a de sa vulnérabilité face au problème, prenant en compte la douleur, l'inconfort, ou le risque vital, mais aussi dans ses conséquences familiales, professionnelles et sociales.

6.2 L'action raisonnée et du comportement planifié

La théorie de l'action raisonnée a été décrite en 1967 par Martin Fishbein et Icek Ajzen. D'après eux les individus sont des êtres rationnels qui utilisent les informations dont ils disposent et envisagent les conséquences de leurs actions avant de les accomplir. Le comportement dépend essentiellement de l'intention que le sujet a de le mettre en oeuvre.

L'intention d'un individu à réaliser un certain comportement dépend à son tour deux types de facteurs: d'une part son attitude vis-à-vis du comportement, qui représente l'évaluation, favorable ou non, qu'il s'en fait, cette attitude dépend à son tour des différentes croyances du patient concernant les conséquences, positives ou négatives, du fait d'adopter le comportement. D'autre part interviennent des normes subjectives qui sont ses croyances sur la manière dont le comportement est perçu par des personnes qui comptent pour lui (la famille, les amis, le médecin...), et sur son désir, plus au moins grand, de suivre leurs recommandations.

6.3 Le sentiment d'efficacité personnelle

Une théorie développée par Harry Triandis à la fin des (années 70). Dans cette théorie, trois facteurs interviennent dans la genèse d'un comportement: la force de l'habitude de manifester un certain comportement, l'intention de le manifester, et la présence de conditions qui facilitent ou rendent difficile l'adoption du comportement (Reach. G, 2007, p. 55). Il s'agit d'une croyance selon laquelle nous pouvons provoquer des changements grâce à nos efforts personnels. Notre façon de percevoir

nos propres capacités pour faire face aux événements et les maîtriser est considérée comme ayant une influence sur notre manière de réagir face à la maladie. Cette notion a été développée par Bandura en (1997).

7. L'alliance thérapeutique

Plusieurs disciplines se sont intéressées à la place qu'occupe l'alliance thérapeutique ainsi qu'à l'apport de ce concept dans le traitement des individus en difficultés. En effet, la médecine, la psychologie et la psychiatrie s'y sont attardées (Bouquinet. E et al. 2008, De Roten et al. 2007, Desplend et al. 2000) . L'alliance thérapeutique est présente aussi dans les champs de la relation d'aide, de l'intervention en toxicomanie et des thérapies familiales (Bergeron. J et al. 1997). Dans le cadre de ce travail, nous nous concentrerons sur la littérature qui relève de l'alliance thérapeutique dans le cadre du traitement des personnes ayant des troubles psychotiques selon l'approche bio-médico-sociale de la maladie mentale.

7.1 l'alliance thérapeutique et traitement

La littérature met en lumière l'importance de l'alliance thérapeutique dans le traitement des personnes souffrant de trouble psychotique (Charpentier. A, et al. 2009). Il s'avère primordial de travailler à construire cette alliance dès le début du traitement. En effet, la construction du lien doit débiter dès la première consultation, lorsque le patient présente une symptomatologie aiguë importante qui nécessite la prescription d'un traitement pharmacologique dans le but de diminuer l'importance des symptômes (Lazignac. C et al. 2005).

Selon certains auteurs, cette action, c'est-à-dire la prescription d'une médication en fonction des symptômes du patient, constitue le premier pas vers l'alliance que le soignant doit construire avec le patient (Blondeau. C et al. 2006). Le personnel travaillant aux urgences psychiatriques doit donc être conscient qu'il faut, déjà à cette étape du processus, intervenir de manière à favoriser le début de la création de l'alliance. En effet, ces auteurs relèvent que la première période de consultation suite à une décompensation psychotique est un moment cruciale. Une amorce de

travail doit être effectuée afin de développer des liens entre le patient, sa famille et l'équipe traitante. De plus, les auteurs indiquent que l'alliance est au centre de la poursuite du traitement des psychotiques

L'alliance thérapeutique s'avère être une composante essentielle dans le traitement des patients psychotiques puisqu'elle augmente la probabilité que le patient adhère à son traitement, poursuive ce dernier et évite une rechute de la maladie. De plus, l'alliance semble être un élément qui permet de faire progresser le patient au cours de sa thérapie.

7.2 Les facteurs influençant la création et le maintien de l'alliance

Les facteurs qui contribuent ou qui nuisent à la mise en place de l'alliance thérapeutique peuvent être classés sous deux catégories, ceux qui sont liés au patient et liés au thérapeute.

- **Les facteurs liés au patient**

Parmi les facteurs liés au patient, on retrouve certains symptômes de troubles psychotiques qui peuvent entraver la création de l'alliance. Les idées délirantes, l'état de désorganisation du patient, l'ambivalence et le négativisme peuvent prédire une faible adhésion au traitement et rendre davantage difficile la création de l'alliance (Charpentier. A et al., 2009). De plus, la désorganisation conceptuelle, des troubles cognitifs et des attentes non réalistes du patient viennent en compliquer l'émergence (Corruble. E et al. 2003).

Certaines caractéristiques des patients ayant des troubles psychotiques s'avèrent des facteurs favorisant la création de l'alliance. En effet, Lambert et Bergin (1994) en arrivent au résultat que 65% du changement thérapeutique est lié aux caractéristiques et variables spécifiques des patients. Un facteur contribuant à la création de l'alliance souligné par plusieurs études est la capacité d'insight du patient. Le concept d'insight inclut la conscience de la maladie par le patient, la reconnaissance des symptômes ainsi que la reconnaissance de la nécessité d'un traitement (Jaafari. N et al. 2011). Il apporte que lorsque le patient a conscience de sa pathologie et en reconnaît les

manifestations, cela s'avère facilitant dans la création d'une alliance thérapeutique. (Martin. B et al. 2013).

D'autre part, afin de mettre en place le lien de travail entre le patient psychotique et son thérapeute, il ressort de la littérature que la motivation du patient ainsi que sa flexibilité cognitive constituent des facteurs facilitant la création de ce dernier. (Charpentier. A et al. 2009).

- **Les facteurs liés au thérapeute**

La seconde catégorie de facteurs influençant la création de l'alliance est celle des caractéristiques liées au praticien. Ces dernières ont un impact important sur la création de l'alliance. En effet, il ressort des travaux de Lambert (1989) que les caractéristiques du thérapeute augmentent jusqu'à huit fois l'obtention de résultats positifs dans le traitement des patients par rapport aux techniques spécifiques utilisées. Les attitudes et comportements du clinicien sont donc liés à la qualité de l'alliance. Ce dernier, afin de faciliter la création de l'alliance, doit avoir une attitude non confrontante et démontrer de l'empathie face au client. De plus, il doit éviter d'être critique, car les clients traités par des intervenants qui les critiquent ouvertement manifestent des signes de détérioration au cours du traitement (Lecomte. C et al. 1999).

Le cadre de la thérapie peut aussi avoir des effets sur la création de l'alliance. Tout d'abord, Bensasson et al. (2011) soulignent que la simplicité du schéma thérapeutique joue un rôle au niveau de l'observance du traitement. Le patient doit comprendre les objectifs visés afin d'y adhérer et de renforcer l'alliance qu'il noue avec son thérapeute. De plus, l'approche thérapeutique doit être pragmatique et rationnelle afin de permettre au patient une meilleure compréhension de son traitement et à l'équipe d'avoir des moyens en vue de développer de manière optimale l'alliance thérapeutique (Charpentier. A et al. 2009). L'offre d'un traitement structuré, où les objectifs sont formulés de manière précise et répétés au cours de la thérapie permettent d'obtenir un climat de confiance augmentant la qualité de l'alliance (Lecomte. C et al. 1999).

8. L'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique est un processus interactif permanent du patient avec le soignant mais centré sur le patient, visant à comprendre sa maladie, le traitement prescrit et les soins prodigués afin de l'aider à vivre plus adéquatement. Si l'éducation thérapeutique historiquement elle est située, par contre psychologiquement, elle et de façon paradoxale elle n'a pas d'âge (Boutient. J, 2013, p.84).

La prise en charge éducative du patient s'avère beaucoup plus large que le simple cadre sanitaire, par conséquent, outre un travail d'équipe obligatoirement multiprofessionnel et interdisciplinaire, elle nécessite de faire preuve de créativité et de ouverture d'esprit à la confrontation de différents points de vue, afin de modifier en tant que professionnel de santé, nos représentations de la maladie, de la santé et des besoins éducatifs des patients (Quach. P , R. 2009, p. 36).

L'éducation thérapeutique doit être intégrée aux soins. Elle est le résultat d'un partenariat entre le patient et les professionnels de santé, médecins et paramédicaux travaillant en équipe

(Grimaldi. A 2012, p.28).

L'éducation thérapeutique peut être considérée, comme un phénomène original assez remarquable dans nos sociétés contemporaines dans la mesure où ici, fait insolite et exceptionnel, il y a convergence entre trois registres qui trop souvent s'opposent: l'économique, le psychologique et le sociopolitique.

Conclusion

D'après la revue de littérature concernant l'observance thérapeutique, on a constaté que la majorité des auteurs s'accordent en partie sur certains facteurs plus que sur d'autres. Ceci en favorisant ou pénalisant ce comportement complexe d'observance ou d'inobservance, en outre, l'éducation thérapeutique semble être essentielle afin d'emmener les patients vers une observance de leur traitement et vers un

rétablissement. D'autres facteurs entrent aussi en compte tel que l'alliance thérapeutique.

Chapitre 4

Problématique et hypothèses

Problématique et hypothèses

D'après Socrate on comprend que depuis toujours la santé est un trésor très précieux et irremplaçable que tout le monde souhaite y posséder à jamais que ce soit la santé mentale ou physique. « Existe t-il pour l'homme un bien plus précieux que la santé ? » Socrate.

L'homme a longtemps pensé que la santé était l'absence de la maladie. La santé mentale serait donc l'absence de la maladie psychique. L'OMS a donné à la santé une définition plus positive et plus exigeante « la santé est un état de complet bien être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en absence de maladie ou d'infirmité ». Donc on peut dire qu'il n'y a pas de santé sans santé mentale.

Malheureusement dans la plupart des régions du monde, la santé mentale et les troubles mentaux n'ont pas la même importance que la santé physique tant s'en faut. En fait les troubles mentaux ont été en grande partie négligés et ont suscité très peu d'intérêt.

Dans ce contexte, l'OMS déclare que: « Une bonne santé mentale permet aux individus de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et de contribuer à la vie de leur communautés ». (OMS plan d'action santé mentale 2013-2020. Psycom.org)

Parmi les affections mentales, la schizophrénie demeure encore aujourd'hui l'une des pathologies les plus mystérieuses de la psychiatrie, ainsi que l'une des plus sévères, complexe et chronique, et qui entraîne une modification profonde et durable de la personnalité.

L'OMS classe la schizophrénie dans le groupe des dix maladies entraînant le plus d'invalidité. Elle est caractérisée par une discordance entre la pensée, la vie émotionnelle et la réalité extérieure. Touche les adolescents et les jeunes adultes entre 15 et 30 ans, cette pathologie frappe partout dans le monde dans toutes les cultures et classes sociale. La schizophrénie est une maladie universelle. On la rencontre sous

tous les climats et toujours dans les mêmes proportions : un à deux cas pour 10 000 habitants. (LAROUSSE), 2004, pp.239-240).

Elle était autrefois désignée sous le nom de « démence précoce » par opposition à la « démence sénile » qui atteint les personnes âgées. Emil Kraepelin définit la schizophrénie comme un ensemble composé de trois états cliniques : des idées délirantes, une catatonie et un comportement désorganisé.

Une prise médicamenteuse quotidienne et adéquate lors de la prise en charge de la schizophrénie permet une meilleure observance ainsi qu'une bonne évolution dans le temps.

Déjà évoquée par Hippocrate dans ses écrits, la question de l'observance au traitement connaît depuis 1970 un net regain d'intérêt, c'est dans les domaines de pédiatrie, pathologies cardiaques, diabète, asthme et psychiatrie que les travaux sur l'observance sont aujourd'hui les plus nombreux.

On désigne par observance, adhésion au traitement, adéquation existant entre le comportement du patient et les recommandations de son médecin concernant un programme thérapeutique, s'il s'agit d'un traitement médicamenteux, psychothérapie, des règles d'hygiène de vie, d'examens complémentaires à réaliser ou bien encore de présence à des RDV de consultation. (Haynes RB. Et al ; 1979).

D'une manière générale en psychiatrie comme toutes les autres spécialités médicales on n'estime qu'un patient hospitalisé sur quatre et qu'un patient ambulatoire sur deux ne prend pas correctement son traitement médical. (Haynes RB. Et al ; 1976).

La non-observance se traduit alors par le non-respect de la posologie, des horaires, de la durée de traitement prescrit chose qui peut être acceptée par les prescripteurs, la non-observance est souvent associée à la faiblesse, de l'irresponsabilité (Baumann. T, 2002, p. 389-396).

Sur le plan collectif, les conséquences de la mauvaise observance sont importantes également en terme de santé publique, avec en particulier une augmentation des coûts

40% du coût hospitalier direct pourrait être attribué aux rechutes par défaut d'observance, et le coût global annuel par patient souffrant de maladies mentales (schizophrénie) serait pour 85 % le fait de ré-hospitalisation. (Misdrahi. D 2006, p.1077).

La qualité d'observance thérapeutique dans les maladies chroniques place un énigme vitale et décrit un problème de santé publique.

Entre les théories psychologiques qui traitent notre thème de recherche en l'occurrence de la qualité d'observance thérapeutique chez les schizophrènes et qui mettent en rapport l'objet de cette dernière, on reconnaît la théorie psychanalytique, qui, pour elle, le comportement individuel est l'automate de forces qui dépassent la conscience de l'individu. Ainsi, dans la relation d'objet, le sujet essaie d'établir une sorte de compromis entre son monde intérieur et la réalité extérieure intériorisée de manière à satisfaire le plus possible les pulsions en évitant les angoisses qui résulteraient d'un conflit entre ces pulsions et les forces inhibitrices du sur-moi. Ce conflit est géré par le moi ; le résultat de ce compromis devant être en harmonie avec la réalité extérieure. Précisons que la réalité extérieure est intériorisée sur le modèle propre à chacun par projection. Ce mécanisme transforme plus ou moins la réalité extérieure en un univers particulier en rapport avec le type de relation d'objet qu'a construit le sujet. Pour Kernberg, la relation d'objet n'est pas un style d'interaction avec autrui, mais un mode d'organisation fantasmatique, un type de rapport imaginaire avec un objet plus ou moins soutenu par la perception d'autrui. Ces relations d'objet deviennent constitutives de la personnalité, et contribuent à l'individuation de la personne. (Kernberg. O 1976, p. 139-160).

Freud croit que la caractéristique essentielle de la schizophrénie porte sur les changements dans les relations du patient avec son entourage c'est à dire, une modification de la relation d'objet. Il réussit à détailler plusieurs aspects de la symptomatologie de cette maladie à travers le concept de projection. Il insiste sur la défaillance des fonctions du moi par rapport aux contraintes de la réalité et indique un conflit entre le moi et le monde extérieur.

En revanche, la théorie cognitive et comportementale postule que le comportement est principalement influencé par l'apprentissage qui prend place au sein d'un contexte social. Par ici, les différences individuelles dans le comportement sont attribuées à l'histoire d'apprentissage unique de l'individu en relation avec des personnes et des situations spécifiques, et non pas à des traits de personnalité ou à une maladie mentale. Le milieu culturel de chaque individu est vu comme étant une partie de son histoire d'apprentissage unique. Les comportementalistes considèrent que la cohérence comportementale que d'autres appelleraient « personnalité » résulte d'un apprentissage généralisé et/ou de stimuli similaires présents dans les différentes situations. Dans ce modèle, on insiste sur l'importance des influences de l'environnement sur le comportement. La théorie a été utilisée pour expliquer les processus mentaux tels qu'ils sont influencés par des facteurs intrinsèques et extrinsèques, dont finissent par susciter un apprentissage chez un individu

La cause première de la psychose est rapportée à une genèse cognitive qui consiste en un trouble dans le processus de contrôle de la fonction exécutive soit un trouble de l'action volontaire ou action intentionnelle. Cette conception renvoie à celle d'une théorie de l'action qui est définie en termes fonctionnels qui est une des modalités propres à l'esprit. Dans la schizophrénie, si on observe ce trouble de la représentation de soi, c'est par ce que cette fonction est défaillante au niveau de la phase de l'intention et de celle qui aboutit à la conscience d'agir. (Jeannerod. M, Fournieret. F ; 1998).

La technique de remédiations cognitive tente d'améliorer les dysfonctions cognitives dont souffrent les patients schizophrènes. La thérapie cognitive et comportementale tentera également de normaliser les symptômes psychotiques. Les résultats rapportés dans les différentes études montrent l'intérêt d'inclure cette thérapie dans la prise en charge de la schizophrénie.

La thérapie cognitive-comportementale améliore l'observance du traitement antipsychotique, d'autres études ont également montré cet effet positif de la thérapie sur cette observance, même une brève intervention cognitive-comportementale a

amélioré l'observance thérapeutique ainsi que la capacité d'introspection et prise de conscience du problème, « insight ».

On a emprunté comme arrière plan la théorie psychanalytique mais aussi on a abordé la théorie cognitive et comportementale, donc notre arrière plan théorique est une approche intégrative de deux approches

Notre engagement avec les patients schizophrènes s'est produit par une pré-enquête tenue au sein du service de psychiatrie à l'hôpital Frantz Fanon situé à Bejaia, où on a effectué plusieurs entretiens avec des malades schizophrènes et ceci à travers leurs nombreuses ré hospitalisations et rechutes, avec la contribution de leurs médecins traitants.

A partir de l'observation de deux cas de schizophrénie qui ont attiré notre attention et nous ont suscité à étudier la qualité d'observance thérapeutique chez cette catégorie de patients qui nous a semblé intéressant d'explorer ce problème afin de repérer les facteurs de risque de la mauvaise observance.

Notre choix à pour but de cerner la qualité d'observance à partir de l'entretien clinique semi-directif et de l'application du test projectif TAT sur notre population d'étude qui représente les patients schizophrènes.

A base de tout ce qui a été avancé au préalable nous pouvons poser les questions suivantes :

- y'a-t-il parmi quelques schizophrènes ceux qui se caractérisent par une inobservance au traitement ? Et est-ce qu'elle se varie d'un patient à un autre ?

-Quels sont les facteurs qui peuvent contribuer à cette inobservance thérapeutique chez les schizophrènes ?

