



HAL
open science

Expérience et perception des antipsychotiques d'action prolongée chez des individus atteints de schizophrénie : une étude qualitative

Rémi Chady Sallé

► To cite this version:

Rémi Chady Sallé. Expérience et perception des antipsychotiques d'action prolongée chez des individus atteints de schizophrénie : une étude qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03348006

HAL Id: dumas-03348006

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03348006>

Submitted on 17 Sep 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
Rémi Chady Sallé

Le 4 décembre 2020

Expérience et perception des antipsychotiques d'action
prolongée chez des individus atteints de schizophrénie :
une étude qualitative

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Nicolas Rainteau

JURY

Président : Madame la Professeur Delphine Capdevielle

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jorge Lopez-Castroman

Monsieur le Professeur Sébastien Guillaume

Monsieur le Docteur Nicolas Rainteau

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
Rémi Chady Sallé

Le 4 décembre 2020

Expérience et perception des antipsychotiques d'action
prolongée chez des individus atteints de schizophrénie :
une étude qualitative

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Nicolas Rainteau

JURY

Président : Madame la Professeur Delphine Capdevielle

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jorge Lopez-Castroman

Monsieur le Professeur Sébastien Guillaume

Monsieur le Docteur Nicolas Rainteau

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	CALLIS Albert	JAFFIOL Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	JANBON Charles	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André	JANBON François	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	CIURANA Albert-Jean	JARRY Daniel	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	CLOT Jacques	JOURDAN Jacques	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	COSTA Pierre	LAFFARGUE François	POUGET Régis
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LALLEMANT Jean Gabriel	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DEMAILLE Jacques	LAMARQUE Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAPEYRIE Henri	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LE QUELLEC Alain	RIEU Daniel
BALMES Jean-Louis	DUBOIS Jean Bernard	LESBROS Daniel	ROCHEFORT Henri
BALMES Pierre	DUJOLS Pierre	LOPEZ François Michel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BANSARD Nicole	DUMAS Robert	LORIOT Jean	SAINT AUBERT Bernard
BAYLET René	DUMAZER Romain	LOUBATIERES Marie Madeleine	SANCHO-GARNIER Hélène
BILLIARD Michel	ECHENNE Bernard	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
BLARD Jean-Marie	FABRE Serge	MARY Henri	SEGNARBIEUX François
BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MEYNADIER Jean	SERRE Arlette
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MICHEL François-Bernard	SOLASSOL Claude
BOURGEOIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MION Charles	THEVENET André
BRUEL Jean Michel	GUILHOU Jean- Jacques	MION Henri	VIDAL Jacques
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MIRO Luis	VISIER Jean Pierre
BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	NAVARRO Maurice	



Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	MARES Pierre
BLANC François	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MILLAT Bertrand
BRINGER Jacques	MONNIER Louis
CLAUSTRES Mireille	MOURAD Georges
DAURES Jean-Pierre	PREFAUT Christian
DAUZAT Michel	PUJOL Rémy
DAVY Jean-Marc	RIBSTEIN Jean
DEDET Jean-Pierre	SCHVED Jean-François
ELEDJAM Jean-Jacques	SULTAN Charles
GROLLEAU RAOUX Robe	TOUCHON Jacques
GUERRIER Bernard	UZIEL Alain
GUILLOT Bernard	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BONAFE Alain	Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale



HEDON Bernard	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier	Médecine intensive-réanimation
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LARREY Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARTY-ANE Charles	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MESSNER Patrick	Cardiologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{er} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérard	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire



DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
HAYOT Maurice	Physiologie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PETIT Pierre	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie



TOUITOU Isabelle

Génétique

TRAN Tu-Anh

Pédiatrie

VERNHET Hélène

Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURDIN Arnaud

Pneumologie ; addictologie

CANAUD Ludovic

Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

CAPDEVIELLE Delphine

Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CLARET Pierre-Géraud

Médecine d'urgence

COLOMBO Pierre-Emmanuel

Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent

Radiologie et imagerie médicale

CUVILLON Philippe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DAIEN Vincent

Ophthalmologie

DORANDEU Anne

Médecine légale et droit de la santé

FAILLIE Jean-Luc

Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

FUCHS Florent

Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

GABELLE DELOUSTAL Audrey

Neurologie

GAUJOUX Viala Cécile

Rhumatologie

GODREUIL Sylvain

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILLAUME Sébastien

Psychiatrie d'adultes ; addictologie

GUILPAIN Philippe

Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

GUIU Boris

Radiologie et imagerie médicale

HERLIN Christian

Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

HOUEDE Nadine

Cancérologie ; radiothérapie

JACOT William

Cancérologie ; Radiothérapie

JUNG Boris

Médecine intensive-réanimation

KALFA Nicolas

Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAURY Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier	Néphrologie
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire



STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophthalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIÉ Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénéréologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion
HILLAIRES-BUYS Dominique	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PUJOL Joseph	Anatomie
RICHARD Bruno	Médecine palliative
RISPAIL Philippe	Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline	Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline	Hématologie biologique
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 2^{ème} classe

CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
GOUZI Farès	Physiologie



HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
JEZIORSKI Éric	Pédiatrie
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE ENGBERINK Agnès

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe



Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DAIEN Claire	Rhumatologie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

Remerciements

Aux membres du jury:

Heureux soit l'élève qui jouit de la Lumière de ses Maîtres.

Bien entendu, ce proverbe potentiellement connoté n'existe pas. Mais,

C'est le cas pour moi aujourd'hui.

Conjugué aux Noms des :

Professeur Sébastien Guillaume,

Professeur Delphine Capdevielle,

Professeur Jorge Lopez-Castroman, et

Docteur Nicolas Rainteau,

Je sens mon travail enrobé d'une prestigieuse bienveillance.

Et j'en suis fier.

Je remercie chacun.e de me faire l'honneur d'être membre de mon jury de thèse.