En vue de répondre aux questions posées précédemment, nous avons formulé les hypothèses suivantes :

Hypothèse générale :

La schizophrénie est une pathologie chronique prise comme variable indépendante agissant sur la variable dépendante qui est l'observance thérapeutique qui diffère d'un cas à un autre.

Première hypothèse :

Parmi les schizophrènes qui sont caractérisés par une inobservance reflétée par ; une non-adhésion aux recommandations du médecin, des oublis concernant la prise médicamenteuse, une mauvaise hygiène de vie, d'où les rechutes fréquentes et ceci reste variable et relatif d'un malade à un autre.

Deuxième hypothèse :

Les facteurs liés à cette inobservance thérapeutique ; l'apport de l'environnement, les effets secondaires des psychotropes, la relation médecin-malade, dépendance alcoolique ou toxicomane, la non-conscience et la non-acceptation de la maladie. La relation d'objet notamment le côté relationnel est très important dans la détermination de la qualité d'observance. Ce côté est cerné par le test du TAT.

Opérationnalisation des concepts :***La schizophrénie:***

- Entendre des voix et percevoir des faits qui n'existent pas.
- Perte de contact avec la réalité et rupture avec le monde environnant.
- Désorganisation de la pensée.
- Incohérence des propos.
- Sentiment de dépersonnalisation.
- Emoussement et pauvreté affective.

-Bizarreries du comportement.

-Angoisses intenses.

-Etc...

L'observance thérapeutique :

-Compliance aux recommandations du médecin traitant.

-La régularité de la prise médicamenteuse.

-Se présenter aux RDV de consultation.

-S'assurer lors de la prise médicamenteuse.

-Se rappeler de la prise médicamenteuse.

-Bonne hygiène de vie.

-Etc...

L'inobservance thérapeutique :

-Non adhésion des recommandations du médecin traitant.

-La prise groupée ou en retard des médicaments.

-Ne pas se présenter aux RDV de consultation.

-Réticence entre prendre ou ne pas prendre ses médicaments.

-Des oublis concernant la prise des médicaments.

-Mauvaise hygiène de vie (consommation de substances...).

-Etc...

Chapitre5

Méthodologie de la recherche

Introduction

Après avoir présenté la partie théorique, il est inévitable d'adopter une méthodologie de recherche qui est un ensemble de méthodes menant toute recherche scientifique. Dans cette étude on a utilisé la méthode clinique qui inclut l'entretien clinique et le test projectif TAT. L'entretien clinique est comme un dispositif de base visant une fiabilité des données et le TAT comme outil d'exploration psychologique précis qui exploite les réponses spontanées produites chez les cas de cette population d'étude.

1. La démarche de la recherche

1.1 La pré-enquête

La pré-enquête consiste à essayer sur un groupe réduit les instruments «l'entretien, questionnaires, analyses de documents» prévus pour effectuer l'enquête.

Si l'on a des doutes sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de telle technique, on peut explorer de façon limitée le problème à étudier, avant même de préciser définitivement ses objectifs. (Grawitz.M, 2001, p. 526).

Dans le but de réaliser notre recherche, nous avons effectué une pré-enquête au sein de l'hôpital Frantz Fanon situé au centre de la wilaya de Bejaia, auxquels nous avons pris le soin de présenter notre travail de recherche.

Les différents patients ayant pris part à notre recherche, sont sollicités de d'accorder leur consentement et ce dans le but de respecter la déontologie de la recherche. Chez la plupart des patients et au cours des entretiens qu'on a réalisé avec eux. Dans le but de valider notre question de départ et à fin d'aboutir à une question de recherche, on a réalisé notre pré-enquête en menant un entretien avec deux cas souffrants de schizophrénie.

1.2 La méthode clinique

La méthode clinique est liée à une attitude méthodologique générale qui consiste en l'étude plus ou moins prolongée de cas individuels, l'individu est considéré comme le cadre de référence. Elle répond à l'objectif principal de la psychologie clinique, à savoir comprendre l'homme dans sa totalité, dans sa singularité, en situation et en évolution (Lagache.D, 1949 ; Boutonnier.J.F, 1968). Le sujet étant considéré ici comme un être unique, singulier, n'étant semblable à aucun d'autre. (Chahraoui.K, 1999, p 12-13).En l'occurrence dans notre recherche on va utiliser l'étude de cas qui est indissociable de la méthode clinique.

2. La population d'étude et lieu de recherche

2.1 La sélection de notre population d'étude

Nous avons constitué une population composée de patients schizophrènes, avec lesquels on a travaillé dans l'anonymat en changeant leurs prénoms afin de garder la confidentialité et en tenant compte des critères suivants :

- **Les critères d'homogénéité retenus**
 - Tous les cas qui ont participé à notre recherche sont des schizophrènes.
 - Tous les cas sont des adultes âgés entre 25 et 60 ans.
 - Chaque malade doit avoir une mauvaise qualité d'observance selon son médecin traitant
- **Les critères non pertinents pour la sélection**
 - Notre population d'étude est variée, elle intègre les deux sexes.
 - Le niveau socioculturel car cette maladie peut toucher toutes les classes sociales.
 - L'âge de l'apparition de cette maladie se diffère d'un cas a un autre.

Tableau récapitulatif des caractéristiques de la population d'étude

Cas	Sexe	Age	Niveau d'instruction	Situation matrimoniale	Situation socioprofessionnelles	Apparition de la maladie
boudjema	Masculin	48ans	Moyen	Célibataire	Maçon	2012
Nadir	Masculin	45ans	/	Marié	Gendarme invalide	2002
Adel	Masculin	25ans	Moyen	Célibataire	Cuisinier	2007
Aldjia	Féminin	47ans	Secondaire	Divorcé	Sans profession	2010

2.2 Le lieu de recherche

Notre stage a été effectué au CHU de Bejaia, au service de psychiatrie unité de Frantz fanon. Ce dernier est le plus ancien hôpital de la willaya, il a été construit en 1888.

Présentation du service :

Le service est scindé en deux unités :

Le service homme : avec 12 lits, une cour, un salon, ce dernier est aussi divisé en deux (la salle commune, et le bloc d'isolement avec 06 chambres), un bureau du chef de service, et un autre pour les urgences accompagné d'une salle de soins et une salle d'attente.

Le service femme : avec 06 lits, une petite cour, une cuisine, une salle,

03 chambres d'isolement, un bureau de consultation, un autre pour le professeur.

Capacité humaine :

- 08 psychiatres dont un professeur
- 01 généraliste
- 15 résidants
- 02 psychologues

3. Les techniques utilisées

Les techniques utilisées dans cette présente étude sont en nombre de deux : premièrement, l'entretien clinique qui est un outil irremplaçable dans tout domaine des sciences sociales notamment dans le domaine clinique, deuxièmement le test de TAT qui va nous aider à analyser et à interpréter le mode du fonctionnement psychique chez les patients schizophrènes.

Dans cette présente recherche, on a opté pour la l'approche intégrative car on a utilisé dans l'analyse des résultats de notre entretien clinique quelques concepts cognitifs et comportementales, par contre le test utilisé est sous l'analyse de l'approche psychanalytique.

3.1 L'entretien clinique

L'entretien clinique est une méthode privilégiée dans un grand nombre de disciplines des sciences humaines : c'est notamment le cas de la psychologie clinique. Compte tenu des spécificités de cette discipline, la recherche dans ce domaine a pour objectifs de créer des connaissances nouvelles et de permettre des généralisations. (Chahraoui.K, 1999, p 61).

Selon Blanchet.A (1997), l'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens a un sens quelque peu différent : il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'action sur la relation. L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en sciences sociales, il constitue l'un des meilleurs moyens pour

accéder aux représentations subjectives du sujet, évidemment, où l'on postule un lien entre le discours et le substrat psychique. En clinique, l'entretien permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations, ses rêves, ses fantasmes. Il apparaît donc comme un outil tout à fait irremplaçable et unique si l'on veut comprendre un sujet dans sa spécificité et mettre en évidence le contexte d'apparition de ses difficultés. L'entretien clinique est le paradigme même du travail du psychologue clinicien.

Selon Bergeret.J, « l'entretien clinique, ce n'est pas un interrogatoire mais une écoute ». Le sujet doit être placé, le plus possible, à l'aise. (Bergeret.J, 2004, p 128).

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré : il s'agit d'un « ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer » (Blanchet.A, 1992, p16).

Dans ce guide, le clinicien peut formuler et préparer la consigne à l'avance. Celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets : elle est généralement soigneusement préparée, et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive.

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter : le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées de manière directive ; il s'agit d'avantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien. (Chahraoui.K, 1999, p 68).

➤ **L'entretien semi-directif**

Le psychologue guide le discours du sujet sans pour autant en avoir déterminé lui-même la thématique, il reformule certains propos du sujet, il le relance et l'encourage. (Matizra.P.M, 2005, p 27).

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet, par exemple.

De même, dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir découler son discours. L'aspect spontané des associations de sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non-directive : il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur le test proposé. (Chahraoui.K, 1999, p 16).

Dans notre recherche, on a eu recours à l'adoption de l'entretien semi-directif et ce dans le but de bien cadrer le discours des différents sujets, puis nous sommes passé à l'application du test.

➤ **Le guide d'entretien**

Informations personnelles

- Quel est votre prénom ?
- Quel est votre âge ?
- Exercez vous une profession ? si oui, laquelle ?
- Quel est votre état matrimonial ?
- Avez-vous des enfants ?

Axe 1: Informations concernant la santé actuelle et la santé antérieure

- Avez-vous consommé une quelconque substance avant ou pendant la maladie ?
- Comment est votre état physique ?
- Qu'elle est la qualité de votre sommeil ?
- Avez-vous des antécédents médicaux ou chirurgicaux ?

- Avez-vous d'autres problèmes de santé ?
- Est-ce qu'il y'a des membres de votre famille qui souffrent d'une maladie ?

Axe 2 : Relation d'objet

- Comment est la relation avec votre conjoint(e) ?
- Quel est votre lien avec votre famille ? et votre entourage ?
- Quel est votre lien avec l'équipe soignante ?
- Comment est votre relation au sein de votre milieu professionnel ?

Axe 3 : L'observance thérapeutique (informations sur le suivi médicamenteux et hygiène de vie)

- Suivez-vous les traitements recommandés par votre médecin ?
- Est-ce que vous vous rendez aux consultations médicales ?
- Est-ce que vous respectez les doses, les modalités de prises (à jeun, avant, pendant ou après les repas) ?
- Est-ce qu'il vous arrive d'oublier la prise de votre traitement (à l'exception de votre hospitalisation) ?
- Est-ce qu'il vous arrive de suspendre votre prise médicamenteuse sans avis médicale ?
- Avez-vous quelqu'un qui vous aide dans la prise de vos médicaments ?

Axe 4 : Informations sur le vécu de la maladie et sur la représentation des médicaments

- Êtes-vous malade ?
- Pouvez-vous nous dire ce que représente cette maladie pour vous ? et comment vous la vivez ?
- Dites nous comment votre maladie agit-elle sur votre vie quotidienne ?
- Avez-vous des changements dans vos habitudes pendant la maladie ?
- Est-ce que votre entourage vous aide à gérer votre maladie ?
- Est-ce que votre médecin vous a expliqué la nature de votre maladie ?
- Selon vous est-il important de prendre vos médicaments ?

- Avez-vous des inquiétudes concernant les effets secondaires des médicaments ?
- Que représente pour vous les médicaments ?

3.2 Le thématique apperception test (TAT)

▪ Situation du TAT et son objectif

Ce test peut être proposé dans toute situation impliquant ou nécessitant un examen psychologique se donnant pour objectif l'investigation approfondie du fonctionnement psychique d'un individu. En général le sujet se trouve dans une situation de demande ou de souffrance lorsqu'il présente notamment des troubles d'ordre psychopathologique: la réponse à apporter nécessite une réflexion, cette réflexion se fonde sur un travail d'exploration sérieux des modalités de fonctionnement psychique dont dispose le sujet. La réponse du sujet est véhiculée par une consigne dès le départ: « Imaginez une histoire à partir de la planche » (Shentoub. V et coll, 1990, p.35).

À l'exception de la planche 16 où on reformule la consigne qui est complètement différente de la première: « Jusqu'à présent, je vous ai montré des images qui représentaient des personnages ou des paysages, maintenant je vous propose cette planche qui est la dernière: vous pourrez me raconter l'histoire que vous voudrez » (Shentoub.V et coll, 1990, p. 62).

Shentoub. V (1990), définit le procédé TAT comme:« l'ensemble de mécanismes mentaux engagés dans cette situation singulière où il est demandé au sujet d'imaginer une histoire à partir de la planche, autrement dit de forger une fantaisie à partir d'une certaine réalité» puis l'analyse de ces processus mentaux exige une situation qui les engendre, cette situation TAT

Comprend trois paramètres majeurs: (le matériel, la consigne, la présence du psychologue clinicien) (Shentoub. V, 1990, p.26).

Ces trois paramètres (le matériel, la consigne, la présence du psychologue clinicien) définissant la situation du TAT peuvent être assimilés à une situation de conflit, au sein de laquelle s'affrontent des principes ou des positions contradictoires: «

... Comme c'est le cas ici: le principe de réalité, la représentation de chose et la représentation de mot, l'identité de perception et l'identité de pensée, le désir et la défense, autrement dit les impératifs conscients et inconscients» (Anzieu. D & Chabert. C, 1961, p. 147).

Dans ce qui va suivre, on va présenter les trois paramètres majeurs qui englobent la situation du TAT:

❖ Le matériel

Le matériel TAT représente une série d'images plus structurées que celles du test du

Rorschach, l'édition originale comprenant 31 planches, par la suite, et d'après V. Shentoub

(1990), à base d'une sélection effectuée, à partir de ces 31 planches, actuellement le test du TAT comprend en tout 18 planches considérées comme les plus pertinentes et les plus significatives.

L'ordre de présentation des planches doit être respecté, la planche 16 devant être proposée à la fin de la passation. Le déroulement de l'épreuve du TAT confronte le sujet à une modification du stimulus, les planches allant des situations les plus structurées aux moins structurées: les dix premières planches, plus figuratives, représentent des personnages sexués, alors que les planches 11, 19, et 16 ne renvoient pas à des objets concrets bien définis.

Le tableau ci-dessous illustre l'ordre de présentation des planches en fonction du sexe du sujet (Shentoub. V, 1990, p.39)

L'ordre de présentation des planches en fonction du sexe

N° planche	1	2	3BM	4	5	6BM 7BM	6GF 7GF	8BM	9GF	10	11	12BG	13B	13MF	19	16
Sexe & Age																
Homme	*	*	*	*	*	*		*		*	*	*	*	*	*	*
Femme	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

❖ La consigne

La consigne constitue l'un des trois paramètres de la situation TAT selon V.Shentoub

(1990), on demande au sujet d' «imaginer une histoire à partir de la planche».

Cette consigne elle pose au sujet, une contradiction plus au moins difficile à accepter et à surmonter, il s'agit en effet d'«imaginer », ce qui suppose une baisse du contrôle, et en même temps de prendre en compte les éléments de réalité (le matériel), ce qui suppose le maintien d'une certaine vigilance. Cette consigne appelle simultanément la mobilisation des capacités de secondarissations (l'histoire doit être cohérente, compréhensible) et une régression suffisante pour que l'accès aux fantasmes et aux processus primaires soit ouvert (Anzieu. D & Chabert. C, 1961, p.137).

C'est une situation donc conflictuelle imposée par la consigne où le sujet doit se laisser aller à l'imagination mais doit partir de la planche et doit tenir compte de ce matériel mais il doit par ailleurs inventer (Si Moussi & al, 1990, p. 80).

❖ La présence du psychologue

La situation TAT, exige la présence d'un praticien, spécialiste, qui maîtrise la passation, qui comprend toute les dimensions de la passation et l'utilisation de ce test. Pour les deux autres paramètres de la situation TAT, la présence du clinicien met le sujet dans une situation conflictuelle, parce que le sujet doit tenir compte de la présence de l'examineur auquel il doit transmettre une histoire qui prend en considération la planche et la consigne. La position de l'examineur est elle même conflictuelle, dans la mesure où il faut qu'il reste neutre (minimum d'intervention, pas de jugement, etc...), mais impose un matériel et une consigne, et en plus transcrit les propos du sujet. En plus de cette situation conflictuelle liée aux modalités d'organisation de cette épreuve, le sujet doit répondre à une série de conflits liée aux planches elles-mêmes (Si Moussi& al, 1990, p. 80).

Aussi toujours concernant la situation TAT, on trouve V. Shentoub et R. Debray, (1970) insistent que la relation avec l'examineur détermine des réactions de transfert et de contre- transfert impossible à négliger. (Shentoub. V & Debray. R , 1970-71, p. 900).

Dés 1970, V. Shentoub et R.Dbray, ont complété la théorie du processus TAT en proposant une analyse du matériel en terme de contenu manifeste et de contenu latent, réalisant la première démarche de ce genre, puisque jusqu'ici les recherches s'étaient davantage attachées aux récits fournis par les sujets

Presque toutes les planches de TAT, se réfèrent à la différence des générations et/ou à la différence des sexes. Pour chaque planche sont dégagés un contenu manifeste décrivant l'essentiel des éléments présentés et un contenu latent susceptible de réactiver telle ou telle problématique (Anzieu. A & Chabert. C, 1961, p.147).

▪ Le processus d'élaboration du récit TAT

La manière avec laquelle réagit la personne en situation du TAT, ne défère ni dans sa fonction ni dans sa structure de la manière que réagit avec lors de sa confrontation aux situations traumatiques ou conflictuelles dans sa propre vie. C'est le principe sur

lequel insiste V. Shentoub, à travers ses théories à propos du processus d'élaboration du récit dans le TAT.

Selon C. Chabert. Le processus d'élaboration TAT passe par les étapes suivantes:

- Perception du contenu manifeste de l'image;

- Sollicitations inconscientes par le contenu latent de l'image traduite en termes d'affects et de représentations;

- Prise en charge plus au moins organisée de ces représentations-affects inconscients par le préconscient dont les fonctions permettront de trouver les mots propres à ces représentations affectes;

- Compromis dans la production du récit, histoire racontée prenant en compte à la fois les pressions internes, fantasmatiques et affectives et les pressions externes portées par les impératifs conscients de cohérence et de mesure (Chabert. C , 1998, p.84).

Ainsi construire une histoire au TAT est un acte d'organisation et non seulement d'imagination dans une situation qui sollicite la désorganisation (régression) et la réorganisation. Analyser ces mouvements régrédiants et progrédients revient à « tester» l'autonomie relative du moi impliquant d'après D. Lagache, (1964) «la communication entre les instances psychiques inconscientes et les activités adaptatives et de la création de la pensée» (Shentoub, 1990, p.31-32).

Cependant les procédés d'élaboration du discours sont sous-tendus par des opérations inconscientes (mécanismes de défense et autres modalités de conduites psychiques) dont ils sont la traduction manifeste (Brelet- Foulard. F et Chabert. C , 2003, p. 53).

4. Analyse de techniques utilisées

4.1 Les données de l'entretien clinique

On s'est pas appuyé sur l'analyse de l'entretien par contre on s'est intéressé aux données de l'entretien

A partir du guide d'entretien on s'est basé sur :

- ✓ **La Santé physique et la santé psychique.**
- ✓ **Relation d'objet**
- ✓ **Informations sur le suivi médicamenteux et hygiène de vie**
- ✓ **Vécu de la maladie et représentation médicamenteuse**

4.2 Analyse du TAT

Ce test non seulement distingue le fonctionnement mental de la personne, mais encore toute l'organisation mentale de l'individu dans différentes situations ainsi les réactions face aux traumatismes (Debray. R, 1987, p.127-130).

Dans le même sens C. Chabert, insiste sur l'hypothèse qui fonde la démarche d'analyse du TAT est que les modalités de fonctionnement psychique qui président à la création et à la production de récits sont celles mêmes qui caractérisent l'ensemble de l'organisation mentale du sujet (Chabert, 1998, p. 84).

D'après V. Shentoub, la méthode d'analyse repose sur l'étude des procédés mis en œuvre dans l'élaboration des récits. Celle-ci est facilitée par l'utilisation de la fiche de dépouillement du TAT (Anzieu. D & Chabert. C , 1961, p. 147).

Cette feuille de dépouillement du TAT a connu plusieurs modifications à travers le temps, par rapport à celle présentée au départ par V. Shentoub en (1958) dans l'article qui s'intitule «Contribution à la recherche de la validation du TAT: feuille de dépouillement », après avoir conjugué ses efforts avec R. Debray et V. Shentoub, en plusieurs années (1969, 1978, 1987, 1990) et plusieurs efforts cliniques, en aboutissant en 1990 à une dernière forme , où cette grille est devenue la cotation du test

du TAT destiné aux adultes, et son intégration de quelques éléments de la classification psychosomatique.

De ce fait, la feuille de dépouillement doit être avant tout considérée comme un instrument de travail, qui peut être régulièrement modifié, compte tenu de l'évolution de la clinique et ses interrogations, dans ce sens qu'avance V. Shentoub que « Cette feuille de dépouillement nécessite une remise à jour théorico-clinique permanente » (Brelet-Foulard. F et Chabert. C, 2003, p. 54).

C'est pourquoi C. Chabert (2003), avec une partie de son équipe, a proposé un regroupement des procédés du discours destiné à simplifier l'utilisation de la feuille et à en clarifier la lecture clinique. Ainsi les procédés des séries auparavant dites «névrotiques», A (Rigidité) et B (Labilité), sont recomposés en trois parties distinctes et procédés sous-tendus par les mêmes conduites psychiques sont regroupés:

- Les procédés A1 « Référence la réalité externe » et B1 « Investissement de la réalité externe »
- Les procédés A2 « Investissement de la réalité interne » et B2 « Dramatisation »
- Les procédés A3 « procédés de type obsessionnel » et B3 « Procédés de type hystérique »

Ces trois sous-séries permettent de mieux différencier les modalités d'expression en lien avec la névrose de celles inscrites dans d'autres modes de fonctionnement (Brelet-Foulard et Chabert, 2003, p. 58). Comme on assiste à une légère modification dans la présentation de la planche 8BM désormais sauf pour les hommes et les garçons (2003), à l'exception de la méthode de V. Shentoub (1990) qui présentait la planche pour les adultes hommes, femmes, et les mineurs garçons et filles. Remarque que nous dans notre application au test on a présenté la planche 8BM pour les femmes et les hommes. Comme l'a souligné Shentoub

Dans notre étude, on va adopter la feuille de dépouillement de (1990), car la nouvelle

Feuille, condense les procédés et élimine les lisibilités, qui portent des significations importantes, or, V. Shentoub, confirme que « la lisibilité permet d'apprécier la qualité et les effets des procédés du discours utilisés dans la construction des histoires, ceux-ci autorisant l'aménagement et l'expression des représentations et des affects mobilisées par le matériel.», Donc la lisibilité témoigne d'une part, la relation de communicabilité entre le sujet et son monde interne, et d'autre part, entre le sujet et l'autre, la lisibilité rendra compte d'une altération transitoire ou patente dans la relation de communicabilité du sujet avec son monde interne et /ou avec l'autre (Shentoub. V et coll, 1990, p.131).

En outre la nouvelle feuille de dépouillement on souligne un manque de documents qui illustrent son utilité en l'à comparant avec la feuille de dépouillement du V. Shentoub (1990).

Notre choix à l'utilisation de la feuille de dépouillement de V. Shentoub (1990), est relié à sa clarté, du fait qu'elle contient 87 procédés ; et vu son utilisation de la lisibilité dans l'analyse des protocoles, qui est capable d'atteindre l'objectif tracé de notre recherche et apprécier la qualité du fonctionnement psychique.

Conclusion

Dans ce chapitre méthodologique, on a présenté le lieu et la population de notre recherche, la démarche suivie, la description des outils utilisés tels que l'entretien, le test projectif TAT, qui nous ont permis de recueillir des informations utiles à notre recherche, ainsi que leurs analyses.

Partie pratique

Chapitre 6

Présentation et analyse des résultats

Introduction

Dans ce chapitre nous allons passer à l'analyse des résultats de notre étude à partir du guide d'entretien et le test projectif TAT qu'on a utilisé auprès de la population de notre étude qui comprend quatre cas.

Cas Boudjemaa

Monsieur Boudjemaa âgé de 48 ans, originaire et demeurant a Beni Maouche, célibataire, deuxième d'une fratrie de neufs (8 frères et une sœur), d'un père décédé en 2007 à l'âge de 60 ans et d'une mère âgée de 65 ans bien portante. Il est d'un niveau scolaire moyen, maçon de profession. Boudjemaa est un patient de grande taille, de corpulence moyenne, avec une fine barbe, dans la limite de la propreté, ongles longs, instable sur le plan psychomoteur, contact possible et cohérent, mimique anxieuse, humeur syntone, discours a voix audible.

1- La Santé physique et la santé psychique

Boudjemaa n'ayant aucun antécédent médico-chirurgicale, ne souffre d'aucune pathologie physique. Concernant le début de ses troubles remontent a 2012 a l'âge de 41 ans initiés par des troubles du comportement avec une activité délirante, dont il a été suivi par un psychiatre, sa première hospitalisation en 2014 pour tentative de suicide avec tronçonneuse, la dernière hospitalisation remonte en septembre 2015 orientée par un psychiatre libéral pour rechute.

L'épisode actuel mai 2019 est du a un arrêt thérapeutique de 3mois marqué par l'apparition progressive d'un remord, d'isolement, un refus alimentaire, un désinvestissement corporo vestimentaire et des idées suicidaires avec planification (il a préparé une corde) et demeure anosognosique. Par ailleurs, il nous rapporte qu'il n'a pas pris d'alcool ni de drogue durant sa maladie et qu'il a arrêté d'en consommer depuis 2010. En outre, on note aucun antécédent familial médico-chirurgical ni psychiatrique.

Boudjemaa rapporte une fatigabilité de temps à autre associée à un sommeil perturbé et qui ne s'améliore pas : « je suis fatigué, parfois je dors parfois non »¹.

2-Relation d'objet

¹ A3yigh, mindak ganegh mindak khati

Monsieur Boudjemaa est un homme qui n'a pas de bonnes relations avec sa famille et son entourage d'ailleurs il présente souvent surtout lors de ses rechutes une hétéro agressivité verbale envers eux, il ne confère pas le côté relationnel avec les membres de sa famille.

Pour ce qui est de la nature de relation qu'il tisse avec son équipe soignante, il nous rapporte qu'il peut compter sur eux et leur fait confiance et même au sein de son travail il se sent bien avec eux et a une bonne entente, ce qu'on retrouve dans ses dires : « au travail bien, a l'hôpital bien aussi »².

En ce qui concerne les réactions de son entourage face a sa maladie, Boudjemaa nous a souligné qu'il est mal compris et que tous le monde est contre lui, il s'agit du mécanisme de persécution utilisé par les psychotiques, il déclare aussi que lors de ses consultations médicales, son médecin traitant ne lui expliquait pas assez sa maladie ni encore ce qu'il est entrain de subir mais ceci ne l'empêchait pas de leur faire confiance, ce qui a été déjà abordé durant l'entretien dans l'axe qui implique sa relation d'objet.

3- Informations sur le suivi médicamenteux et hygiène de vie

Relativement au suivi médicamenteux Boudjemaa respectait toujours les recommandations du médecin ainsi ses RDV de consultation et même les doses et modalités de prises les prenait en considération donc il observait ses traitements.

Hormis, Boudjemaa nous rapporte un arrêt thérapeutique de trois mois qui a commencé par des oublis de prendre sa dose le matin parfois a midi même le soir ou carrément toute la journée jusqu'à l'arrêt radical malgré l'aide de son frère.

4-Vécu de la maladie et représentation médicamenteuse

Durant l'entretien, on remarque que boudjemaa ne se reconnaît pas complètement malade, il sous estime son état en disant : « je suis malade un peu moralement »³ et considérait sa maladie comme étant normal, ne voulant pas trop détailler ses réponses, il s'est contenté de répondre à notre question sur les changements qu'il a subit : « y'a ce qui a été changé, y'a d'autres non »⁴ sans plus.

² Gelkhedma bien sbitar bien daghen

³ Helkegh achema moralement

⁴ Yella wayen iychangin,yella ayen khati

Par rapport aux médicaments, le patient trouve que c'est indispensable de les prendre mais cela devient trop pesant malgré que selon lui les effets secondaires de ces derniers ne le gênent guère, ceci se résume aussi dans la place peu importante que prennent les médicaments dans sa vie et les considèrent comme étant une formule ordinaire : « les médicaments, je les vois normal, ni ils me font du bien, ni ils me font du mal »⁵.

Résumé de l'entretien

D'après l'entretien qu'on a eu avec Boudjemaa, on constate que notre sujet est caractérisé par une non-observance du a un arrêt thérapeutique de trois mois, reflété par des oublis de la prise médicamenteuse jusqu'à l'arrêt complet, ce qui explique ses rechutes fréquentes et ceci est lié a sa non conscience de la maladie

➤ Analyse du test TAT

• Planche1

2''... wayi itkhemim oukhlass... itkhemim f dounith is, amek ara y3ach amek! ...daya ...60''

Procédés: Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; Accent porté sur les conflits intra personnels A2-17 ; Scotomes d'objet manifestes E-1 ; Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; remâchage, rumination A2-8 ; instabilité dans les identifications. Hésitation sur le sexe et/ou l'âge des personnages B2-11 ; Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; tendance générale a la restriction CP2.

Lisibilité : plus au moins

Problématiques : la problématique de la situation d'immaturation fonctionnelle devant l'objet d'adulte est perçue et n'a pas été traitée par le patient, par recours aux procédés de contrôle des conflits intra-personnels et les procédés de l'émergence en processus primaire ainsi qu'aux procédés d'évitement du conflit, temps de latence important et la tendance a la restriction

• Planche2

⁵ Dwa zaregts normal ouytourou ,ouytenfi3

5 "... itkhemim wayi.... Thametouh ayi tallay mis dachou ykhedem, wahi tekthoubth g foussiss... daya... 2min"

Procédés : Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; Accent porté sur les conflits intra personnels A2-17 ; Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures A2-1 ; accent porté sur les relations interpersonnelles, récit en dialogue B2-3 ; - scotome d'objet manifeste E1, Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; tendance générale a la restriction CP2.

Lisibilité : plus au moins

Problématiques : La problématique de la triangulation œdipienne, est perçue mais n'est pas élaborée, du fait que boudjemaa a réussi à nommé une relation entre mère enfant par le recours du patient aux procédés labiles accent porté sur les relations interpersonnelles .récit en dialogue. Puis recours aux procédés de contrôle Accent porté sur les conflits intra personnels, suivi par les procédés d'évitement Tli /long ou silence important intra-récit, tendance générale a la restriction

- **Planche 3BM**

3 "... wayi iyen... itkhemim nagh ihlek... daya... 1min"

Procédés : Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; expression verbalisée d'affects nuzncés, modulés par le stimulus B1-4 ; Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; hésitation entre interprétation différentes A2-6 ; Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; tendance générale a la restriction CP2.

Lisibilité : positive

Problématiques : La problématique dépressive est perçue et traitée par le recours du patient aux procédés labiles, expression verbalisée d'affects, nuancés, modulés par le stimulus et les procédés de contrôle, hésitation.

- **Planche 4**

3“...wayi dargaz tmethouth discutayen...daya (mimique anxieuse)1min “

Procédes : Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; identifications souple et diffusées B1-3 ; accent porté sur les relations interpersonnelles, récit en dialogue B2-3 ; Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; agitation motrice, mimiques et/ou expressions corporelles ; tendance générale a la restriction CP2.

Lisibilité : positive

Problématiques : La problématique conflictuelle du couple est perçue et traitée dans son pole libidinale par le recours du patient aux procédés labiles, identification souple et diffusés et accent porté sur le dialogue

- **Planche5**

5“... dayi tabla wahid tavayouzt del werd, tametouth ni teldid thawourth (hauchement de tete) Daya...2min“

Procédes : Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués) A2-1 ; agitation motrice, mimique et/ou expressions corporelles CC1 ; accent porté sur le faire CF3 ; Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; tendance générale a la restriction CP2.

Lisibilité : plus au moins

Problématiques : La problématique de l'image surmoïque est perçue mais n'est pas traitée par le recours du patient aux procédés du contrôle description avec attachement et ceux de l'évitement, tendance générale a la restriction.

- **Planche 6BM**

4 “...argaz wahid temgharth talayen, discutine.... Daya kane. 2min“

Procédés : Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués) y compris expressions et postures A2-1 ; accent porté sur les relations interpersonnelles, récit en dialogue B2-3 ; Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; tendance générale a la restriction CP2.

Lisibilité : plus au moins

Problématiques : La problématique hétérosexuelle est perçue mais non traitée par le recours du patient aux procédés du contrôle, description avec attachement aux détails ainsi que le procédé de l'évitement, tendance générale a la restriction

- **Planche7BM**

2''... dayi amghar wahid mis tmesslayen.... Daya!! 1min''

Procédés : Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués) y compris expressions et postures A2-1 ; accent porté sur les relations interpersonnelles, récit en dialogue B2-3 ; Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; tendance générale a la restriction CP2.

Lisibilité : plus au moins

Problématiques : la problématique de la relation père/fils est perçue, mais pas traitée par le recours du patient au procédés du contrôle, description avec attachement aux détails, et les procédés d'évitement du conflit, silence important et tendance générale a la restriction.

- **Planche8BM**

3''...dayi dargaz 3alenass lemquess ghou3eboutiss.... T3aqabenth.... Dayen.59''

Procédés : Tli/long ou silence important intra-récit CP1 description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués) y compris expressions et postures A2-1 ; Scotomes d'objet manifestes E-1 ; expression crues liées a une thématique sexuelle ou agressive E8 ; perception du mauvais objet, thématique de persécution ; Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; tendance générale a la restriction CP2.

Lisibilité : positive

Problématiques : La problématique agressive de cette planche est perçue, et traitée par le recours du patient aux procédés de contrôle, émergence des processus primaire,

expression crue liée a une thématique agressive, ainsi aux procédés d'évitement du conflit, tendance générale a la restriction.

- **Planche 10**

8“... sin irgazen hedren.... Balek discutayen fel haja nagh wissen dachouth... c'est bon. 1min42“

Procédés: Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués) y compris expressions et postures A2-1 ; accent porté sur les relations interpersonnelles, récit en dialogue B2-3 ; Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; hésitation entre interprétations différentes A2-6 ; Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; tendance générale a la restriction CP2.

Lisibilité : positive

Problématiques : La problématique libidinale et la relation duelle est perçue et traitée par le recours du patient aux procédés de contrôle, hésitation entre interprétations différents, description avec attachement et aux procédés d'évitement de conflit, silence intra récit, tendance générale a la restriction

- **Planche11**

12“... (Rotation de la planche) wiya d'ifrakh tsetsen... daya. 2min“

Procédés : Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; agitation motrice, mimique et/ou expressions corporelles CC1 ; description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués) y compris expressions et postures A2-1 ; Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; tendance générale a la restriction CP2.

Lisibilité : négative

Problématiques : La problématique archaïque à laquelle renvoie la planche n'a pas été perçue ni traitée par le recours du patient aux procédés d'évitement de conflit, silence intra- récit, tendance a la restriction, ainsi au recours aux comportement, agitation motrice.

- **Planche12BG**

4'' ... dayi del firma...wahid usenduq ayi.... D'erbi3 ... dayen iyellan. 2min09''

Procédés : Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués) y compris expressions et postures A2-1 ; fausses perceptions E4 ; Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; tendance générale a la restriction CP2.

Lisibilité : plus au moins

Problématiques : La problématique dépressive suggérée par cette planche est perçue mais n'est pas traitée par le recours du patient aux procédés de contrôle, description avec attachement et aux procédés d'évitement de conflit, silence important, tendance générale a la restriction, ainsi que les procédés d'émergence en processus primaire, fausse perception

- **Planche 13B:**

3'' ...wayi d'aqchich f thewerth...i3ell ifassnis fouqrouyiss, iqqim itskhemim... voila daya. 2min''

Procédés: Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués) y compris expressions et postures A2-1 ; Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; Accent porté sur les conflits intra personnels A2-17 ; Tli /long ou silence important intra-récit CP1 tendance générale a la restriction CP2.

Lisibilité : positive

Problématiques : La problématique dépressive est perçue par le recours du patient aux procédés de contrôle, accent porté sur les conflits intra personnels et au procédés de l'évitement de conflit, silence important et tendance générale a la restriction.