À **Nicolas**. Au premier échange que nous avons tenu pour ce projet, j'ai su que tu étais le meilleur choix que j'eusse pu faire. Tes encouragements, ta générosité, ton investissement et ta fermeté ont été pour moi une grande source de motivation. Que tes qualités continuent de porter ce qui nous tient à cœur, aux côtés duquel je serai.

Au **Professeur Capdevielle**. Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider le jury de ma thèse. Votre disponibilité et votre accompagnement m'ont aidé à me mobiliser, et l'intérêt que vous avez porté à mon travail m'a permis de puiser dans mes ressources pour améliorer son rendu.

Au **Professeur Lopez-Castroman**. Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de siéger au jury de ma thèse. Votre présence au premier semestre de mon internat a été agréable et rassurante. Votre disponibilité et vos conseils des débuts égarés de mon travail de recherche ont été précieux.

Au **Professeur Guillaume**. Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de siéger au jury de ma thèse. Mon choix s'est porté sur la qualité de l'enseignement que vous prodiguez et sur les qualités humaines indéniables que vous renvoyez.

À **Myrtille André**, qui a conçu ce projet et m'a permis de le poursuivre. J'espère que son accomplissement reste fidèle à ce que tu avais imaginé.

À mes collègues et à mes chef.fe.s :

Qui ont scellé mon choix vers la psychiatrie. **Aux « Nîmois »**, pour mes premiers émois d'interne. Merci à toute l'équipe, qui m'y a accueilli et encadré. Particulièrement à **Bérengère**, dont je resterai l'éternelle et inconditionnelle groupie, à **Ismaïl**, de m'avoir toujours souhaité « bon chance », au **Dr Abbar**, pour sa géniale application de la discipline. Mais aussi à **Camille**, déjà cheffe à mes yeux, qui m'a tant enseigné, tant soutenu et tant encouragé. Dans les instants les plus heureux comme dans les moments les plus dramatiques, ta présence a tout dédramatisé pour faire place à ton hilarante ironie. Merci d'avoir partagé ton savoir encyclopédique et de m'avoir fait découvrir tous les produits du terroir, avec : description des goûts, coutume locale, fête de village, fabrication, recette, localisation, photos à l'appui... J'en ris encore en y repensant ! Ta personnalité unique à laquelle tu m'as laissé la chance d'accéder, ancre sur les souvenirs de ce semestre ton empreinte indélébile.

Qui m'ont fait entrevoir l'infinie étendue des intérêts de cette spécialité. Merci à toute l'équipe de **Thuir**, qui m'a accueilli avec une grande générosité. Particulièrement à **Isabelle**, la grand'âme de Thuir. Merci d'avoir ouvert mes horizons ; et enrichi mon vocabulaire ! De toi et toi seule je dois d'avoir un sourire « facétieux ».

Qui m'ont prouvé que rien n'est impossible dans ce métier lorsqu'on fait face ensemble. **À la Team des urgences de Montpellier**. Ce fut un semestre si éprouvant et si enrichissant ! Pour moi, un condensé en quelques mois d'années d'apprentissage. **Matthieu**, tu nous soutiens sans nous brusquer, sans toi comme chef ça n'aurait plus été un plaisir. **Radu**, je t'en conjure, raconte nous encore une histoire, et avec toute ta ferveur habituelle ! **Céline B**, tu es une formidable modèle de la pratique; il suffit de t'observer ; j'espère en avoir encore l'occasion. **Estelle**, ou l'art de se présenter façon agent de terrain avec la mission de sauver la planète ; on est instantanément plongé dedans ! **Charly**, le swag de l'épisode moustache n'a d'égal que le débit du torrent de boutades qui se terre dans ta tête; je voudrais y assister sans fin. **Marie**, ta douceur indéfectible te permet d'envoyer se faire foutre n'importe qui avec le sourire, c'est prodigieux ! J'espère pouvoir manier cet art un jour. **Dimitri**, ta légèreté est un soleil qui brille sous une pluie de pauses café ; mais surtout ta pédagogie est toujours

stimulante sans être stressante, et j'espère qu'elle profitera au plus grand nombre. **Céline F**, ta seule présence me déclenche un : « OK, Céline est là. Là, on est bien » ; merci d'avoir cru en moi dès le premier jour, de partager tes passions, de m'avoir adoubé membre de la team douceur, et de m'avoir appris qu'il pouvait s'agir d'une force ; bientôt oui nous dominerons le monde. **Audrey**, ton cœur est immense et tu en fais une grande arme ; tu me l'as autant appris au cours de tes entretiens qu'en dehors du travail. **Ali**, merci de ta pugnacité, ta franchise, ta patience face à mes interminables compte rendus (*attention patience à durée limitée*) que tu m'as appris à résumer ; merci de me faire partager tes opinions, d'enrichir ma pensée, et d'enrichir tout simplement ma vie de ton amitié.

Qui m'ont inculqué la rigueur dans la bonne humeur. Merci à toute l'équipe de l'**UPUP** qui a été formidable. À **Chloé**, merci d'avoir autant pris soin de la formation des internes mais aussi de notre bien-être. Tu es partie ensoleiller les îles de ta gentillesse. Ils ont bien assez de soleil là-bas, reviens ! À **Lucile**, merci de m'avoir montré comment on fait tomber les murs pour remuer les âmes. Tes entretiens sont aussi mémorables que tes reprises des meilleures chansons des années 90 (et les danses qui vont avec).

Qui m'ont fait confiance et m'ont permis d'acquérir de l'autonomie. À **Hélène**, ta détermination porte tout le monde autour de toi ! Tu mènes tes projets avec un enthousiasme scientifique et humain qui est pour moi un modèle à approcher. Merci de si bien nous encadrer dans ton service, où tes directives prennent la forme d'un enseignement, et où les limites de notre poste d'interne sont étendues à un champ d'indépendance qui laisse libre cours à notre propre expérimentation.