- **Planche13MF**

9'' ... (Rotation de la planche) d tamtouth tyen, argaz iyen... (Tourner la tête) tikthoubine...argaz enni iffer oudhmiss... dayen.3min 13''

Procédés : Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; agitation motrice, mimique et/ou expressions corporelles CC1 ; description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués) y compris expressions et postures A2-1 ; Érotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ ou symbolisme transparent B2-9 ; Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; agitation motrice, mimique et/ou expressions corporelles CC1

Lisibilité : positive

Problématiques : La problématique de la sexualité de la planche, est perçue, et traitée par le recours du patient aux procédés de contrôle, description avec attachement, accent porté sur les conflits intra-personnels aussi le recours du patient aux procédés labiles, érotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent et aux procédés d'évitement du conflit, silence important, agitation motrice, mimique et expression corporelle

- **Planche 19**

3'' (changement de mimique) (hauchement de la tête)...tayi outefhimegh ara ... ih ourfhimegh fra zyess. 2min''

Procédés : agitation motrice, mimique et/ou expressions corporelles CC1 ; Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; critiques du matériel et/ou la situation CC3 ; /long ou silence important intra-récit CP1 ; remâchage, rumination A2-8

Lisibilité : négative

Problématiques : La problématique prégénitale n'est pas perçue ni élaborée par le recours du patient aux procédés d'évitement de conflit, silence important, critique du matériel et/ou la situation ainsi que les procédés de contrôle, remâchage, et aux procédés phobique, tendance refus

- **Planche16**

60''... athane ous3igh dachou admaginigh, ous3igh aucune idée zyess (a rejeter la planche) 3min''

Procédés : Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; critiques de soi CN-9 ; tendance générale a la restriction CP2.

Lisibilité : négative

Problématiques : La problématique prégénitale n'a pas été perçue ni traitée par le recours du patient aux procédés narcissique, critique de soi et aux procédés d'évitement de conflit, silence important, tendance a la restriction

❖ **L'analyse du protocole du TAT cas Boudjemaa 48 ans**

• **La première impression de l'ensemble du protocole**

Le patient a traité presque la majorité des planches du TAT sauf les planches prégénitales 11, 19, 16 qui n'ont pas été perçues ni traitées. Quant aux planches traitées, le discours était riche dans le contenu par introduction des procédés labiles et ceux de l'évitement du contrôle à la planche 16. Boudjemaa a fait une tendance refus

• **Les procédés d'élaboration du discours dans l'ensemble du protocole**

Toutes les séries dans la feuille de dépouillement sont présentes à savoir la prégnance des procédés d'évitement du conflit de la série (c) avec C%=47.52% dont les procédés les plus dominants sont les procédés phobiques puis ceux du comportement. En deuxième position c'est les procédés du contrôle (A) avec A%=15.48%. En ce qui concerne la série labile (B) avec B%=8.8% qui occupe la troisième position. Il s'agit de l'expression verbalisé d'affects modulés par le stimulus. Dans la dernière position, on souligne la présence de la série de l'émergence en processus primaire d'un pourcentage E%=5.28%

• **La lisibilité:** Type 2 (\pm)

• **Les problématiques globales**

a- La problématique œdipienne

La majorité des planches œdipiennes qui ont été perçues et traitées sont la planche 4 la planche conflictuelle de couple, et la planche de l'agressivité 6BM et la planche de la problématique libidinale, planche 10, ainsi que la planche de la problématique sexuelle 13MF, en revanche les planches œdipiennes perçues mais pas traitées sont les planches d'immaturités fonctionnelle, planche 1 et celle de la triangulation œdipienne et d'angoisse de castration planche 2, ainsi que la planche hétérosexuelle par le recours du patient aux procédés de contrôle, description avec attachement et ceux de l'évitement, tendance générale

à la restriction et enfin la problématique de la relation père/fils aussi perçue mais pas traitée par les mêmes procédés de l'évitement du contrôle et procédés de l'évitement du conflit

b- La problématique dépressive

Quant aux problématiques dépressives perçues et traitées par Boudjema, la planche 3BM d'objet est perçue dans une position d'impuissance, la planche 13B aussi perçue et traitée par le recours aux procédés de contrôle intra personnels. Quant à la planche 12BG, perçue mais pas traitée par le recours du patient avec attachement aux détails, et les procédés d'émergence en processus primaire

c- La problématique prégénitale (archaïque)

À la planche 11, Boudjema n'a pas perçue ni traitée la planche par l'introduction aux éléments de l'oralité, la planche 19 n'a pas été perçue ni traitée par le recours du patient aux procédés du comportement, critique du matériels et de la situation et les procédés de contrôle, remâchage. Quant à la problématique de la planche 16 qui concerne la manière dont Boudjema structure ses privilégiés et les relations qu'il établit avec eux, n'a pas été perçue ni développées par le recours au temps de latence important et tendance à la restriction ainsi que la critique de soi

Conclusion à partir du TAT

L'analyse du protocole nous renseigne que Boudjema s'appuie sur les premières positions d'évitement du conflit dont les procédés phobiques sont présents avec un taux élevé suivis par ceux du comportement. En deuxième position sur les procédés du contrôle et en troisième position sur les procédés labiles et en dernière position on trouve les procédés d'émergence en processus primaire, on note que seules les problématiques prégénitales qui n'ont pas été ni perçues ni traitées par Boudjema. L'évitement du conflit, et l'incapacité à traiter les problématiques prégénitales, nous spécifie la non observance thérapeutique de Boudjema. .

Tableau N° 1 : Evaluation quantitative des procédés présents dans le protocole du cas de Boudjemaa 48ans

A	B	C					E
		P	N	M	C	F	
A2-1=10 A2-17=3 A2-8=3 A2-6=2	B 2-3=5 B2-11=2 B 1-4=1 B 1-3=1 B2-9=1	CP1=35 CP2=11	C N9=1	/	CC1=5 CC3=1	CF3=1	E1=4 E8=1 E4=1
$\Sigma A=18$ 15.84%	$\Sigma B=10$ 8.8%	$\Sigma CP=46$	$\Sigma CN=1$	/	$\Sigma CC=6$	$\Sigma CF=1$	$\Sigma E=6$ 5.28 %
		$\Sigma C=54$ 47.52%					
$\Sigma=88$ 100%							

Cas Adel

Monsieur Adel âgé de 25 ans, originaire et demeurant a Souk El tenine, célibataire ,troisième d'une fratrie de quatre, deux sœurs et un frère, d'un père décédé en 2005 à l'âge de 51 ans et d'une mère âgée de 58ans. Il est d'un niveau scolaire de deuxième année moyenne, cuisinier de profession. Patient de taille et de corpulence moyenne, dans la limite de la propreté, stable sur le plan moteur, consentant pour l'entretien, contact possible mais superficiel, reste irritable, mimique détendue, humeur adaptée aux propos.

1-La Santé physique et la santé psychique

On souligne que Adel a subi une intervention chirurgicale pour hernie discale à l'âge de 20ans, quant au début de sa maladie remonte en 2007 à l'âge de 13ans, dans un tableau fait d'hétéro agressivité verbale et physique, soliloque. Sa première hospitalisation était en 2010 marquée par une activité délirante de persécution. Sa dernière hospitalisation en Mai 2019 pour rechute sur le mode comportementale de sa schizophrénie suite a son arrêt thérapeutique de trois mois prouvé par des insultes et des craches lors de son admission. En ce qui concerne les habitudes toxiques, il affirme qu'il prend de l'alcool de temps à autre, par rapport aux antécédents familiaux, il signale que son père, son oncle et ses tentes paternels sont suivis pour pathologie psychiatrique, du coup sa maladie est liée au facteur héréditaire.

On note qu'Adel est de bon état physique avec une bonne qualité de sommeil, nous rapportant qu'il se sentait bien et qu'il était en bonne forme.

2-Relation d'objet

Au sujet de ses relations, Adel nous souligne qu'il a de bonnes relations avec sa famille et que cette dernière s'inquiète beaucoup pour lui et s'entend bien avec son entourage.

Adel nous souligne aussi que sa relation avec l'équipe soignante est très bien et exprime sa reconnaissance envers eux, ainsi qu'au sein de son milieu professionnel nous rajoute qu'elle est très bonne, d'après ce contenu, on comprend qu'Adel est bien entouré.

Quant à la gestion de sa maladie par son entourage, Adel souligne que tous ses proches essayent considérablement de l'aider par tout les moyens et nous affirme que son médecin traitant lui a bien expliqué la nature de sa maladie.

3- Informations sur le suivi médicamenteux et hygiène de vie

Concernant les informations sur le suivi médicamenteux et hygiène de vie, Adel prenait son traitement recommandé par son médecin traitant, respectait les doses et modalités de prises et nous déclare qu'il n'oublie jamais d'en prendre.

Par contre, Adel a suspendu sa prise médicamenteuse juste avant son hospitalisation en disant : « oui j'ai arrêté mon traitement avant de venir ici »⁶, en dépit de l'aide de sa sœur, il a quand même réussi à l'arrêter.

4-Vécu de la maladie et représentation médicamenteuse

Au cours de l'entretien, on remarque qu'Adel ne s'estime pas totalement malade et ne cesse pas de banaliser son état en disant : « c'est juste la maladie »⁷ de ce fait, on remarque une faible auto critique quant à sa maladie, même par rapport à ses changements habituels il n'a fait que normaliser les événements et nous démontre une certaine méfiance.

A travers les propos d'Adel, l'importance des médicaments était une obligation mais ce n'est plus le cas à présent il déclare : « il faut que je prenne les médicaments bien avant mais maintenant non pas encore »⁸, de plus il met en évidence que tous les médicaments ont des effets secondaires mais ceci ne le perturbait pas autant et quant à ce que les médicaments représentent pour lui on trouve qu'il leur réserve peu d'intérêt et essaye toujours de banaliser ces derniers.

Résumé de l'entretien

D'après l'entretien qu'on a eu avec notre sujet, on constate qu'Adel est caractérisé par une non-observance du à un arrêt thérapeutique de trois mois, reflété par une mauvaise hygiène de vie, ceci est lié à sa non conscience et à sa non acceptation de la maladie.

➤ Analyse du test TAT

• Planche1

‘3 (Mimique anxieuse) d'amatoun, ighath oukhemem daya.... d'aqic itkhemim.1min22’’

⁶ Oui hebsegh dwa avant de venir ici

⁷ D lahlak kan

⁸ Obligé aswegh dwa zik mais toura khati machi obligé

Procédés : agitation motrice, mimique et/ou expressions corporelles CC1 ; perception d'objets morcelés (et/ou d'objets détériorés ou de personnages malade, malformés) E6 ; Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; Accent porté sur les conflits intra personnels A2-17 ; remâchage, rumination A2-8 ; scotome d'objet manifeste E1 ; Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; tendance générale a la restriction CP2.

Lisibilité : positive

Problématiques : la problématique de l'immaturation fonctionnelle est perçue et traitée par le recours du patient aux processus du contrôle, accent porté sur les conflits intra-personnels, et les procédés d'émergence en processus primaire, perception d'objet morcelés (et/ou d'objets détériorés ou de personnages malades, malformés

- **Planche2**

“4 d la photo... t' amettouth... tou3riyi 57”

Procédés : mise en tableau CN8 ; Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; accrochage au contenu manifeste CF1 ; Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; critique de soi CN9 ; critiques du matériel et/ou la situation CC3 ; tendance générale a la restriction CP2.

Lisibilité : négative

Problématiques : problématique de la triangulation œdipienne n'est ni perçue ni traitée par le recours du patient aux procédés narcissiques, mise en tableau et aux procédés des comportements, critiques du matériel et/ou la situation, ainsi que procédés phobique, tendance a la restriction.

- **Planche3BM**

“1 d la photo daghen... amaken del 3abdh idigouté 56”

Procédés : mise en tableau CN8 ; Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; expression verbalisée d'affects nuancés, modulés par le stimulus B1-4 ; persévération E10, tendance générale a la restriction CP2.

Lisibilité : plus au moins

Problématiques : la problématique dépressive est perçue mais pas traitée par le recours du patient aux procédés narcissique, mise en tableau et les procédés labiles, expression verbalisée d'affects nuancés, modulés par le stimulus et les procédés d'émergence en processus primaires, persévération.

- **Planche4**

‘‘6... d tametouth d'ourgaz !!daya... 1min’’

Procédés : Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; accrochage au contenu manifeste CF1 ; Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; critique en soi CN9 ; tendance générale a la restriction CP2.

Lisibilité : plus au moins

Problématiques : La problématique conflictuelle du couple est perçue mais n'a pas été traitée par le recours du patient à l'accrochage au contenu manifeste et les procédés phobique, silence important intra-récit, tendance générale à la restriction.

- **Planche5**

‘‘2... d la photo kane, ourzrigh !! (Sourire) 1min14’’

Procédés : Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; mise en tableau CN8 ; critique en soi CN9 ; agitation motrice, mimique et/ou expressions corporelles CC1 ; tendance générale a la restriction CP2 ; persévération E10

Lisibilité : négative

Problématiques : la problématique de l'image maternelle est ni perçue ni traité par le recours du patient aux procédés phobique, silence important, tendance générale a la restriction et les procédés narcissiques, mise en tableau, critique en soi et le recours au comportement, agitation motrice, mimique et/ou expressions corporelles ainsi que les procédés d'émergence en processus primaires, persévération

- **Planche6BM**

“5...kifkif (Mimique toujours anxieuse) 42”

Procédés : Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; persévération E10 ; agitation motrice, mimique et/ou expressions corporelles CC1 ; tendance générale a la restriction CP2 ; tendance refus CP5

Lisibilité : négative

Problématiques : problématique hétérosexuelle n’a pas été perçue ni traitée par le recours du patient au procédés de l’évitement, temps de latence important ainsi que les procédé phobiques, tendance refus

- **Planche7BM**

“6 d la photo daya, dachou tebghit amdinigh... (Avec un ton élever) 2min”

Procédés : critique en soi CN9 ; Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; agitation motrice, mimique et/ou expressions corporelles CC1 ; tendance générale a la restriction CP2 ; persévération E10.

Lisibilité : négative

Problématiques : problématique de la relation père/fils n’a pas été perçu ni traitée par le patient en faisant recours aux procédés phobiques, silence important intra-récit CP1, tendance générale a la restriction ainsi les procédés du comportement, agitation motrice, mimique et/ou expressions corporelles et les procédés d’émergence en processus primaire, persévération

- **Planche 8BM**

“ 5 kifkif !d la photo daya... (nerveux)ouzmirgh admajinigh... d les photos merra 1min08”

Procédés : expression crues liées a une thématique sexuelle ou agressive E8 ; mise en tableau CN8 ; Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; critique en soi CN9 ; Tli

/long ou silence important intra-récit CP1 ; Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; remâchage, rumination A2-8 ; persévération E10.

Lisibilité : négative

Problématiques : La problématique agressive de cette planche n'a pas été perçue ni traitée par le recours du patient au procédés phobique, silence intra- récit ainsi qu'aux procédés narcissiques, critique de soi

- **Planche10**

''4 ...our3limegh mati... d la photo daya 30''

Procédés : Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; critique en soi CN9 ; mise en tableau CN8 ; tendance refus CP5 ; persévération E10.

Lisibilité : négative

Problématiques : la problématique libidinale et la relation duelle n'a pas été perçue ni traitée par le recours du patient aux procédés phobique, silence important intra-récit, tendance refus ainsi que les procédés narcissique, critique de soi et mise en tableau aussi les procédés d'émergence au processus primaire, persévération

- **Planche11**

''3... del ghaba...ourssinegh nekki... 2min 30''

Procédés : Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; mise en tableau CN8 ; critique en soi CN9 ; tendance refus CP5.

Lisibilité : plus au moins

Problématiques : La problématique archaïque à laquelle renvoie la planche est perçue mais n'a pas été traitée par le recours du patient aux procédés phobiques, silence important, tendance refus puis les procédés narcissique, mise en tableau, critique de soi

- **Planche 12BG**

“3 ... del ghaba.. oussinegh nekki 14”

Procédé : accrochage au contenu manifeste CF1 ; critique en soi CN9 ; nécessité de poser des questions, tendance refus. Refus CP5 ; persévération E10

Lisibilité : plus au moins

Problématiques : La problématique dépressive suggérée par cette planche est perçue mais pas traitée par le recours du patient aux procédés, l'accrochage au contenu manifeste ainsi que les procédés narcissique, critique de soi et les procédés d'émergence en processus primaire, persévération

- **Planche13B**

“6... deltoufane iqqim gef thewourth...daya. 3min”

Procédés : Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; accrochage au contenu manifeste CF1 ; Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; tendance générale a la restriction CP2.

Lisibilité : négative

Problématiques : La problématique dépressive est perçue mais n'a pas été traitée par le recours du patient par l'accrochage au contenu manifeste et aux procédés phobique, silence important, tendance générale a la restriction.

- **Planche13MF**

“2 argaz tmetouth... our3limegh mayel yetrou nagh (silence) ... 50”

Procédés : description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués) y compris expressions et postures A2-1 ; Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; hésitation interprétations différentes A2-6 ; Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages CP4 ; tendance générale a la restriction CP2.

Lisibilité : plus au moins

Problématiques : la problématique de la sexualité est perçue mais n'a pas été développée par le recours du patient aux procédés de contrôle, description avec attachement, hésitation interprétations différentes et les procédés phobiques, ou silence important, Motifs des conflits non précisés, tendance générale a la restriction

- **Planche19**

“8....ourssinegh tou3er... our3limegh 20”

Procédés : Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; critique en soi CN9 ; Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; remâchage, rumination A2-8 ; tendance générale a la restriction CP2.

Lisibilité : négative

Problématiques : la problématique prégénitale n'a pas été perçue ni traité par le recours du patient aux procédés phobiques, silence important, tendance générale a la restriction ainsi que les procédés narcissique, critique en soi.

- **Planche16**

”10 ... (silence) kra oudiwssi g qerouyiw 41”

Procédés : Tli /long ou silence important intra-récit CP1 ; critique en soi CN9 ; tendance générale a la restriction CP2.

Lisibilité : négative

Problématiques : La problématique prégénitale n'a pas été perçu ni traitée par le recours du patient aux procédés phobiques, silence important, et aux procédés narcissiques, critique de soi

❖ L'analyse du protocole du TAT cas Adel 25ans

• La première impression de l'ensemble du protocole

Le patient n'a pas traité toutes les planches du TAT. On note que le récit des planches était pauvre comme on souligne qu'aucune planche n'a été perçue et traitée à la fois. Le recours du patient aux procédés d'évitement du conflit qui ont entravé la perception et le traitement à la fois, comme on signale que dans la planche 16 n'a pas développé la planche par son recours à la tendance refus.

• Les procédés d'élaboration du discours dans l'ensemble du protocole

Toutes les séries de la feuille de dépouillement sont présentes à savoir la prédominance des procédés de l'évitement du conflit, la série (C) avec C%=45.43% dans les procédés dominants sont les procédés phobiques, puis narcissiques dont les procédés du comportement en deuxième position la présence de la série d'émergence en processus primaire d'un 8.47%. En ce qui concerne la troisième position, on note que les procédés du contrôle (A) avec A%=4.62%. Quant à la dernière position était réservée à la série labile (B) avec B%=0.77.

• La lisibilité: Type 2 (\pm)

• Les problématiques globales

a- La problématique œdipienne

La majorité des planches ont été perçues mais non traitées par Adel à savoir les planches, 2, 5, 6BM, 7BM, 8BM, 10 n'ont pas été ni perçues ni traitées par le patients signalant bien qu'à la planche 1 Adel fait un scotome d'objet chose qui entrave les traitement d'élaboration suivi par la planche de la triangulation qui n'a pas été traitée ni perçue la planche 10 de la problématique libidinale aussi n'a pas été ni perçue ni traitée

b- La problématique dépressive

On note que les planches 3BM, 12BG, 13B, ont été perçues mais pas traitées suite a l'utilisation des procédés narcissique et ceux du contrôle, temps de latence et intra-récit important et la tendance à la restriction

c- La problématique prégénitale (archaïque)

Adel a perçue la problématique archaïque de la planche 11 par le recours aux procédés d'évitement du conflit tendance refus. Par contre la planche 19 n'est pas perçue ni traitée par le patient en introduisant les procédés phobique silence important et tendance a la restriction suivis par les procédés narcissiques, critique de soi. Quand à la planche 16 Adel était limité dans son récit suite à l'intervention des procédés d'évitement tendance a la restriction suivi par le procédés narcissique, critique en soi

Conclusion à partir du TAT

L'analyse du protocole nous montre qu'Adel s'appui en première position sur les procédés phobique, d'évitement. En deuxième position les procédés d'émergence en processus primaire c'est-à-dire le dérapage par rapport a la réalité. En troisième position les procédés du contrôle. Et en dernière position on trouve les procédés labiles avec un taux minime et on note que la plupart des problématiques n'ont pas été perçues et non traitées, ce qui spécifie son état psychotique

Tableau N° 2 : Evaluation quantitative des procédés présents dans le protocole du cas de Adel 25ans

A	B	C					E
		P	N	M	C	F	
A2-8=3 A2-17=1 A2-1=1 A2-6=1	B 1-4=1	CP1=20 CP2=11 CP5=4	C N9=10 CN8=5	/	CC1=4 CC3=1	C F1=4	E10=8 E6=1 E8=1 E1=1
$\Sigma A=6$ 4.62%	$\Sigma B=1$ 0.77%	$\Sigma CP=35$	$\Sigma CN=15$	/	$\Sigma CC=5$	$\Sigma CF=4$	E=11 8.47%
		$\Sigma C=59$ 45.43%					
		$\Sigma=77$ 100%					

Cas nadir

Monsieur nadir âgé de 45 ans, originaire et demeurant a Bejaia, l'ainé d'une fratrie de quatre deux frères et une sœur, de mère décédée quand il avait 13 ans, père vivant âgé de 64 ans. Marié, séparé et père de quatre enfants. Nadir est ancien gendarme de profession sortit invalide en 2004. physiquement il est de taille et de corpulence moyenne, propre avec une mimique peu anxieuse associée a un léger trouble psychomoteur, sa voix est audible, d'humeur syntone avec un discours cohérent marqué par des répétitions.

1-La santé physique et la santé psychique

Monsieur nadir rapporte qu'il souffre du diabète et d'hypertension artérielle (HTA) mis sous traitement mais ne se rappelle pas d'avoir été opéré avant. Concernant l'apparition de sa maladie remonte à 2002 marquée par des troubles psychotiques faits de délire de persécution et d'hallucinations intrapsychique d'où sa première hospitalisation. De ce qui est de ses antécédents familiaux, il mentionne que son père est diabétique depuis longtemps sans autres précisions.

Patient connu pour son suivi chez plusieurs psychiatre et pour sa prise anarchique des médicaments durant toute sa période de maladie ce qui engendre plusieurs rechutes dont sa dernière en mois de Mai 2019 pour une hétéro agressivité verbale et physique suite a un arrêt thérapeutique de durée indéterminée. Pour ce qui est des habitudes toxiques, il souligne qu'il prenait de la drogue et de l'alcool mais il les a arrêté en 2000 : « je buvais de l'alcool, je prenais de la drogue mais j'ai arrêté en 2010 »⁹, hormis, il prend de la bière de temps a autre, très dépendant a la cigarette d'ailleurs il a interrompu l'entretien deux fois pour pouvoir fumer.

Concernant son état physique actuel, il se plaint souvent de fatigabilité et d'un sommeil perturbé, dit-il : « un peu, des fois je dors des fois je ne dors pas jusqu'a lfajr »¹⁰

2-Relation d'objet

À-propos de ses relations avec sa famille et son entourage, nadir rapporte qu'il est séparé de sa femme et qu'il n'a aucune idée ou elle est, ni ses enfants d'ailleurs et de ce qui est de

⁹ Lligh tesssegh chrab, kathegh la drogue mais hebsegh en 2010

¹⁰ Chwya, mindak ganegh, mindak ouganghara ama d lafjar

son père, de ses frères et sa sœur il s'est contenté de normaliser la nature de leurs relations et ajoute par la suite qu'il vit seul dans une cave ou il se sent menacé souvent par son cousin.

Par rapport à comment il trouve sa relation avec le personnel soignant sa réponse était septique, il jugeait qu'il ne leur faisait pas totalement confiance surtout qu'ils ne répondent pas à ses attentes d'après lui, il cite d'ailleurs : « je suis fâché car ils ne veulent pas me donner la cigarette ». ¹¹

À-propos de la réaction de son entourage face à sa maladie il a souligné qu'il n'accordait pas trop d'importance d'ailleurs il n'a pas beaucoup de relation avec eux hormis il laissait un de ses frères l'aider. Selon lui les médecins qu'il a consulté ne lui ont pas vraiment expliqué sa maladie et il trouvait que sa vraie pathologie résidait dans sa soit disant retraite : « Ma maladie c'est la retraite, je le sais » ¹².

3- Informations sur le suivi médicamenteux et hygiène de vie

En ce qui concerne le suivi médicamenteux de Nadir et de son hygiène de vie, il indique qu'il prend son traitement mais il oublie souvent surtout l'haldol le matin et pour ses RDV de consultation il précise qu'ils ne les rataient jamais et qu'il venait à temps : « les RDV à temps, tout se fait à temps » ¹³, de ce qui est des doses et des modalités de prise médicamenteuse, on note qu'il est anarchique et qu'il ne respecte pas les moments de prise à cause de ses oublis : « Non, dès que je me rappelle, je les prend » ¹⁴ surtout qu'il n'est pas assisté ni aidé par son entourage pour qu'il soit discipliné dans sa prise médicamenteuse.

Pour sa suspension du traitement sans avis médicale, il mentionne que ça lui est déjà arrivé à plusieurs reprises.

4- Vécu de la maladie et représentation médicamenteuse

On note dans les réponses de monsieur Nadir qu'il est tout de même conscient de sa maladie et ses symptômes d'ailleurs il rapporte qu'il était malade souffrant de stress et d'anxiété : « j'étais malade de stress et d'anxiété » ¹⁵ et pour ce qui est du vécu et des changements qu'il a du subir durant cette phase il ne cessait pas de normaliser mais il ne

¹¹ Feq3egh laboud gouman aydefken adkeyfegh

¹² Lehlakiw d la retraite, 3elmegh

¹³ Les RDV gelmahel, koulesh gelmahel

¹⁴ Khati, asma ademektigh, adswegh

¹⁵ Helkegh stress wahid lqelqa

montrait pas ses faiblesses malgré qu'il est stressé par rapport a sa situation : « normal, jamais je le montre mais intérieurement je suis très anxieux »¹⁶.

Pour Nadir, prendre les médicaments s'avère nécessaire mais au même temps il trouvait que ces derniers étaient un passe temps pour lui, et que leurs effets secondaires ne le contraignaient pas beaucoup.

Résumé de l'entretien

Selon l'entretien qu'on a eu avec le patient, on souligne qu'il est distingué par une non-observance du a un arrêt thérapeutique de durée indéterminée exprimé par des oublis de prises médicamenteuse et a une mauvaise hygiène de vie , ceci est expliqué par son apport de l'environnement défavorable ainsi qu'à la relation médecin-malade.

➤ **Analyse du test TAT**

• **Planche1**

5" itsmaginid.....puisque le violent ayi iyettef g fasnins, donc c'est des morceaux musicales (répétition deux fois) en mémorisantil vit convenablement, il ne peut pas (répétition trois fois)....moi avant d'être malade salegh la musique akka....1mn55"

Procédés : Accent porté sur les conflits intrapersonnel A2-17 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués) A2-1 ; Remâchage , ruminant A2-8 ; Intellectualisation (abstraction ; symbolisation ; titre donné à l'histoire en rapport avec le contenu manifeste) A2-13 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1, Idéalisation de l'objet (valence positive ou négative) CM2+ ; Critiques de soi CN9, Remâchage, ruminant A2-8 ; Références personnelles ou autobiographiques CN2 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1.

Lisibilité : positive

Problématiques : la problématique de la situation d'immaturation fonctionnelle a été perçue et traitée par le recours du patient aux procédés de contrôle ; description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et

¹⁶ Normal jamais tbeyinegh mais sezdakhel qelqegh mlih

postures, accent porté sur les conflits intra-personnels, intellectualisation (abstraction, symbolisation, titre donné à l'histoire en rapport avec le contenu manifeste) et les procédés d'évitement de conflits, silence intra-récit.

- **Planche2**

5" un fermier avec deux femmes, machi palais royale ?...y'a un fermier...ils attendent attentivement des choses, ché pas c'est quoi ...izmer lhal c'est une femme atizwejdaya.1min"

Procédés : Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués) A2-1 ; Demandes faites au clinicien CC2 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Remâchage, rumination A2-8 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages CP4 ; Érotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent B2-9

Lisibilité : positive

Problématiques : la problématique de la triangulation œdipienne a été perçue et traitée par le recours du patient aux procédés de contrôle, description et ainsi que les procédés labiles érotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent et le procédé d'évitement du conflit non précisé.

- **Planche 3BM**

2" dayi c'est la tristesseépuisé...malade...entraîn de pleurer (répétition trois fois).....triste...ché pas balak imouthashed (répétition deux fois)...balak un décé....tettef chouka gel canapé tehzen ...daya.1min"

Procédés : Affect-titre CN3 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Expressions verbalisées d'affects nuancés, modulés par le stimulus B1-4 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; perception d'objet morcelés(et/ou d'objets détériorés ou de personnages malades, malformés(E6) ; Tli long et/ou silences importants intra-récit cp1 ; Expressions verbalisées d'affects forts ou exagérés B2-4 ;

Remâchage, rumination A2-8 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; ; Précautions verbales A2-3 ; Remâchage, rumination A2-8 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Précautions verbales A2-3 ; Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures A2-1 ; Expressions verbalisées d'affects nuancés, modulés par le stimulus B1-4 .

Lisibilité : positive

Problématiques : la problématique dépressive a été perçue et traitée par le recours du patient aux procédés narcissiques, affect- titre ainsi que le recours aux procédés d'émergence en processus primaires perception d'objet morcelés, expression d'affects et/ou de représentations massifs liés à toute problématique, les procédés de contrôle, description avec attachement aux détails, procédés labiles, expression verbalisée d'affects nuancés, modulés par le stimulus puis les procédés narcissiques, affect- titre.

- **Planche 4**

2"dayi une histoire d'amour..un couple..s3edayen oussan...ca dépend combien cava durer oubienca sera pas longtemps..peutetre l'histoire atahbess..c'est des coups de foudre...ca peut durer (répétition deux fois)..adkemlenlwahi l'histoire d'amour...akkatoura ils étaient entrain de vivre stable ...les sentiments...meme s'ils ont perdu des choses akka, nettsaizmerasdifk,atichargi (répétition deux fois) netsathdaghentezmerastefkwatkamoufliayen i 3eddan,aqdim..daya.1 min29"

Procédés : Érotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent B2-9 ; Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures A2-1 ; Hésitations entre interprétations différentes A2-6 ; Précautions verbales A2-3 ; - Remâchage, rumination A2-8 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Aller/retour entre des désirs contradictoires. Fin à valeur de réalisation magique du désir B2-7 ;

Lisibilité : positive

Problématiques : la problématique conflictuelle du couple a été perçue et traitée par le recours du patient aux procédés du contrôle description avec attachement aux détails

hésitations entre interprétations différentes, et les procédés labiles érotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent, représentations contrastées. Alternance entre des états émotionnels opposés.

- **Planche5**

2" wayidel tableau nagh tametouth, zarghed nekki tametouth techejbad ,tametouth teldi tawourth, toutha tella gh chambra ...yella el pot n nwar sheghel sinjabath (répétition deux fois)...c'est un tableau ?...un petit sourire tezmoumeg...wiss dachou tezra...oudiban oumadekra ...sinjabathe ni kshemnassgh chambra talay tsatsa...dayen kan. 1min"

Procédés : Hésitations entre interprétations différentes A2-6 ; Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures A2-1 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Aller/retour entre des désirs contradictoires. Fin à valeur de réalisation magique du désir B2-7 ; motifs des conflits non précisés; récit banalisés à outrance, impersonnels, placage ; motifs des conflits non précisés; récit banalisés à outrance, impersonnels, placage CP4.

Lisibilité : positive

Problématiques : la problématique de l'image surmoïque a été perçue et traitée par le recours du patient aux procédés de contrôle description avec attachement aux détails hésitations entre interprétations différentes ainsi les procédés labiles aller-retour entre des désirs contradictoires. Fin à valeur de réalisation magique du désir et le procédé d'évitement du conflit.

- **Planche6BM**

5 "dayi avec sa grand mère ...entrain de penser ...wiss ce qu'elle lui a imposé, elle attend de lui qu'il accepte pour réussir sa mission....c'est tout ce que j'ai a dire, elle est pleine de charme 49"

Procédés : Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures A2-1 ;Tli long et/ou silences importants intra-récit

CP1 ; Accent porté sur les conflits intrapersonnels A2-17 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Élément de type formation réactionnelle (propreté, ordre, aide, devoir, économie, etc.) A2-10 ; Surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet CM1 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Attachement aux détails narcissiques à valence relationnelle B2-10.

Lisibilité : positive

Problématiques : la problématique hétérosexuelle est perçue et traitée par le recours du patient aux procédés de contrôle description avec attachement aux détails, accent porté sur les relations intra-personnels, éléments de formation réactionnelle, surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet.

- **Planche7BM**

2" dayi avec son père ou son frère ...il est âgé, entrain de discuter, ils attendent attentivement pour réfléchir à sa réaction ...c'est tout ce que je vois.30"

Procédés : Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures A2-1 ; Hésitations entre interprétations différentes A2-6 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Idéalisation de l'objet (valence positive ou négative) CM2 ; Accent porté sur les relations interpersonnelles. Récit en dialogue B2-3 ; Inadéquation du thème au stimulus – Abstraction, symbolisme hermétique E-7.

Lisibilité : positive

Problématiques : la problématique de la relation père- fils est perçue et traitée par le recours du patient aux procédés du contrôle description avec attachement aux détails, hésitations entre interprétations différentes, les procédés antidépressif idéalisation de l'objet (valence positive), procédés labiles, accent porté sur les relations interpersonnelles .récit en dialogue.

- **Planche 8BM**

19"… (figé un moment)…timek7elt g la bataille sel mçess entrain de lui enlever le pansement…c'est des médecins avec un homme cravaté…ils attendent qu'ils guérissent, iteksass les pansements g la bataille …c'est tout ce que je vois. 1min"

Procédés : Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures A2-1 ; Élément de type formation réactionnelle (propreté, ordre, aide, devoir, économie, etc.) A2-10 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Idéalisation de l'objet (valence positive ou négative) CM2+ ; Remâchage, rumination A2-8.

Lisibilité : positive

Problématiques : la problématique agressive est perçue et traitée par le recours du patient aux procédés de contrôle description avec attachement aux détails, éléments de formation réactionnelle, et les procédés antidépressifs idéalisation de l'objet (valence positive)

- **Planche10**

10" ce n'est pas clair (étonné) ils sont entrain de s'embrasser, puisque ca fait longtemps qu'ils n'étaient pas ensemble....amakkenargaz d tmetouth isoudnits g twenzass....je ne sais pas mais ca veut dire qu'il a accompli sa mission, c'est un membre de la famille ou peut être dirgazen isnin c tout. 1mn5"

Procédés : Critiques du matériel et/ou de la situation CC3 ; Expressions verbalisées d'affects forts ou exagérés B2-4 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Remâchage, rumination A2-8 ; Critiques de soi CN9 ; Instabilité dans les identifications. Hésitation sur le sexe et/ou l'âge des personnages B2-11.

Lisibilité : positive

Problématiques : la problématique libidinale et la relation duelle est perçue et traitée par le recours du patient aux procédés labiles, expression d'affects forts ou exagérés, instabilité dans les identifications. Hésitation sur le sexe et/ou l'âge des personnages.

- **Planche 11**

19" (rotation de la planche)...c'est pas clair, tayi outefhimghara, zemregh adinigh que c'est un tableau...Je ne peux pas m'inventer des choses, il n'est pas clair, il n'est pas clair 1mn

Procédés : Agitation motrice, Mimiques et/ou expressions corporelles CC1 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Critiques du matériel et/ou de la situation CC3 ; Critiques de soi CN9 ; Mise en tableau CN8 ; Remâchage, rumination A2-8.

Lisibilité : négative

Problématiques : la problématique archaïque n'a pas été perçue ni traitée par le recours du patient aux procédés du comportement agitation motrice. Mimiques et/ou expressions corporelles, critique du matériel et /ou de la situation puis les procédés narcissiques critique de soi, affect- titre.

- **Planche 12BG**

5 "dayi tafloukth, izmer lhal d'abarrage....plein d'herbes...tafloukth (répétition trois fois)...c'est des tableau iwtha wedfel daghen, daya 30 "

Procédés : Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures A2-1 ;Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ;Remâchage, rumination A2-8 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Mise en tableau CN8 ; accent mise sur les qualité sensorielles CN5

Lisibilité : positive

Problématiques : la problématique dépressive a été perçue et traitée par le recours du patient aux procédés du contrôle description avec attachement aux détails ainsi que les procédés narcissiques mise en tableau, accent mise sur la qualité sensorielle.