A ceux et celles qui sont déjà partis ou qui sont sur le départ, je vous dis bien merci, et non au revoir ! Je vous souhaite de continuer d'être bien entouré et de nous revenir au plus vite !

Aux belles rencontres de l'internat

À mes co-internes :

Qui ont une place unique dans mon parcours d'interne. C'est vous qui avez transformé les périodes les plus difficiles en les souvenirs les plus joyeux de mon internat de psychiatrie !

À **Olivia**, dont j'entends la voix crier au loin : FaaaaaSoool ! Auquel je réponds : Pléééplééé ! Comme j'envie ta vivacité d'esprit et tes opinions affirmées ! Comme je me délecte de ton énergie vivifiante, tes mimiques inimitables, et tes histoires rocambolesques ! Pour moi, tu as le charisme de l'actrice principale d'une série qui s'appellerait: *the French Psychiatric Horror Story*. (mimique associée) On a partagé du meilleur comme du pire, et il en reste beaucoup d'autres à venir.

À **Roxane**. Jour après jour tu m'as fait découvrir les déclinaisons insoupçonnées du visage humain. A chaque entretien son lot de tes expressions faciales, dont les images sont gravées dans ma mémoire à tout jamais. J'en ris encore ! Nos souvenirs partagés de ce semestre sont des scènes fantastiques que l'on peinerait à croire réalité. Tu es cette co-interne et cette amie sincère qui ne souffre d'aucune superficialité. À ton plus grand désarroi parfois, mais à ma plus grande admiration toujours.

À **Elodie**, l'outsidese qui en impose. Merci pour tous ces moments, où le temps était en suspens ; où tu m'as embarqué dans ta manie de tout interroger, de tout remettre en question, et d'explorer subtilement les soubassements de l'âme. De ces discussions où nous nous échangeons des secrets inavouables, tu m'as convaincu sans le savoir de persister dans le choix d'un sujet de thèse qui me plaisait. Travailler avec toi est enrichissant, et j'espère qu'on aura l'occasion de remettre ça.

À **Suzy**, le coup de foudre instantané. L'alchimie complète de nos esprits qui match une balle de ping-pong à une allure effrénée. Tant de fois tu m'as fait rire et réfléchir. Avec ton ironie à la fois triste et drôle, qui transforme toute chose banale en une vaste blague philosophique. Comment peut-on autant ironiser sur soi-même lorsqu'on est aussi géniale ? Tu as fait de ce semestre une aventure joyeuse à la découverte de ta personnalité dont je n'ai exploré qu'une infime tortuosité. A moi de revenir pour avoir la joie de partager encore avec toi.

À **Julien**. On t'a vite embarqué sur le chemin du déjeuner... *(tu comprends la référence)*. Ta pudeur futile n'a pas fait long feu devant ta malice lascive, qui nous surpasse largement ; et oui on le sait bien ! C'est toi le pire d'entre nous ! J'ai souvent envié ton savoir alors que je rejetais ton investissement. J'ai maintes fois tenté de te détourner du droit chemin, sans succès. Mais au fond, du coin de l'œil, j'admiraais ton sérieux. Ceci étant dit, allez ! Viens à la prochaine soirée !

À **Vanessa**. Les 4 R de la thérapie Vanessa. Remanger encore et encore, Raconter tout sur tout, Rire de tout, se Révolter de toutes les injustices ! Vanessa les bons conseils, Vanessa les bons plans ! Tu m'as tant soutenu pendant ce semestre, comme une co-interne et comme la formidable cheffe que tu es déjà. Mais tu as aussi décoré ce semestre de pédopsychiatrie de tes idées toujours plus extravagantes, pleines de couleurs et de paillettes. Tu es toujours partante pour toutes les bêtises, et on les réalise comme des enfants ! Attention, d'autres sont à venir.

À mes autres camarades de promotion :

Une belle équipe, hétéroclite invraisemblable. Merci à vous d'être exactement comme vous êtes.

À **Sarah** la kickeuse aux punchlines coup de pied ; à **Pauline** avec un **A** comme l'audacieuse des jeux de stage ; à **Pauline** avec un **B** comme la belle au bois dormant ; à **Sylvie** la discrète au courage insoupçonné ; à **Lionel** le kiki au grand cœur qui défend vaillamment nos droits ! ; à **Emmanuel** le professeur généreux à la gentillesse légendaire et aux imitations what the fuck ; à **Meryem** le poussin innocent, qui en fait n'est pas très sage, merci d'être toujours aussi naturelle et véritable ; à **Victor** et les incroyables péripéties de **Captain Naimi**, merci d'être toujours partant et de sans cesse nous embarquer sur ton bateau de la fête ; à **Clémentine Lorrach**, j'ai nommé **La Duchesse**, merci d'avoir le bon goût de nous réunir souvent, et d'avoir cette classe de t'imposer fermement, sans nullement t'embarrasser de quelque modestie, pour ensuite rire humblement de toi-même avec une autodérision désinvolte ; je suis complètement fan !, à **Totor Debourdeau** , merci d'être un ami si attentionné, un cuisinier si généreux et un colocataire si insupportable, merci d'avoir cet humour subversif qui possède le pouvoir de secouer les non-dits et de dépouiller la gêne, de

la laisser nue comme un ver pour finir désintégrée par le rire (*souvent le mien !*), on a tant besoin ça ; à **Daniel**, le mentaliste né qui fait l'unanimité, merci à toi **Houssam**, mon ami sincère, de croire en moi autant que je crois en toi, de te dévoiler autant que je me dévoile, de vanter mes qualités autant que je vante les tiennes, de pouvoir compter sur moi autant que je peux compter sur toi, et d'avoir ce rire démesuré, qui fait encore plus trembler les murs de La Colombière que le mien.