- **Planche13B**

20" aqshish damezyan ghtewourth wekham, d'akham nelou7 waqil, je ne sais pas dachouth nagh del couri, ireyeh...entraîné de regarder et de réfléchir, eeh un jeune

adolescent entrain de se reposer, d'a7efyan d'a7efyan amakken yetra dides kra...il est entrain de réagir...ché pas ...dayen kan. 1mn14"

Procédés : Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures A2-1 ; Idéalisation de l'objet (valence positive ou négative) CM2- ; Hésitations entre interprétations différentes A2-6 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Accent porté sur les conflits intra personnels A2-17 ; Instabilité dans les identifications. Hésitation sur le sexe et/ou l'âge des personnages B2-11 ; Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures A2-1 ; Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages CP-4 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Expressions verbalisées d'affects nuancés, modulés par le stimulus B1-4 ; Critiques de soi CN9 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1.

Lisibilité : positive

Problématiques : la problématique dépressive est perçue et traitée par le recours du patient aux procédés de contrôle description avec attachement aux détails, hésitations entre interprétations différentes, accent porté sur les conflits intra-personnels ainsi que les procédés labiles instabilité dans les identifications. Hésitation sur le sexe et/ou l'âge des personnages, les procédés d'évitement, motifs des conflits non précisés; récit banalisés à outrance, impersonnels, placage.

- **Planche 13MF**

3" dayi il est entrain de pleurer...y'a un décès, une femme est morte et il est entrain de pleurer (répétition trois fois)...amakken elle était menacée, soit il dort nagh il est entrain de pleurer (répétition trois fois), allongé au canapé...daya. 1mn"

Procédés : Expressions verbalisées d'affects forts ou exagérés B2-4 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Expressions d'affects et/ou de représentations massifs liés à toute problématique (dont l'incapacité, le dénuement, la réussite mégalomane, la peur, la mort, la destruction, la persécution, etc.) E-9 ;

Expressions verbalisées d'affects forts ou exagérés B2-4 ; Remâchage, rumination A2-8 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Hésitation entre interprétations différentes A2-6 ; Remâchage, rumination A2-8

Lisibilité : positive

Problématiques : la problématique de la sexualité est perçue et traitée par le recours du patient aux procédés labiles, expression d'affects forts ou exagérés.

- **Planche 19**

20 " (étonnement, figé)...c'est des insignes, des armes martiaux...les jeux de la mort...al achba7...amakken y'a des arbres et bateaux sheghel samurai (a pointé le doigt). 1mn12"

Procédés :Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Craquées verbales (troubles de la syntaxe) E-17 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Expressions d'affects et/ou de représentations massifs liés à toute problématique (dont l'incapacité, le dénuement, la réussite mégalomane, la peur, la mort, la destruction, la persécution, etc.) E-9 ; Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures A2-1 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Précautions verbales A2-3 ; Remâchage, rumination A2-8 ; Agitation motrice, Mimiques et/ou expressions corporelles CC1.

Lisibilité : positive

Problématiques : la problématique prégénitale perçue et traitée par le recours du patient aux procédés du contrôle description avec attachement aux détails puis les procédés d'émergence aux processus primaires expression d'affects et/ou de représentations massifs liés à toute problématique.

- **Planche 16**

19" je ne peux pas, ma tête ne me le permet pas...c'est la fin du désastre is3edagh...je le ressens...its3awaniyi pour suivre pour y arriver a la fin...mais malgré tout y'a

l'espoir...j'étais perdu complètement malgré tout y'a de l'espoir, il y'a de l'espoir.1mn"

Procédés : Critiques de soi CN9 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Expressions d'affects et/ou de représentations massifs liés à toute problématique (dont l'incapacité, le dénuement, la réussite mégalomane, la peur, la mort, la destruction, la persécution, etc) E-9 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Aller/retour entre des désirs contradictoires. Fin à valeur de réalisation magique du désir B2-7 ; Inadéquation du thème au stimulus – Abstraction, symbolisme hermétique E-7 ; Remâchage, rumination A2-8.

Lisibilité : positive

Problématiques : la problématique prégénitale a été perçue et traitée par le recours du patient aux processus labiles aller-retour entre des désirs contradictoires. Fin à valeur de réalisation magique du désir ainsi que les procédés d'émergence en processus primaires expression d'affects et/ou de représentations massifs liés à toute problématique ,expressions "crués" liés à une thématique sexuelle ou agressive.

❖ **L'analyse du protocole du TAT cas Nadir 45ans**

• **La première impression de l'ensemble du protocole**

Le patient a traité toutes les planches du TAT à l'exception de la planche 11 qui est ni perçue ni traitée, généralement les récits étaient riches dans le contenu par le recours de nadir aux précédés de contrôle (A) et labiles (B). On constate a la planche 16 que nadir ramasse tout son énergie et que le stimulus lui a donné de la force à retrouver de l'espoir malgré les difficultés qu'il a rencontré auparavant

• **Les procédés d'élaboration du discours dans l'ensemble du protocole**

Toutes les séries de la feuille de dépouillement sont présentes à savoir la prégnance des procédés d'évitement du conflit. La série (c) avec un C%=63.8%. En première position, les procédés les plus dominants c'est les procédés phobiques et les procédés narcissiques. En deuxième position on trouve les procédés de contrôle de la série (A) avec un A%= 44.08%et les procédés prédominants sont les remâchages et la description avec attachement aux détails.

En ce qui concerne la série labile (B) avec un B%=18.56% elle occupe la troisième position, les procédés les plus prégnants sont l'accent porté sur les relations interpersonnelles et l'expression verbalisée d'affect. En dernière position on trouve la série d'émergence en processus primaire E%=8.12%

- **La lisibilité:** Type 2 (\pm)
- **Les problématiques globales**

a- La problématique œdipienne

La majorité des planches ont été perçues et traitées par nadir, à l'exception de la planche 11 qui n'a pas été ni perçue ni traitée, la problématique de l'immaturation fonctionnelle perçue par le recours aux conflits intra- personnels. La relation triangulaire de la planche 2 a été traitée et perçue par le recours aux procédés labiles, érotisation des relations, symbolisme transparent. La problématique conflictuelle du couple à partir de la planche 8BM quant à la planche 10 elle est perçue et traitée dans son pôle libidinale, la planche 13MF de la sexualité est traitée dans son pôle agressif par l'expression verbalisée d'affects forts ou exagérés et le recours aux procédés de l'émergence en processus primaires, la mort

b- La problématique dépressive

Quant aux planches 3BM.12BG.13B ont été perçues et traitées par le recours de nadir aux procédés labiles, expression verbalisée d'affect modulée par le stimulus et le recours du patient au procédés d'émergence au processus primaires, perception d'objets détériorés ou de personnages malades, dans la planche 12BG le recours du patients aux procédés de contrôle description avec attachement et des procédés narcissiques mise en tableau, da la planche 13B le recours du patient aux procédés antidépressif, idéalisation de l'objet à valence négative et ceux du contrôle, conflit intra-personnel

c- La problématique pré-génitale (archaïque)

La problématique de la planche 11 n'a pas été perçue ni traitée par nadir par le recours aux comportements puis l'utilisation des procédés narcissique mise en tableau, quant aux planches 19 et 16 ont été perçues et traitées par le recours a la description avec attachement et procédés d'émergence en processus primaires, expressions d'affects et représentation massif, a la planche 16 concernant la manière dont il structure ses objets privilégiés. Et aux relations qu'il établit avec eux, ou constacte que le patient à de l'espoir dans l'avenir

Conclusion à partir du TAT

L'analyse du protocole nous montre que Nadir s'appuie sur les mécanismes d'évitement du conflit dans les procédés phobiques, sont présents avec un taux élevés. Quant à la deuxième position c'est les procédés du contrôle (A) qui prennent place. En troisième position c'est les procédés labiles et en dernière position, les procédés de l'émergence primaire. On note que à l'exception de la planche 11 qui n'a pas été ni perçue, ni traitée, le reste des planches ont été perçues et traitées par Nadir.

Nadir a utilisé des mécanismes de défense variées, et a pu traiter la majorité des planches. Ce qui spécifie sa capacité de reprendre une observance stable

Tableau N° 3 : Evaluation quantitative des procédés présents dans le protocole du cas de Nadir 45ans

A	B	C					E
		P	N	M	C	F	
A2-8=13 A2-1=11 A2-6=5 A2-17=3 A2-3=3 A2-10=2 A2-13=1	B2-4=4 B 1-4=3 B2-7=3 B2-11=2 B2-9=2 B2-10=1 B 2-3=1	CP1=31 CP4= 3	CN9=6 CN8=2 CN2=1 CN3=1 CN5=1	CM2=4 CM1=1	CC1=2 CC3=2 CC2=1	E9=3 E7=2 E6=1 E17=1	
$\Sigma A=38$ 44.08%	$\Sigma B=16$ 18.56%	$\Sigma CP=34$	$\Sigma CN=11$	$\Sigma M=5$ /	$\Sigma CC=5$	$\Sigma E=7$ 8.12%	
		$\Sigma C=55$ 63.8%					
		$\Sigma=116$ 100%					

Cas Aldija

Madame Aldija est une femme âgée de 47 ans, l'ainé d'une fratrie de quatre dont deux frères et une sœur, demeurant à Seddouk, divorcée et mère de deux enfants, ayant un niveau secondaire de 3ème année, sans profession. Aldija est une femme de physiologie moyenne, brune de peau, ayant une silhouette maigre d'apparence pale, contact possible avec discours cohérent, mimique anxieuse d'humeur irritable et détachée par moment, marqué par un léger ralentissement psychomoteur.

1-La Santé physique et la santé psychique

Madame Aldija ne souffre d'aucune pathologie physique et n'a aucun antécédent médico-chirurgicale, quant au début de ses troubles remonte à l'an 2010 à l'âge de 38 ans marquée par l'installation progressive d'un retrait, isolement, désinvestissement des tâches ménagères, insomnie quasi-totale, pauvreté du discours, intolérance à la frustration. Cet état a conduit la famille à consulter chez un psychiatre libérale, mise sous anti psychotiques pris de manière anarchique et arrêté au bout de quelques jours du aux effets secondaires du traitement fait de ralentissement psychomoteur, elle resta longtemps prise en charge dans la famille par sa réémergence et accentuation de ses troubles ce qui a conduit à sa première tentative de suicide avec ingestion d'un raticide en 2018 et fut hospitalisée deux jours en réanimation et orientée en milieu psychiatrique où elle a été mise sous traitement pris aussi de manière anarchique puis arrêté, elle resta inchangée avec persistance de la même symptomatologie jusqu'à son hospitalisation actuelle pour une autre tentative de suicide après avoir ingéré un raticide liquide d'une quantité assez conséquente pour mettre fin à sa vie.

Aldija nous rapporte que ses parents sont vivants bien portants et n'ont aucun antécédent psychiatrique.

Etant étonnée par notre question sur ses habitudes toxiques elle finit par nous dire qu'elle n'en prend rien en disant : « vous me prenez pour qui ? ».¹⁷

Lorsqu'on a interrogé Aldija sur la qualité de son sommeil, elle signale qu'il est perturbé et ajoute qu'elle trouve des difficultés à s'endormir d'ailleurs la nuit elle se réveille à plusieurs reprises ce qui explique d'une part sa fatigabilité permanente.

¹⁷ Dachou iythesbem ?

2-Relation d'objet

Au sujet des relations, Aldjia mentionne qu'elle n'a pas parfaitement de bonnes relations avec son entourage, décrite comme mère détachée, d'une froideur émotionnelle envers ses enfants, et à-propos de son ex mari elle resta indifférente et ne voulait donner aucune réaction ,par contre elle nous parla de son frère avec affection nous rapportant qu'il était toujours présent, protecteur et veillant sur elle. De ce fait on remarque que Aldjia sélectionne étroitement son champs relationnel en disant : « je suis difficile, donc pas trop ». ¹⁸

Au regard de l'équipe soignante, Aldjia réjouit de bonnes relations et ceci procure en elle une sensation de confiance elle souligne : « très bien je fais confiance ». ¹⁹

Concernant la réaction de son entourage vis-à-vis de sa maladie, Aldjia a mis en évidence que ses parents sont inquiets pour elle, lui offre toujours de l'aide en affirmant par ses propos : « oui, énormément mes parents m'aident beaucoup » ²⁰ et nous ajoute que son médecin traitant lui a fait comprendre la nature des ses troubles.

3-Informations sur le suivi médicamenteux et hygiène de vie

Pour ce qui est du suivi médicamenteux, d'après la patiente elle prenait son traitement convenablement et se rendait aux RDV de consultation, même les modalités de prises sont poursuivies et que très rarement elle oubliait ses médicaments, par contre, selon son médecin traitant, sa prise de médicaments était anarchique jusqu'à l'arrêt complet.

Aldjia a nié sa suspension de médicaments et rapporte que ses parents sont toujours d'une grande aide pour elle.

4-Vécu de la maladie et représentation médicamenteuse

On note que Aldjia est toute fois consciente de sa maladie et la juge comme étant alternante et handicapante et que cette dernière symbolise pour elle une manière qui lui est prédestinée en soulignant : « c'est le mektoub, c'est mon destin ». ²¹

Pour Aldjia, subir les médicaments est inévitable et nous explique que sans ces derniers elle rechutait et ceci est désagréable et que c'est grâce a eux qu'elle est dans un état stable, or que

¹⁸ Ou3reggh, donc chwya kan

¹⁹ Très bien, 3elegh confiance

²⁰ Oui, imawlaniw t3awaneniyi mlih mlih

²¹ lh del mektoub, c'est mon destin

les effets secondaires des médicaments l'entravait considérablement en soulignant : « Oui, ça me dérange beaucoup, vraiment ».

Résumé de l'entretien

D'après l'entretien qu'on a eu avec notre sujet, on mentionne qu'Aldjia est caractérisée par une non observance au traitement du a un arrêt thérapeutique de quelques jours reflétée par une mauvaise hygiène de vie, ceci est lié aux effets secondaires des psychotropes.

➤ Analyse du test TAT

• Planche 1

5" (geste avec les mains) c'est un enfant fatigué...heuhh daya izemreggh adinigh...iqer7ith ouqerouyiss, amakken is3a trouble du sommeil...c'est tout.20"

Procédés : Agitation motrice, Mimiques et/ou expressions corporelles CC1 ; Perception d'objets morcelés (et/ou d'objets détériorés ou de personnages malades, mal formés) E6 ; Critiques de soi CN9 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; remâchage, rumination A2-8

Lisibilité : positive

Problématiques : la problématique de la situation d'immaturation fonctionnelle est perçue et traitée par le recours du patient aux procédés du comportement, agitation motrice. Mimiques et/ou expressions corporelles ainsi que les procédés d'émergence en processus primaires.

• Planche2

2" wayi d'argaz issitskhemim fellass...nettsa iroh nettsath teqim ..urzrigh italay l'horizon (avec hauchement de la tête)...c'est tout. 1mn5"

Procédés : Expressions verbalisées d'affects nuancés, modulés par le stimulus B1-4 ; Accent porté sur les conflits intrapersonnels A2-17 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Représentations contrastées. Alternance entre des états émotionnels opposés B2-6 ; Critiques de soi CN9 ; Inadéquation du thème au stimulus

– Abstraction, symbolisme hermétique E7 ; Agitation motrice, Mimiques et/ou expressions corporelles CC1 ;

Lisibilité : positive

Problématiques : la problématique de triangulation œdipienne est perçue et traitée par le recours du patient aux procédés du contrôle accent porté sur les conflits intra personnels ainsi que les procédés labiles, expression verbalisée d'affects nuancés, modulés par le stimulus, représentations contrastées. Alternance entre des états émotionnels opposés et procédés d'émergence en processus primaires, inadéquation du thème au stimulus. Fabulation hors image.

- **Planche3BM**

2" tayi meskinte g la chambre yness machi même pas sur le lit ...tets3assa argaziss daya 13 "

Procédés : Entrée directe dans l'expression B2-1 ; Expressions verbalisées d'affects forts ou exagérés B2-4 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Érotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent B2-9 ; Scotomes d'objets manifestes E1.

Lisibilité : positive

Problématiques : la problématique dépressive a été perçue et traitée par le recours de la patiente aux procédés labiles entrée directe dans l'expression, expression d'affects forts ou exagérés, érotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent.

- **Planche 4**

19 " (mimique anxieuse) tayi outebghara adiroh g l'état ayi ... 10 "

Procédés : Agitation motrice, Mimiques et/ou expressions corporelles CC1 ; Représentations contrastées. Alternance entre des états émotionnels opposés B2-6 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Tendance générale à la restriction

CP2 ; motifs des conflits non précisés; récit banalisés à outrance, impersonnels, placage CP4.

Lisibilité : plus au moins

Problématiques : la problématique conflictuelle du couple est perçue mais n'est pas traitée par le recours du patient aux procédés du comportement agitation motrice. Mimiques et/ou expressions corporelles ainsi les procédés labiles, représentations contrastées. Alternance entre des états émotionnels opposés et les procédés phobiques, Tli long et/ou silences importants intra-récit, tendance générale à la restriction, motifs des conflits non précisés; récit banalisés à outrance, impersonnels, placage.

- **Planche 5**

2" yemmass teqled gh la chambre daya kan 8 "

Procédés : Entrée directe dans l'expression B2-1 ; Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures A2-1 ; Tendance générale à la restriction.

Lisibilité : positive

Problématiques : La problématique maternelle est perçue et traitée par le recours du patient aux procédés de contrôle, description avec attachement aux détails, y compris expressions et postures ainsi que les procédés labiles ,entrée directe dans l'expression et les procédés phobiques, tendance à la restriction.

- **Planche 6GF**

5" dayi teqim mi tezra argaziss g l'état eni....ihiiiih...balak inayas dachou tkhedmet dayi. 1mn

Procédés : Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures A2-1 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Craquées verbales (troubles de la syntaxe) E-17 ; Tli long et/ou silences

importants intra-récit CP1 ; Précautions verbales A2-3 ; Exclamations, commentaires, digressions, références/appréciations personnelles B2-8.

Lisibilité : positive

Problématiques : La problématique hétérosexuelle est perçue et traitée par le recours du patient aux procédés du conflit , tli long et/ou silences importants intra-récit, ainsi que les procédés labiles, exclamations, commentaires, digressions, références/appréciations personnelles.

- **Planche 7GF**

45" (en larmes)...iqled ghokham isa7fatass iyellis....10 "

Procédés : Agitation motrice, Mimiques et/ou expressions corporelles CC1 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Fausses perceptions E4 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Tendance générale à la restriction CP2.

Lisibilité : négative

Problématiques : La problématique père-fils n'a pas été perçue ni traitée par le recours du patient aux procédés du comportement, agitation motrice. Mimiques et/ou expressions corporelles ainsi que les procédés phobiques, tli long et/ou silences importants intra-récit, tendance générale à la restriction et les procédés d'émergence en processus primaires, fausses perceptions.