C'est bien connu nous sommes la promo des intellectuels, des acharnés de travail, des sueurs du front...

Quoiqu'ils en disent, je suis persuadé que nous ferons tous, sans exception, de très bons psychiatres.

À mes camarades des autres promotions :

Au trio infernal, **Jean, Yann et RGD** ; à **Charles** le dandy des temps modernes ; à **Lucile** l'envoûteuse de son charme ; à **Julien** le king du dancefloor ; à **Anaëlle** notre cheffe à tous ; à **Jacques** le Rain Man des prénoms et Usain Bolt des tournées ; à **Claire** le bébé décalé ; à **Marion la Bubur** impératrice de promotion ; à **Charlotte** la boulette au rire tendre et aux barbecues épicés. À **Loïc** et à **Clémentine**, que j'aime tant à écouter et avec qui j'aime tant partager et découvrir leur expérience de la vie. À **Marine**, mon interne dans cette vie et ma femme dans une vie antérieure, je serai présent à tes côtés, comme tu l'es aux miens, pour le meilleur et pour le pire.

À **Ines** ma partenaire de danse avec qui nous voltigeons dans les confins de la fête. À **Raphaël, Eléonore, Thomas, Charlène, Jules, Sophie, Sandra, Yassine.**

À **Emma, Hanaë, Aurèle, Aurélien.**

A l'âme de l'internat de La Colombière :

A **Mumu**, qui râle comme elle respire, réchauffe nos cœurs et nos assiettes, mais surtout qui déverse à chaque seconde son inconditionnelle gentillesse.

Aux Doudous :

Merci pour l'incroyable aventure Doudou : nos concours chaise musicale, nos commérages dans la cuisine, nos apéros du lundi, nos cocktails Vodka-thé, nos randos comme en colo, notre feu de joie improvisé, nos virées sous la pluie, notre retour du gala, notre art-déco papier-toilette, et ces tags, sur le mur immaculé de l'internat, qui ont inscrit à tout jamais ce semestre incroyable dans la postérité intergalactique.

En ces instants la famille Doudou fut née. Ils vécurent heureux et eurent tout plein...: d'histoires de cœur, de dîners de retrouvailles, de Noël en famille, de virée en Espagne, de soirées raclette, de voyage au ski, de gueulantes Christophe Maé, de périple en Italie... et oui ça continue !

À **Agathe** la snipeuse aux punchlines imprévisibles ; à **Mathias**, fouinasse le jour et castafiore la nuit; à **Marine** notre chère doudou de cœur; à **Quentin** l'athlète champion du blind test ; à **Gauthier** l'indomptable carpe diem ; à **Cédric** le vanneur à l'humilité fantastique; à **Laura** la réaliste invétérée ; à **Gaia** la danseuse inspirée au cœur d'artichaut, à **Marion** la fêtarde phénoménale, à **Mathieu** notre mascotte officielle.

À **Manon**. Tes questions candides et ton enthousiasme contagieux redonne le sourire à toute personne qui t'entoure. J'ai eu le plaisir de vivre plus d'une expérience avec toi et je souhaite en vivre encore plein d'autres.

À **Camille**, ton rire éclatant qui pétille comme des paillettes anime les soirées folles et les tristes épreuves d'une pureté incandescente. Notre amitié ne cesse d'évoluer et je lui présage un bel avenir. Sur ce, assez discuté ! Allez ciao !

À **Amélie**, ma partenaire de vie d'internat qui est devenue une amie sur qui je peux toujours compter. Autant sérieuse que fêtarde, nous savons tous que tu excelles dans les deux domaines. Tu es celle qui tient la cadence en toute circonstance, qui nous soutient et nous fait prendre la distance, avec ce rire contagieux que tu nous inspires.

À **Jessie**, mon incroyable acolyte, que j'appelle communément « la femme parfaite ». Attentive et compréhensive en tout instant, tu es présente pour tes amis avec une gentillesse inégalée. Avec toi je ne me sens jamais jugé, je m'exprime avec une liberté aussi frivole que les solides liens d'une famille. Avec toi tout coule de source, tout est si naturel et humain ! Tu

as autant le goût de la douceur que du piment de la vie. Je ris en pensant à nos galères partagées, qui a donné sa matérialité à cette loi que tu m'as apprise. La très fameuse loi des séries. Je ris en me remémorant cette escalade de portail, cette enquête du sac à main noir (ou marron ?), ou ces histoires d'amour dignes des plus prestigieuses telenovelas. Tu ne peux rien me cacher, je veux tout partager ! Et je compte en découvrir toujours plus avec toi.

Aux autres belles rencontres de l'internet :

À **Anna**, ma colocataire venue d'un autre monde. Tu regorges de tant d'aspects qui m'étaient inconnus chez quiconque avant de te rencontrer. Tu ne m'as pas seulement fait découvrir l'incroyable panoplie de légumes que recouvre cette terre, mais aussi plein d'activités dans lesquelles je n'aurais pas songé à m'embarquer. Tu as toute ma curiosité et mon amitié, et j'ai hâte d'accepter la prochaine mission des choix impossibles.

À **Thibault, Mélanie, Julie**

À **Claire, Marie, David** (*Johnny Däpp Däpp Johnny Johnny Däpp!*), **Lyvio**.

A mes ami.e.s de toujours :

Qui m'ont construit tout entier et qui sont ma famille de cœur.

À **Tiphaine** AKA **TifTouf**, ma sirène de toujours. De seulement te rencontrer a été une expérience épique et folle. Depuis lors, rien ne nous arrête lorsque nous sommes ensemble. Et surtout pas les frontières de la réalité. De délires fantastiques qui s'envolent vers l'absurde à nos dérives lourdes et glauques qui en ferait pâlir plus d'un, c'est notre plaisir à nous de refaire un monde insensé à partir de rien. Je suis si heureux que tu aies pu donner vie en livres à ton imagination débordante. Je suis si fier de t'avoir comme amie.