- **Planche8BM**

2" dayiidel cas n dayi...(en larmes)... (Tenue sa tete avec les mains). 1mn15"

Procédés : Références personnelles ou autobiographiques CN2 ; Agitation motrice, Mimiques et/ou expressions corporelles CC1 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Agitation motrice, Mimiques et/ou expressions corporelles CC1 ; Tendance générale à la restriction CP2.

Lisibilité : négative

Problématiques : la problématique agressive n'a pas été perçue ni traitée par le recours du patient aux procédés du comportement, agitation motrice. Mimiques et/ou expressions corporelles ainsi que les procédés narcissiques, références personnelles ou autobiographiques et les procédés phobiques, tendance générale à la restriction.

- **Planche 9GF**

6 " (rotation de la planche)...il veut traverser la rivière je pense 10 "

Procédés : Agitation motrice, Mimiques et/ou expressions corporelles CC1 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Précautions verbales A2-3 ; accent porté sur une thématique du style: aller, courir, dire, fuir etc. B2-12 ; Tendance générale à la restriction CP2

Lisibilité : négative

Problématiques : La problématique de la rivalité féminine n'a pas été perçue ni traitée par le recours du patient aux procédés du comportement, agitation motrice. Mimiques et/ou expressions corporelles ainsi que les procédés phobiques, tli long et/ou silences importants intra-récit, tendance générale à la restriction et les procédés labiles, accent porté sur une thématique du style: aller, courir, dire, fuir etc.

- **Planche 10**

7" il embrasse son fils.... (En larmes) (Croise ses mains) 1mn

Procédés : Expressions verbalisées d'affects forts ou exagérés B2-4 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Agitation motrice, Mimiques et/ou expressions corporelles CC1 ; Tendance générale à la restriction CP2.

Lisibilité : négative

Problématiques : La problématique libidinale a été perçue mais n'a pas été traitée par le recours du patient aux procédés du comportement.

- **Planche 11**

2" balak c'est la rivièreeni ...voila un passage ici (pointe du doigt)...oui voila c'est sur akkayiroh anda ath3awnen...10 "

Procédés : Précautions verbales A2-3 ; Persévération E10 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Agitation motrice, Mimiques et/ou expressions corporelles CC1 ;Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet CM1+.

Lisibilité : négative

Problématiques : La problématique dépressive a été perçue et traitée par le recours du patient aux procédés antidépresseifs, surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet.

- **Planche12BG**

2" tafloukth (pointe du doigt) dayen izemregh adinigh ...ibgha atyawil..laboud ousekedhe ghara mlih ...40 "

Procédés : Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures A2-1 ; Agitation motrice, Mimiques et/ou expressions corporelles CC1 ; Critiques de soi CN9 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Introduction de personnages non figurant sur l'image B1-2 ; Critiques de soi CN9.

Lisibilité : positive

Problématiques : La problématique dépressive a été perçue et traitée par le recours du patient aux procédés labiles, introduction de personnages non figurant sur l'image ainsi que les procédés narcissiques, critique de soi.

- **Planche 13B**

49" (en larmes).....miss amezyane meskiin... (toujours en larmes)...da7efyan meskine, ullah ya rebi ullah...(pleure toujours en baissant la tête).2mn

Procédés : Agitation motrice, Mimiques et/ou expressions corporelles CC1 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Idéalisation de l'objet (valence positive ou négative) CM2- ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Agitation motrice, Mimiques et/ou expressions corporelles CC1 ; Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures A2-1 ; Idéalisation de l'objet (valence positive ou négative) CM2- ; Intégration des références sociales et du sens commun A1-3 ; Agitation motrice, Mimiques et/ou expressions corporelles CC1 .

Lisibilité : positive

Problématiques : La problématique de la sexualité a été perçue et traitée par le recours du patient aux procédés antidépressifs, idéalisation de l'objet (valence négative) et le recours au comportement, agitation motrice. Mimiques et/ou expressions corporelles.

- **Planche 13MF**

"5 dayi iqled ghoukham, ikred sbah zik, je ne sais pas dachou italay...ibgha adimekthi ... (en larmes)...dayi ca m'est déjà arrivé, waqila am neki 32"

Procédés : Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures A2-1 ; Éloignement temporo-spatial A2-4 ; Critiques de soi CN9 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Accent porté sur les conflits intrapersonnels A2-17 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Agitation motrice, Mimiques et/ou expressions corporelles CC1 ; Références personnelles ou autobiographiques CN2 ; Précautions verbales A2-3 ; Remâchage, rumination A2-8 .

Lisibilité : positive

Problématiques : La problématique de la sexualité est perçue et traitée par le recours du patient aux procédés du contrôle, description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures, éloignement temporo-spatial ainsi que les procédés narcissiques, références personnelles ou autobiographiques et les procédés du comportement, agitation motrice. Mimiques et/ou expressions corporelles.

- **Planche 19**

2" waqila d'adhfel...d'adhfel kan...y'a quelqu'un, une charrette? khati d'akham...wayi amakken del3ebdh non 20 "

Procédés : Accent mis sur les qualités sensorielles CN5 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Remâchage, rumination A2-8 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Introduction de personnages non figurant sur l'image B1-2 ; Demandes faites au clinicien CC2 ; Annulation A2-9 ; Demandes faites au clinicien CC2.

Lisibilité : positive

Problématiques : La problématique prégénitale est perçue et traitée par le recours du patient aux procédés labiles, introduction de personnages non figurant sur l'image ainsi que le recours au comportement et les procédés narcissiques, accent mise sur les qualités sensorielles.

- **Planche 16**

3"dachou amdinigh dayii..argaz zdakhel oukhamiss italay les photos n deryass, imekthad miss ithitajoune pieds nus ...daya izemregh....(en larmes) .1mn30

Procédés : Introduction de personnages non figurant sur l'image B1-2 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Critiques de soi CN9 ; Agitation motrice, Mimiques et/ou expressions corporelles CC1.

Lisibilité : positive

Problématiques : La problématique prégénitale a été perçue et traitée par le recours de la patiente aux procédés labiles, introduction de personnages non figurant sur l'image ainsi que les procédés phobiques, tli long et/ou silences importants intra-récit et les procédés narcissiques, critique de soi, agitation motrice. Mimiques et/ou expressions corporelles.

❖ **L'analyse du protocole du TAT cas Aldjia 47ans**

• **La première impression de l'ensemble du protocole**

La patiente a traitée la majorité des planches du TAT. On note que le récit des planches était riche, par contre d'autres planches étaient pauvres dans le contenu par le recours de la patiente aux procédés du comportement, agitation motrice et les procédés phobiques, tendance à la restriction. Signalant que la planche 16 est perçue et traitée en faisant recours aux procédés labiles par la patiente, l'introduction du personnage non figurant.

• **Les procédés d'élaboration du discours dans l'ensemble du protocole**

Toutes les séries dans la feuille de dépouillement sont présentes, à savoir la prédominance des procédés d'évitement du conflit (C) avec un C%=51.52% dans les procédés du comportement, en deuxième position on trouve, les procédés de contrôle avec un 15.64%. En ce qui concerne la troisième position c'est les procédés labiles de la série (B) avec un B%=11.96%. Dans la dernière position on souligne la présence de la série de l'émergence des processus primaires d'un E%=5.52%

• **La lisibilité: Type 2 (±)**

• **Les problématiques globales**

a- La problématique œdipienne

La majorité des planches ont été traitées et perçues par la patiente, les planches : 1, 2, 5 ; 6GF, 13MF par contre la planche : 4 de la problématique conflictuelle du couple est perçue mais pas traitée ainsi que la planche 10 de la problématique libidinale. En revanche la planche 7GF, 8GF, 9GF n'ont pas été perçues ni traitées par le recours de la patiente aux procédés du comportement et aux procédés de l'émergence en processus primaire, fausses perceptions. Et le recours aux procédés narcissiques, référence personnelle, auto biographique de la planche

8BM. Ainsi que le recours au comportement et la tendance à la restriction dans la planche 9GF

b- La problématique dépressive

Les planches 3BM, 12BG, 13B ont été perçues et traitées suite à l'utilisation des procédés labiles, entré direct dans l'expression et l'érotisation des relations dans la planche 3BM et l'introduction des personnages non figurant sur l'image 12BG. Ainsi le recours de la patiente aux procédés antidépressifs, idéalisation de l'objet à valence négative dans la planche 13B

c- La problématique prégénitale (archaïque)

Aldjia a perçue la problématique archaïque de la planche 11, 19, 16 en introduisant les procédés antidépressifs du sur investissement de la fonction d'étayage d'objet à valence positive et le recours au comportement, dans planche 19 l'accent est portée sur la qualité sensorielle ainsi que l'introduction des personnages non figurants sur l'image ainsi que la planche 16 la patiente a fait recours aux procédés du contrôle par la description avec attachement aux détails puis le recours aux procédés labiles, introduction du personnage et elle termine son histoire par la critique de soi et le recours au comportement

Conclusion à partir du TAT

L'analyse du protocole nous montre que Aldjia s'appuyer en première position sur les mécanismes d'évitement du conflit dont les procédés phobiques sont présents avec un taux élevé. En deuxième position, les procédés du contrôle et en troisième position c'est les procédés labiles. Et en dernière position on trouve les procédés de l'émergence des processus primaires, on note que quelques problématique des planches qui sont perçues ni traitées, par contre les planches 4 et 10 ont été perçues mais pas traitées et d'autres planches qui ne sont ni perçues ni traitées 7BM. 8BM. 9BM. Cet évitement du conflit et ce non traitement des problématiques nous spécifie les difficultés d'observance thérapeutique

Tableau N ° 4 : Evaluation quantitative des procédés présents dans le protocole du cas d'Aldjia 47ans

A	B	C					E
		P	N	M	C	F	
A2-1=5 A2-3=4 A2-8=3 A2-17=2 A2-4=1 A1-3=1 A2-9=1	B1-2=3 B 2-1=2 B2-4=2 B2-6=2 B 1-4=1 B2-9=1 B2-8=1 B 2-12=1	CP1=22 CP2=5 CP4=1	CN9=6 CN2=2 CN5=1	CM2=2	CC1=15 CC2=2	/	E6=1 E7=1 E1=1 E17=1 E4=1 E10=1
$\Sigma A=17$ 15.64%	$\Sigma B=13$ 11.96%	$\Sigma CP=28$	$\Sigma CN=9$	$\Sigma M=2$	$\Sigma CC=17$	/	$\Sigma E=6$ 5.52%
		$\Sigma C=56$ 51.52%					
$\Sigma=92$ 100%							

Chapitre 7

Discussion des hypothèses

Discussion des hypothèses

On reprend dans ce chapitre, nos hypothèses pour pouvoir les discuter, selon les résultats obtenus dans la partie pratique.

✓ Première hypothèse

Parmi les schizophrènes qui sont caractérisés par une inobservance reflétée par ; une non-adhésion aux recommandations du médecin, des oublis concernant la prise médicamenteuse, une mauvaise hygiène de vie, d'où les rechutes fréquentes et ceci reste variable et relatif d'un malade à un autre.

Effectivement nos quatre cas ont confirmé nos hypothèses, ils présentent tous un problème d'inobservance thérapeutique à des degrés différents, de la non compliancne totale à une prise de médicament partielle.

- **Boudjemaa**; d'après les données de l'entretien qu'on a eu avec Boudjemaa, on constate que notre sujet est caractérisé par une non-observance dû a un arrêt thérapeutique de trois mois, reflété par des oublis de la prise médicamenteuse jusqu'à l'arrêt complet, ce qui explique ses rechutes fréquentes et ceci est lié a sa non conscience de la maladie.

- **Adel** ; d'après l'entretien qu'on a eu avec notre sujet, on constate qu'Adel est caractérisé par une non-observance dû à un arrêt thérapeutique de trois mois, reflété par une mauvaise hygiène de vie, ceci est lié à sa non conscience et à sa non acceptation de la maladie.

- **Nadir** ; Selon l'entretien qu'on à eu avec Nadir , on souligne qu'il est distingué par une non-observance dû a un arrêt thérapeutique de durée indéterminée exprimé par des oublis de prises médicamenteuse et a une mauvaise hygiène de vie , ceci est expliqué par son apport de l'environnement défavorable ainsi qu'à la relation médecin-malade.

- **Aldjia** ; d'après l'entretien qu'on a eu avec notre sujet, on mentionne qu'Aldjia est caractérisée par une non observance au traitement dû à un arrêt thérapeutique de

quelques jours, reflétée par une mauvaise hygiène de vie, ceci est lié aux effets secondaires des psychotropes.

✓ *Deuxième hypothèse*

Les facteurs liés à cette inobservance thérapeutique ; l'apport de l'environnement, les effets secondaires des psychotropes, la relation médecin-malade, dépendance alcoolique ou toxicomane, la non-conscience et la non-acceptation de la maladie. La relation d'objet notamment le coté relationnel est très important dans la détermination de la qualité d'observance. Ce coté est cerné par le test du TAT

Effectivement nos quatre cas ont confirmé notre deuxième hypothèse, à savoir la concordance entre les facteurs liés à l'inobservance thérapeutique et l'analyse du TAT par les procédés utilisés.

- **Boudjemaa** ; même si l'apport de l'environnement de Boudjemaa est favorable, ainsi que la relation médecin malade est bonne, et que les effets secondaires des psychotropes ne le contraignent pas et n'est pas dépendant aux substances, on souligne que Boudjemaa n'est pas observant. L'analyse du protocole du TAT nous renseigne que Boudjemaa s'appui sur les premières positions d'évitement du conflit dont les procédés phobiques sont présents avec un taux élevé suivis par ceux du comportement. On note que seules les problématiques prégénitales qui n'ont pas été ni perçues ni traitées par Boudjemaa. L'évitement du conflit, et l'incapacité à traiter les problématiques prégénitales, nous spécifie la non observance thérapeutique de Boudjemaa.
- **Adel** ; même si l'apport de l'environnement d'Adel est favorable ainsi que la relation médecin malade est bonne, et que les effets secondaires des psychotropes ne le dérangent pas et n'est pas dépendant aux substances, on souligne qu'Adel est inobservant. L'analyse du protocole nous montre qu'Adel s'appui en première position sur les procédés phobique, d'évitement. En deuxième position les procédés d'émergence en processus primaire c'est-à-dire le dérapage par rapport à

la réalité. On note que la plupart des problématiques n'ont pas été perçues et ni traitées, ce qui spécifie son état psychotique.

- **Nadir** ; malgré que Nadir est conscient de sa maladie, et que les effets secondaires des psychotropes ne le contraignent pas et n'est pas dépendant aux substances on souligne que Nadir est inobservant. L'analyse du protocole nous montre que nadir s'appui sur les mécanismes d'évitement du conflit dans les procédés phobique sont présents avec un taux élevé. Quant à la deuxième position c'est les procédés du contrôle (A) qui prennent place. On note que toutes les planches du TAT ; ont été perçues et traitées par nadir, à l'exception de la planche 11 qui n'a pas été ni perçu, ni traitée.

Nadir a utilisé des mécanismes de défense variés, et à pu traiter la majorité des planches. Ce qui spécifie sa capacité de reprendre une observance stable.

- **Aldjia** ; même si qu'Aldjia à un apport de l'environnement favorable et que sa relation médecin malade est bonne et n'est pas dépendante aux substances, et consciente de sa maladie on souligne qu'Aldjia est non compliant. L'analyse du protocole nous montre qu'Aldjia s'appuie en première position sur les mécanismes d'évitement du conflit dont les procédés phobiques sont présents avec un taux élevé. Cet évitement du conflit et ce non traitement des problématiques par Aldjia nous spécifie les difficultés d'observance thérapeutique

Comme il est souligné dans la littérature que la non-observance se traduit alors par le non-respect de la posologie, des horaires, de la durée de traitement prescrit chose qui peut accepter par les prescripteurs, la non-observance est souvent associée à de la faiblesse, de l'irresponsabilité (Baumann, Trincard, 2002, p. 389-396).

Les résultats de l'entretien ne se contredisent pas avec les données de l'analyse du TAT, puisqu'on constate que le problème d'observance thérapeutique caractérise nos quatre cas. Par contre la qualité et l'intensité de cette dernière diffère d'un malade à un autre. Comme le souligne Gauchet que l'observance thérapeutique est un phénomène mesurable dont la variation oscille entre une polarité d'observance et une polarité d'inobservance.» (Gauchet, 2008, p. 45).

Nos hypothèses concernant la qualité d'observance thérapeutique chez les patients schizophrènes sont réfutables et non absolus, car les résultats de notre population d'étude, ne représentent pas la population mère, de tous les malades atteints par cette maladie. Les résultats de notre étude ont démontré que tous nos cas sont inobservants puisque notre population d'étude est restreinte par contre, une étude indique qu'un patient souffrant de troubles psychotiques (schizophrénie) sur deux a une mauvaise observance à son plan de soins (Hardy. B, 2000), du coup parmi les malades schizophrènes on trouve ceux qui sont observants.

Conclusion générale

Au terme de cette étude portée sur la qualité d'observance thérapeutique chez les patients schizophrènes, on essayé de cibler l'un des majeurs problèmes rencontrés dans cette prise en charge de cette pathologie, par les médecins soignants dont on souligne que ce phénomène est un problème de santé publique

A travers ce humble travail et en se basant sur des recherches théoriques complétées par nos données pratiques sur quatre cas de patients schizophrènes du service psychiatrie Frantz Fanon à Bejaia tout en utilisant l'entretien clinique semi directif et le test TAT comme technique d'analyse de l'aspect relationnel car on l'a qualifié de plus approprié pour mieux cadrer notre problématique basée essentiellement sur la relation d'objet ; on a pu déduire et confirmer nos hypothèses, que les patients schizophrènes souffrent d'une mauvaise observance thérapeutique dans tout ses contextes ,et par diverses causes et ceci reste relatif d'un patient à un autre.

Il est à noter que cette recherche marque une bonne et remarquable expérience en termes d'apprentissage, à travers laquelle nous avons découvert et assimiler beaucoup d'informations sur le plan relationnel et humain. Ainsi elle nous à permis de toucher l'un des grands problèmes de santé mentale.

Pour conclure, nous suggérons à travers notre recherche de mieux renforcer les collaborations pluridisciplinaires dans la prise en charge de la schizophrénie et se focaliser essentiellement sur la psychoéducation qui est censée chapoter la prise en charge à long terme, car cette dernière va permettre aux patients schizophrènes une meilleure acception de la maladie qui va conduire à une alliance thérapeutique et ceci dit une vie normale pour le patient et une bonne réinsertion sociale.