À **Laure**. Nous sommes si différents et c'est ce qui fait que je t'aime autant. Je ne me lasse jamais de t'écouter, de te regarder, de m'imprégner de ta répartie improbable et de ton imposante personnalité. Je suis heureux de faire partie de ta vie et que tu fasses partie de la mienne, dans ses événements importants comme dans ses détails insignifiants. J'ai hâte de te retrouver.

À **Alice**, ma psychopathe d'amour. Non c'est vrai tu ne mérites pas ce surnom. Mais quel choc, à chaque fois que tu effaces avec désinvolture les barrières de toute convention sociale. Et quel soulagement. Tu as ce don de ramener à la surface ce que toute personne aurait caché pudiquement. Tu as cette faim de la vie qui te fait plonger dans les entreprises les plus périlleuses. Tu te donnes toute entière à tes passions, et à tes amis aussi. Tes opinions affirmées et ton recul raisonné sur le monde ont depuis toujours fait évolué le mien, et bien plus que tu ne le penses.

À **Clémence**. Tu es pour moi la plus pure des fleurs d'un champ d'amour. Ton amitié est un pilier de ma vie et de la vie telle que je la perçois. Avec toi j'ai grandi, à rester à tes côtés du mieux que je le pouvais, dans les malheurs de la vie comme dans ses cadeaux inespérés. Tu dégages cet amour que je veux à chaque retrouvaille enlacer.

À **Manon**, la coriace au cœur d'artichaut. Tu dégages une telle force, dont toi-même tu n'es pas consciente. Tes amis t'admirent plus que tu ne le penses, et moi en première ligne. Tu me fais t'aimer pour ta détermination et aussi pour tes fragilités, que tu nous dévoiles si sincèrement lorsque ça te prend. Ta présence est un cadeau dont je ne saurais comment te remercier.

À **Pauline**. Si tu vivais à l'époque de l'Antiquité, nous t'aurions érigé en déesse grecque de la sagesse beauté. Celle qui rassure et qui réchauffe le cœur. C'est à ton contact que j'ai pu m'affirmer et me construire. Tu as supporté mes ambivalences et ma complexité. Je suis le gardien de tes questionnements et tes ambiguïtés. La distance qui nous sépare ne nous empêchera jamais de continuer à grandir ensemble.

Aux copains et copines de mes ami.e.s :

Qui sont entrés dans ma vie pour mon plus grand bonheur. A **Xavier, Sonia, Aurélien, Geoffreoy, Nicolas, Sam, Miari, Serdar, Jules,**

Aux ami.e.s de copain :

Qui m'accueillent comme un des leurs. A **Priscille, Hadrien, Angéline, Candice, Camille, Louna, Thomas, Alexia, Marie, Valentine, Carine.**

À ceux et celles de mon enfance :

Qui ont aussi participé à construire mon chemin et que je n'oublierai jamais. A **Wissam, Elodie, Inès, Julie, Alexia, Marjorie, Manon, Alizée, Tiphonie, Nathan, Paul, Jérémie, Samuel, Christine, Alichou, Anouck, Samy, Elliot, Eva, Franck, Christopher, Yassine, Trecya, Tania, Hélèneuille.**

À la meilleure institutrice que le monde ait jamais créée :

Mme Françoise Rodrigues

À ma famille :

À **Hassan, Gihan, Maha, Samy, Dalal, Ossama**. À **Heba, Mai, Aya, Walid, Omar, Dina**.

Vous détenez les plus doux moments de mon existence. Je vous remercie de me délivrer votre amour inconditionnel et de croire en moi plus que je ne saurais jamais le faire.

À **Diana**. Ma petite sœur presque jumelle. Comment aurais-je grandi sans toi ? Serais-je devenu l'enfant sage et réservé, insipide et inintéressé, que me réservait mon caractère ? Nous nous sommes influencés de telle manière qu'il me semble détenir la moitié de toi, et que tu sembles détenir la moitié de moi. Je te remercie de continuer à percuter mes certitudes, à balancer mon regard vers d'autres horizons et à me soutenir à chaque étape, où tu réponds toujours présente.

À toi **Papa**. S'il y a bien une personne à remercier d'avoir la chance de passer cette thèse aujourd'hui, c'est bien toi. Sans toi, que serait devenu mon esprit peu capable et fainéant. Tu m'as poussé à me dépasser et à viser plus loin que je ne l'aurais jamais fait. Tu as assuré mon présent et mon avenir avec le calme et la sérénité que tous te décernent, mais que tu refuses de recevoir avec ton admirable humilité. J'espère que tu es aussi fier de mon parcours que je suis fier de l'héritage que tu m'as offert.

À toi **Maman**. Je te dois tout. Tout ce que je fais, tout ce que je pense, tout ce que je suis. Je me rappelle nos intenses discussions, à 4 heures du matin. À ces petits déjeuners du Ramadan, où je rassemblais avec peine mes forces, pour ne pas sombrer dans le sommeil. Toi, ton esprit était vif, et parfaitement lucide. Tu me nourrissais du passé, du présent, de l'avenir. Tu me racontais le temps qui vole, qui s'arrête, et qui fuit. Comment tourne le monde, comment font les gens. Comment naissent les amours, et comme ils s'évanouissent. Comme la jeunesse est belle, et comme elle virevolte ! Et comme on ramasse, quand l'âge la saisit. Tu m'éveillais au monde, au vrai, à celui qui est utile. A celui auquel je dois faire face aujourd'hui. Qu'est-ce qu'il est compliqué, ce monde ! Mais heureusement, tu m'as bien plus enseigné sur la vie, qu'ont pu le faire ces dix longues années d'études. Tu m'as transmis ta foi, ta culture, ta passion, ton humour, ta générosité, ton humilité. Tu n'as jamais fléchi devant mes doutes, mes secrets et mes mensonges. Tu as toujours pensé plus juste, agit plus fort, visé plus haut. Tu m'as toujours dessiné un avenir plus ambitieux que n'importe qui. Un médecin ? Pas n'importe quel médecin ! Un GRAND médecin ! Tu observes le monde comme personne, tu

ressens tout sans l'expliquer, tu peux tout percevoir, et tout étudier. Tu m'as même aidé pour cette thèse ! Et tu as tout compris ! Tu ne veux pas tout entendre, mais écoute ceci : Tu es un être hors du commun, et moi je le répèterai sans cesse, et à quiconque viendrait à en douter.