En vue de cette expérience, il est devenu nécessaire de soutenir et de favoriser l'autonomisme en permettant aux malades d'accroître leurs capacités de vivre en harmonie dans la société, de travailler et d'entrer en relation avec les autres.

Nous avons donc pensé à une question de perspective qui peut être recherchée par les études ultérieures par nos camarades étudiants, qui est comme suit :

- *Existe-t-il un dispositif d'éducation thérapeutique destiné aux schizophrènes afin d'y remédier au problème d'inobservance ?*

Liste bibliographique

Liste bibliographique

1. Albak, R., E. (1994). *Principes généraux pour accroître la fidélité au traitement*. Le clinicien.
2. Alvin, P. (2004). *L'adolescent sa « compliance » au traitement*. *Enfances et Psy*. Paris, France : Dunod.
3. American Psychiatric Association DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, traduction française coordonnée par M.-A crocq et J.D.Guelfri, dirigé par P. Boyer, M.-A. Crocq, J.D.Guelfri, C.Pull, M.-C Pull-Erpelding, 2015, 1174 pages.
4. Anzieu, D. et Chabert, C (1961/1983). *Les méthodes projectives*. Paris, France : PUF.
5. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy, The exercise of control*. New York: Freeman.
6. Baumann, M et Trincard, M. (2002). *Les attitudes d'autonomie dans l'observance thérapeutique d'une cohorte de consommateurs continus de psychotropes*. *L'encéphale*
7. Bensasson, G. (2013). *Comportement d'observance et autonomie des patients en psychiatrie. L'évolution psychiatrique*.
8. -Bensasson, G., Vassal, L., Linard, F. et Mnif, S. (2011). *Le comportement d'observance des patients atteints de schizophrénie : impact du diagnostic et du traitement. Analyse phénoménologique de trois attitudes. L'évolution psychiatrique*. Paris, France : Masson
9. Bergeret, J. (2004). *Psychologie pathologie*. Paris, France : Masson.
10. Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S., Cournoyer, L., G. (1997). *Les déterminants de la persévérance de clients dans le traitement de réadaptation pour l'alcoolisme et la toxicomanie : Une approche multidimensionnelle*. Rapport d'une recherche subventionnée par le Conseil québécois de la recherche sociale..
11. Blanchet, A et Gotman, A. (1992). *L'enquête et sa méthode*. Paris, France : Nathan.

Liste bibliographique

12. Blanchet, A., Noel – jorand, M., Bonaldi, V. (1997). *Discursive strategies of subjects under altitude hypoxia: extreme environment, stress and health: journal of the international society for the investigation of stress (stress medicine)*.
13. Blondeau, C., Nicole, L. et Lalonde, P. (2006). *Schizophrénie et réadaptation, Interventions spécifiques selon les phases de la maladie*. Annales Médico Psychologiques.
14. Bouquinet, E., Balestra, J., Bismuth, E., Bruna, A., L., Gallet, S., Harvet, G., Jean, S., Jousselmé, C. (2008). *Maladie chronique et enfance : image du corps, enjeux psychiques et alliance thérapeutique* Archives de psychiatrie. Paris, France : Donud
15. Boutinet, J., P. (2013). *Enjeux et perspectives autour de l'éducation thérapeutique du patient*. Savoirs, Paris, France : Donud
16. Brelet – Foulard, F. et Chabert, C. (2003). *Nouveau manuel du TAT approche psychanalytique*. Paris, France : Dunod.
17. Buchanan, A. (1996). *Compliance with treatment in schizophrenia*. Maudsley Monographs, East Sussex: Psychology Press.
18. Bulletin. Fournier, P., & Jeannerod M. (1998). *Limited conscious monitoring of motor performance in normal subjects*. Neuropsychologia.
19. Castro, D., Zoute, C. et Le Rohellec, J. (2004). *Adhésion au traitement prescrit et traits de personnalité dans une population de patients atteints de schizophrénie*. Annales Médico Psychologiques.
20. Chabert, C. (1998). *Psychanalyse et méthodes projectives*. Paris, France : Dunod.
21. Chahraoui, K et Al. (1999). *L'entretien clinique*. Paris, France : Dunod.
22. Chahraoui, K et Al. (2003). *L'entretien clinique*. Paris, France : Dunod.
23. Charpentier, A., Goudemand, M. et Thomas, P. (2009). *L'alliance thérapeutique, un enjeu dans la schizophrénie*. L'Encéphale.
24. Collection « l'officiel ECN » presse universitaires François-Rabelais. (2014). *Référentiel de psychiatrie. Psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Addictologie. France : PUF

Liste bibliographique

25. Corruble E. et Hardy, P. (2003). *Observance du traitement en psychiatrie*. EncyclMédChir. Paris, France : Scientifiques et Médicales Elsevier SAS.
26. Debray, R. (1987). *Le TAT aujourd'hui et demain psychologie française. Cinquantenaire du TAT*. Paris, France : dunod
27. Despland, J.N. De Roten, Y., Martinez, E., Plancherel, A.-C. et Solai, S. (2000). *L'alliance thérapeutique : un concept empirique*. Revue Médicale Suisse.
28. Dictionnaire de psychologie (LAROUSE), 2004.
29. Fenton, W. S., C. R. Blyler and R. K. Heinssen. (1997). *Determinants of medication compliance in schizophrenia: Empirical and clinical findings*. Schizophrenia
30. Fournier M. (1989). *The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome*. American Psychological Association.
31. Gauchet, A. (2008). *Observance thérapeutique et VIH enquête sur les facteurs biologiques et psychosociaux*. Paris, France : l'harmattan.
32. –GOUREVITCH, R. (2006). *comment améliorer l'observance chez les patients souffrant de schizophrénie ? : L'encéphale*
33. Grawitz, M. (2001). *Méthode des sciences sociales*. Paris, France : Dolloz
34. Grimaldi, A. (2012). *L'éducation thérapeutique en question*. Le journal des psychologues.
35. Guy Besancon (1993). *Manuel de psychopathologie*. Paris, France DUNOD.
36. Hanus Michel. (1981). *Psychiatrie intégrée de l'étudiant*. Paris, France : MALOINE
37. Haynes RB, Sackett DL, Gibson ES, Hackett BC, Taylor DW, Roberts RS, Johnson AL. (1976). *Improvement of medication compliance in uncontrolled hypertension*.
38. Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. Baltimore. (1979). *Strategies to improve compliance with referrals, appointments, and prescribed medical regimens. In Compliance in Health Care: Johns Hopkins University Press*.
39. Jaafari, N., Markova, I., pour insight Study Group. (2011). *Le concept de l'insight en Psychiatrie*. Annales Médico Psychologiques.

Liste bibliographique

40. Kapsambelis Vassilis. (2012). *Manuel de psychiatrie clinique et Psychopathologique de l'adulte*. Paris, France : PUF
41. Kernberg. O. (1976). *A psychanalytic classification of character pathology*. In : *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. New York : Jason Aronson
42. La revue canadienne de psychiatrie. (2001). *Schizophrénie et psychothérapies cognitivo-comportementales*. Canada, Québec.
43. Lagache, D. (1949/ 1973). *L'unité de la psychologie*. Paris, France : Dunod.
44. Lambert, M.J. (1989). *The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome* (Special Issue: Psychotherapy process research), *Clinical Psychology Review*
45. Lazignac, C., Damsa, C., Cailhol, L., Andreoli, A., Pichene, C. et Moro, M. R. (2005). *Facteurs sociodémographiques et construction de l'alliance thérapeutique aux urgences psychiatriques*. *Annales Médico Psychologiques*,
46. Lecomte C., et Lecomte T. (1999). *Au-delà et en deça des techniques cognitives comportementales dans le traitement des troubles graves : les facteurs communs*. Santé mentale au Québec.
47. M. Floris, A.M. et al. (2005). *Adhésion partielle au traitement, schizophrénie, et les antipsychotiques de seconde génération* Paris, France : Dunod.
48. Martin, B. et Franck, N. (2013). *Facteurs subjectifs et rétablissement dans la schizophrénie. L'évolution psychiatrique*. Paris, France : Vuilbert. .
49. Matizra, P.M et Al. (2005). *Initiation a la psychologie*. Paris, France : Vuilbert.
50. Milicevic, M. et al. (2010). *L'observance thérapeutique en transplantation d'organe. L'exemple de la greffe de rein*. France : Rev Med Liège.
51. Misdrahi, D. (2006). *L'observance thérapeutique: un objectif essentiel*. In *L'encéphale*.
52. Misdrahi, D., Llorca, P.M., Lançon, C. et Baylé, J.F. (2002). *L'observance dans la schizophrénie : facteurs prédictifs, voies de recherche, implications thérapeutiques*. *Encéphale*.
53. OMS (2013) : Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020- Soixante-Sixième assemblée mondiale de la santé.

Liste bibliographique

http://www.who.int/mental_health/mhgap/consultation_global_mh_action_plan_2013_2020/fr/index.html

54. Quach, P. R. (2009). *Connaître les représentations du patient pour optimiser le projet éducatif*. Recherches en soins infirmiers.
55. Reach, G. (2007). *Pourquoi se soigne-t-on ?* Paris, France : Le Bord De L'eau.
56. Roten, Y., Michel, L., Peter, D. (2007). *Pour un dialogue entre recherche et clinique: une étude de cas autour de l'alliance thérapeutique*. Psychothérapies.
57. Rouillon. F, VN. (2000). *Epidémiologie de la schizophrénie*. Paris, France : Dolloz
58. schizophrénie : prés d'un demi-million de cas enregistrés en ALgerieavailablefrom : www.algerie360.com
59. Shentoub, V et Coll. (1990). *Manuel d'utilisation du TAT, approche psychanalytique*. Paris, France : Dunod.
60. Shentoub, V.et Debray, R. (1970/1971). *Fondements théoriques du processus TAT, bulletin de psychologie*. Paris, France : Dunod.
61. Sidous, H. (2018). *L'observance thérapeutique chez les greffés rénaux*. Etude de cas. Doctorat en Psychologie Clinique. Univ. A.Mira. Bejaia, Algerie.
62. Socrate : <https://citations.ouest-france.fr/citation-socrate/existe-t-homme-bien-precieux-sante-20197.html>.
63. WHO, schizophrénie, principaux faits availablefrom : <http://www.who.int/medicenter/factsheets/fs397/fr>.

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Informations personnelles

- Quel est votre prénom ?
- Quel est votre âge ?
- Exercez vous une profession ? si oui, laquelle ?
- Quel est votre état matrimonial ?
- Avez-vous des enfants ?

Axe 1: Informations concernant la santé actuelle et la santé antérieure

- Avez-vous consommé une quelconque substance avant ou pendant la maladie ?
- Comment est votre état physique ?
- Qu'elle est la qualité de votre sommeil ?
- Avez-vous des antécédents médicaux ou chirurgicaux ?
- Avez-vous d'autres problèmes de santé ?
- Est-ce qu'il y'a des membres de votre famille qui souffrent d'une maladie ?

Axe 2 : Relation d'objet

- Comment est la relation avec votre conjoint(e) ?
- Quel est votre lien avec votre famille ? et votre entourage ?
- Quel est votre lien avec l'équipe soignante ?
- Comment est votre relation au sein de votre milieu professionnel ?

Axe 3 : L'observance thérapeutique (informations sur le suivi médicamenteux et hygiène de vie)

- Suivez-vous les traitements recommandés par votre médecin ?
- Est-ce que vous vous rendez aux consultations médicales ?
- Est-ce que vous respectez les doses, les modalités de prises (à jeun, avant, pendant ou après les repas) ?
- Est-ce qu'il vous arrive d'oublier la prise de votre traitement (à l'exception de votre hospitalisation) ?
- Est-ce qu'il vous arrive de suspendre votre prise médicamenteuse sans avis médicale ?

- Avez-vous quelqu'un qui vous aide dans la prise de vos médicaments ?

Axe 4 : Informations sur le vécu de la maladie et sur la représentation des médicaments

- Êtes-vous malade ?
- Pouvez-vous nous dire ce que représente cette maladie pour vous ? et comment vous la vivez ?
- Dites nous comment votre maladie agit-elle sur votre vie quotidienne ?
- Avez-vous des changements dans vos habitudes pendant la maladie ?
- Est-ce que votre entourage vous aide à gérer votre maladie ?
- Est-ce que votre médecin vous a expliqué la nature de votre maladie ?
- Selon vous est-il important de prendre vos médicaments ?
- Avez-vous des inquiétudes concernant les effets secondaires des médicaments ?
- Que représente pour vous les médicaments ?

Annexe 2 : Feuille de dépouillement

PROCÉDÉS DE LA SÉRIE A (Contrôle)	PROCÉDÉS DE LA SÉRIE B (Labilité)	PROCÉDÉS DE LA SÉRIE C (Évitement du conflit)	PROCÉDÉS DE LA SÉRIE E (Émergence en processus primaire)
<p>A0- Conflictualisation intra-personnelle</p> <p>A1- Histoire construite proche du thème banal</p> <p>2- Recours à des références littéraires, culturelles, au rêve</p> <p>3- Intégration des références sociales et du sens commun</p> <p>A2- Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures</p> <p>2- Justification des interprétations par ces détails</p> <p>3- Précautions verbales</p> <p>4- Éloignement temporo-spatial</p> <p>5- Précautions chiffrées</p> <p>6- Hésitations entre interprétations différentes</p> <p>7- Aller et retour entre l'expression pulsionnelle et la défense</p> <p>8- Remâchage, rumination</p> <p>9- Annulation</p> <p>10- Élément de type formation réactionnelle (propriété, ordre, aide, devoir, économie, etc.)</p> <p>11- Dérégation</p> <p>12- Insistance sur le fictif</p> <p>13- Intellectualisation (abstraction, symbolisation, titre donné à l'histoire en rapport avec le contenu manifeste)</p> <p>14- Changement brusque de direction dans le cours de l'histoire (accompagné ou non de pause dans le discours)</p> <p>15- Isolement des éléments ou des personnages</p> <p>16- Grand détail et/ou petit détail évoqué et non intégré</p> <p>17- Accent porté sur les conflits intrapersonnels</p> <p>18- Affects exprimés à minima</p>	<p>B0- Conflictualisation interpersonnelle</p> <p>B1- Histoire construite autour d'une fantaisie personnelle</p> <p>2- Introduction de personnages non figurant sur l'image</p> <p>3- Identifications souples et diffusées</p> <p>4- Expressions verbalisées d'affects nuancés, modulés par le stimulus</p> <p>B2- Entrée directe dans l'expression</p> <p>2- Histoire à rebondissement. Fabulation loin de l'image</p> <p>3- Accent porté sur les relations interpersonnelles. Récit en dialogue</p> <p>4- Expressions verbalisées d'affects forts ou exagérés</p> <p>5- Dramatisation</p> <p>6- Représentations contrastées. Alternance entre des états émotionnels opposés</p> <p>7- Aller-retour entre des désirs contradictoires. Fin à valeur de réalisation magique du désir</p> <p>8- Exclamations, commentaires, digressions, références/appréciations personnelles</p> <p>9- Érotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent</p> <p>10- Attachement aux détails narcissiques à valence relationnelle</p> <p>11- Instabilité dans les identifications. Hésitation sur le sexe et/ou l'âge des personnages</p> <p>12- Accent porté sur une thématique du style : aller, courir, dire, fuir, etc.</p> <p>13- Présence de thème de peur, de catastrophe, de vertige, etc. dans un contexte dramatisé</p>	<p>C/P</p> <p>1- Ti long et/ou silences importants intra-récit</p> <p>2- Tendance générale à la restriction</p> <p>3- Anonymat des personnages</p> <p>4- Mots des conflits non précisés, récits banalisés à outrance, impersonnels, piégés</p> <p>5- Nécessité de poser des questions. Tendance à refuser</p> <p>6- Évocation d'éléments anxigènes suivis ou précédés d'arrêts dans le discours</p> <p>C/N</p> <p>1- Accent porté sur l'éprouvé subjectif (non relationnel)</p> <p>2- Références personnelles ou autobiographiques</p> <p>3- Affect-titre</p> <p>4- Posture significative d'affects</p> <p>5- Accent mis sur les qualités sensorielles</p> <p>6- Insistance sur le repérage des limites et des contours</p> <p>7- Relations spéculaires</p> <p>8- Mise en tableau</p> <p>9- Critiques de soi</p> <p>10- Détails narcissiques. Idéalisation de soi</p> <p>C/M</p> <p>1- Surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet</p> <p>2- Idéalisation de l'objet (valence positive ou négative)</p> <p>3- Prouettes, virevoltes</p> <p>C/C</p> <p>1- Agitation motrice, Mimiques et/ou expressions corporelles</p> <p>2- Demandes faites au clinicien</p> <p>3- Critiques du matériel et/ou de la situation</p> <p>4- Ironie, dénigrement</p> <p>5- Clin d'œil au clinicien</p> <p>C/F</p> <p>1- Accrochage au contenu manifeste</p> <p>2- Accent porté sur le quotidien, le factuel, l'actuel, le concret</p> <p>3- Accent porté sur le faire</p> <p>4- Appel à des normes extérieures</p> <p>5- Affects de circonstance</p>	<p>E</p> <p>1- Scotomes d'objets manifestes</p> <p>2- Perception de détails rares et/ou bizarres</p> <p>3- Justifications arbitraires à partir de ces détails</p> <p>4- Fausses perceptions</p> <p>5- Perception sensorielle</p> <p>6- Perception d'objets morcelés (et/ou d'objets détériorés ou de personnages malades, mal formés) – Fabulation hors image</p> <p>7- Inadéquation du thème au stimulus – Abstraction, symbolisme hermétique</p> <p>8- Expressions « crues » liées à un thème matriciel sexuelle ou agressive</p> <p>9- Expressions d'affects et/ou de représentations massifs liés à toute problématique (dont l'incapacité, le dénuement, la réussite, mégalomanie, la peur, la mort, la destruction, la persécution, etc.)</p> <p>10- Persévération</p> <p>11- Confusion des identités (téléscopage des rôles)</p> <p>12- Instabilité des objets</p> <p>13- Désorganisation des séquences temporelles et/ou spatiales</p> <p>14- Perception du mauvais objet, thèmes de persécution</p> <p>15- Clivage de l'objet</p> <p>16- Recherche arbitraire de l'intentionnalité de l'image et/ou des physiognomies ou attitudes</p> <p>17- Craquées verbales (troubles de la syntaxe)</p> <p>18- Associations par contiguïté, par consonance, coq-à-l'âne</p> <p>19- Associations courtes</p> <p>20- Vague, indétermination, flou du discours</p>

Annexe 3 : Planches TAT



