À vous qui êtes présent.e.s

Dans mon sang, ma chair et mon cœur,

À Ayam, Aly, Lucile, André

La récompense d'aujourd'hui appartient à vos sacrifices d'hier.

Ma fierté est la vôtre.

Sommaire

Table des matières

Préambule	30
Article	32
Introduction	33
Méthode	36
<i>Participants</i>	36
<i>Analyse</i>	37
Résultats	39
Discussion	47
Conclusion	51
Références	52
Annexe	59
Résumé	64

Préambule

La schizophrénie est une maladie psychiatrique chronique handicapante. La répétition des décompensations psychotiques aiguës est associée à l'obtention plus longue de la rémission et la stabilisation clinique. Malgré les apports récents importants de la recherche scientifique sur les hypothèses étiologiques et la physiopathologie de la schizophrénie, les traitements de cette pathologie ont valeur de soin et non de guérison. Les antipsychotiques restent les médicaments connus les plus efficaces pour la diminution des symptômes psychotiques aigus, mais également pour l'amélioration du pronostic à long terme de la maladie. Ils sont associés à une diminution significative des rechutes et des ré hospitalisations.

Malgré la prescription quasi systématique de ce médicament chez les patients recevant des soins psychiatriques, 80% des malades rechutent dans les 5 ans suivant le début de leur maladie. Le facteur associé le plus fréquemment retrouvé est l'inobservance au traitement, qui concerne près de la moitié des patients. Dans les études, on retrouve une association de l'inobservance avec la persistance de symptômes chroniques, avec un nombre plus élevé d'hospitalisation, de suicide, un taux plus élevé de comorbidité addictive, un risque majoré d'être victime d'agression et avec un moindre niveau de satisfaction global rapporté par les patients.

Les antipsychotiques sous leur forme injectable offrent en théorie un moyen de lutte contre l'inobservance. Ils remplacent la prise orale quotidienne par une injection réalisée par un professionnel de santé, à une fréquence bimensuelle ou mensuelle, ou plus récemment encore trimensuelle. Les avantages avancés de cette galénique sont une moindre variabilité intra et interindividuelle du taux plasmatique, une diminution du risque de surdosage (par accident ou intoxication médicamenteuse volontaire), d'éviter les oublis de prise, de favoriser le contact avec les professionnels de santé et de détecter précocement les ruptures thérapeutiques.

Pourtant, ces médicaments restent sous-utilisés, souvent considérés comme traitement de seconde ligne, à mettre en place après plusieurs rechutes chez des patients atteints d'une forme sévère de schizophrénie. Les études retrouvent des freins à leurs prescriptions chez les patients et chez les soignants, qui semblent partager des perceptions négatives relatives à la forme injectable. Ces perceptions incluent des représentations et des croyances difficilement évaluables avec une méthode de recherche de type quantitatif. Or il n'existe à notre connaissance que peu d'études qualitatives portant sur le sujet.

L'application d'une méthode qualitative de type phénoménologique nous paraît la plus adaptée pour explorer cette problématique. Nous choisissons de réaliser des entretiens chez des individus atteints de schizophrénie suivant un traitement par APAP, pour recueillir le témoignage de leur expérience, de leurs perceptions de l'injection, dans le but d'améliorer nos connaissances sur leurs motivations, leurs craintes, les obstacles éventuels à la prescription et d'identifier au mieux leurs représentations quant à la forme injectable. Nous formulons l'hypothèse que cette recherche permettra de faciliter la collaboration avec les patients et de tendre vers une adhésion au traitement, qui nous semble une solution efficace et bénéfique à l'inobservance.

Article

Compte de mots: 3488

Tableaux: 3

Figures: 0

Titre: Expérience et perception des antipsychotiques d'action prolongée chez des individus atteints de schizophrénie : une étude qualitative.

Auteurs: Sallé R.¹, Capdevielle D.^{1, 2}, Ph.D., Rainteau N.¹

¹ Service universitaire de Psychiatrie, CHU Montpellier, France

² Inserm U1061 et Université de Montpellier, Montpellier, France

Étude réalisée au sein du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier

Expérience et perception des antipsychotiques d'action prolongée chez des individus atteints de schizophrénie: une étude qualitative

Introduction

Les antipsychotiques ont prouvé leur efficacité sur l'amélioration du pronostic à long terme dans la schizophrénie. Ils sont associés à une diminution significative des rechutes et des ré hospitalisations.¹ L'inobservance au traitement concerne près de la moitié des malades souffrant de schizophrénie.² Qu'elle soit totale ou partielle, elle a un effet défavorable majeur sur le pronostic fonctionnel, social, et économique de la maladie.^{3,4,5,6} Ceci a motivé la recherche et le développement d'antipsychotiques d'action prolongée sous forme injectable dès les années 1960.^{7,8}

Bien que leur efficacité ait été prouvée au même titre que la forme orale, voire une efficacité supérieure dans des études portant sur la phase précoce de la maladie,^{9,10,11} les Antipsychotiques d'Action Prolongée (APAP) demeurent sous utilisés (selon les études et les pays : 5 à 40 % des patients, globalement un tiers des potentielles indications).^{12,13,14} L'introduction en 2003 de la forme injectable des antipsychotiques de seconde génération, qui possèdent un profil de tolérance supérieur à ceux de première génération, n'a été suivie que d'une évolution marginale de leur prescription.^{15, 16}

Pour les prescripteurs interrogés, les APAP sont aussi efficaces que les antipsychotiques oraux, ils augmentent l'observance au traitement et permettent de diminuer le taux de rechute.¹⁸ Mais en pratique, certaines de leurs représentations limitent le recours à l'APAP. Ils ont tendance à surestimer l'observance de leurs patients, à se référer à une image coercitive et stigmatisante de l'injection et à des préjugés négatifs autour de l'aiguille.^{18,19,20} Alors que les

études et les recommandations convergent vers un bénéfice de l'utilisation des APAP dès le(s) premier(s) épisode(s) psychotique(s) dans la schizophrénie,^{21,22,23} ils sont majoritairement utilisés chez les patients aux nombreuses rechutes, qui semblent les moins enclins à accepter un traitement oral.^{24,25} On observe d'ailleurs que leur introduction coïncide souvent avec une hospitalisation récente ou des difficultés légales.¹²

Chez les personnes interrogées atteintes de schizophrénie, on retrouve une meilleure opinion que celle attendue, surtout si elles avaient déjà pris des antipsychotiques d'action prolongée ou reçu l'information médicale sur le traitement.^{26,27} Dans les études, les craintes les plus retrouvées sont une vision coercitive, la pénibilité du déplacement, le coût financier, la douleur au point d'injection et la peur des piqûres.²⁸

Mais ces études sont dans leur grande majorité de type quantitatif, elles utilisent des sondages et questionnaires à réponses fermées qui limitent le champ d'expression des participants. La méthode qualitative intègre les nuances du discours dans l'analyse des données obtenues. Elle permet aux investigateurs de mieux identifier les perceptions des individus.

À notre connaissance, il n'existe que peu d'études de type qualitatif sur le sujet.^{29,30,31} Dans l'étude canadienne de Iyer en 2014, la problématique du coût des soins influence la perception des traitements. L'étude chinoise de Chiu en 2019 met en avant la motivation des patients à tendre vers la normalité sociale. Ces influences locales du système de santé et du contexte culturel confirment l'intérêt à réaliser une étude française sur le sujet.

Nous formulons l'hypothèse que si nous améliorons les connaissances sur le vécu des patients autour de l'APAP, cela aiderait les professionnels de santé à mieux les comprendre, dans le but de faciliter la collaboration avec les patients, d'optimiser la prescription et de favoriser l'observance. Notre étude a pour objectif d'explorer l'expérience et la perception des

individus atteints de schizophrénie recevant un traitement par antipsychotique d'action prolongée à l'aide d'une approche qualitative.

Méthode

Cette étude qualitative s'inscrit dans un paradigme compréhensif du phénomène. Elle s'intéresse à l'expérience vécue, en prenant en compte les émotions, les représentations, les théories subjectives, les croyances et les évènements de vie personnelle. Pour cela, nous utilisons une approche de type phénoménologique.^{33,34,35} Elle vise à recueillir les informations objectives, mais aussi les points de vue relatifs du sujet interrogé. Elle tient compte de la subjectivité des interlocuteurs.

Les entretiens devaient être guidé de manière à laisser à chacun la liberté de s'exprimer librement, tout en fixant un cadre permettant de comparer les récits entre eux. Nous avons donc utilisé un guide d'entretien de type semi-directif à questions ouvertes. Selon Smith et Osborn, ce type de guide permet d'instaurer une situation de confiance entre le chercheur et le répondant.³⁶ Il permet d'aborder des thèmes communs, en préservant le discours tel qu'il apparaît spontanément. L'ordre des thèmes abordés est peu important. Le chercheur essaie d'aller aussi loin que possible dans la mise au jour des représentations du répondant en lien avec les thèmes abordés.

Participants

Les participants ont été recrutés au sein du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier et des Centres Médico-Psychologiques affiliés. La participation leur était proposée par leur psychiatre ou par l'investigateur principal de l'étude. Les critères d'inclusion étaient des patients de 18 à 65 ans, avec un diagnostic posé de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif (selon les critères du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health – 5^e édition), recevant un traitement antipsychotique d'action prolongée depuis au moins trois mois, avec un

état clinique permettant de répondre sans appréhension à un entretien. Une durée minimale de trois mois a été choisie afin que les patients inclus aient une réelle expérience de l'APAP.

Il a été recherché une variation maximale des caractéristiques sociodémographiques et cliniques de l'échantillon (âge, sexe, caractéristiques socioprofessionnelles, comorbidités, type d'antipsychotiques d'action prolongée, ancienneté de prise du traitement, mode de suivi). Le recrutement ne vise pas une représentativité de la population source. La taille de l'échantillon n'a pas été fixée à l'avance. L'inclusion a été poursuivie jusqu'à saturation des données.

La participation se faisait de façon libre et volontaire. Une information claire a été délivrée, et le consentement a été recueilli par écrit.

Analyse

Les entretiens ont été réalisés en présentiel ou par téléphone. Ils ont été audio enregistrés puis retranscrit mot à mot (verbatim) par l'investigateur principal. Les données recueillies ont été analysées exhaustivement par une approche phénoménologique de type sémio pragmatique de Pierce.^{34,35} Cette approche consiste à caractériser le verbatim selon son « mode d'être », soit [1] La Qualité (les émotions), [2] Les Faits (le récit), ou [3] La Loi (les généralités). Ces catégories sémiotiques sont mises en ordre logique pour restituer le sens du discours. Cette méthode permet de faire émerger les concepts ou théories en prenant en compte la subjectivité, et donc de retranscrire au mieux l'essence phénoménale du phénomène étudié.³³

Au début de chaque entretien, l'investigateur a recueilli le ressenti actuel du participant. Le contexte de l'entretien, le comportement des deux interlocuteurs et les éventuels événements perturbateurs qui pourraient influencer le témoignage ont été relevés. Les questions étaient ouvertes, guidées par une trame d'entretien semi directif (Tableau 1), qui pouvait être adaptée selon le déroulement de l'entretien. Cette trame a été testée au préalable puis a été accommodée

au fil de l'étude. L'investigateur principal n'avait jamais rencontré les participants auparavant. L'analyse sémiopragmatique des témoignages a été réalisée par l'investigateur principal et par un second investigateur qui était en aveugle des participants, afin de mieux prendre en compte la subjectivité et de recouper les résultats obtenus.

Tableau 1.

Guide d'entretien
<ul style="list-style-type: none">● Pouvez-vous me rappeler pour quelle raison vous prenez un traitement ?● Dans quelles circonstances avez-vous pris un traitement psychiatrique pour la première fois ?● Comment cela s'est-il décidé avec le médecin ?● D'après vous, à quoi servent les traitements ?● Que pensez-vous de votre traitement ?● Pouvez-vous m'expliquer dans quelles circonstances le médecin vous a proposé le traitement antipsychotique d'action prolongée sous forme d'une injection ? Qu'avez-vous ressenti ?● Comment avez-vous vécu la première injection ? Qu'avez-vous ressenti ?● Si vous deviez expliquer votre traitement à d'autres personnes, que leur diriez-vous ?● Quel est votre avis sur ce traitement ?● Quel est l'avis de votre entourage sur ce traitement ?● Quel est l'impact de votre traitement sur votre vie de tous les jours ?

Résultats

Parmi les 17 individus contactés, 2 n'étaient pas joignables, 1 avait de grandes difficultés d'élocution, et 1 a refusé car il sentait gêné d'être interrogé. 13 participants ont été inclus dans l'étude, entre février et juin 2020. Les participants recevaient l'APAP depuis une médiane de 2 ans et 8 mois. Leurs caractéristiques sociodémographiques et cliniques étaient variées. Elles sont accessibles en détail dans le Tableau 2.

Les participants sont numérotés de P1 à P13. Les entretiens ont été retranscrits en verbatim, traduits en catégories de sens et mis en lien entre eux. L'analyse a permis de faire émerger quatre thèmes principaux. Des extraits d'entretien illustrent les thèmes retrouvés. Davantage d'extraits sont accessibles dans l'Annexe.

Tableau 2. Population de l'étude

Caractéristiques sociodémographiques	Nombre	(%)
Sexe		
Hommes	11	(84,62)
Femmes	2	(15,38)
Age [21 – 63]		
18 - 25	5	(38,46)
26 – 40	4	(30,77)
40 – 65	4	(30,77)
Education		
Enseignement sup	1	(7,69)
Lycée	8	(61,54)
Collège	3	(23,08)
Sans diplôme	1	(7,69)
Revenus		
Actifs qualifiés	1	(7,69)
Etudiant	1	(7,69)
Emploi aménagé	2	(15,38)
Sans emploi	9	(69,23)
Allocations	10	(76,92)
Caractéristiques cliniques	Nombre	(%)
Diagnostic		
Schizophrénie	10	(76,92)
Trouble schizo-affectif	3	(23,08)
Co morbidités		
Toxiques	3	(23,08)
Cardiovasculaire	1	(7,69)
Métaboliques	4	(30,77)
Infectieux chroniques	1	(7,69)
Sans	5	(38,46)
Traitement		
NAP (1 ^{ère} génération)	2	(15,38)
APAP (2 ^{nde} génération)	11	(84,62)
Durée de surveillance post-injection		
< 3 h	8	(61,54)
> 3 h	5	(38,46)
Suivi		
Consultations seules	2	(15,38)
CMP	5	(38,46)
HDJ	6	(46,15)
Mode de suivi		
Soins libres	9	(69,23)
Soins sans consentement	4	(30,77)
Mise en place de l'injection		
En soins libres	4	(30,77)
En soins sans consentement	9	(69,23)
Ancienneté traitement par injection		
< 1 an	0	0
1 – 3 ans	7	(53,85)
3 – 10 ans	4	(30,77)
> 10 ans	2	(15,38)

Abréviations : NAP : Neuroleptiques d'Action Prolongée ;
 APAP : Antipsychotiques d' Action Prolongée ;
 CMP, Centre Médico- Psychologique ; HDJ, Hôpital de Jour

1- Le passage à la forme injectable : une décision non partagée.

La mise en place de l'antipsychotique d'action prolongée était perçue comme un choix imposé, peu regardant de l'avis des participants. Ces derniers n'étaient pas en capacité d'expliquer les arguments médicaux ayant motivé la décision thérapeutique, qui était perçue comme une injonction, un chantage (pour sortir d'une hospitalisation, ou en éviter une nouvelle), ou une nécessité, dont seul le médecin détenait les tenants et les aboutissants. Alors que les participants soulignaient l'importance de l'écoute et du dialogue entre le malade et les soignants, ils exprimaient que leurs plaintes et besoins personnels n'avaient été que peu inclus dans le choix du traitement.

P1 : « ce docteur psychiatre m'avait dit que c'était une autre étape de mon traitement qui était le mieux pour moi. C'est comme ça qu'il me l'a expliqué il m'a dit c'est mieux pour toi il faut passer par là ; on m'expliquait pas tout en fait »

Cette décision était perçue comme imposée en contexte d'hospitalisation sous contrainte (deux tiers des participants de l'étude) ou même en ambulatoire. Elle était source d'incompréhension, comme le témoigne un participant qui avait débuté l'APAP en consultations libres :

P12 : « ça s'est pas décidé j'ai rien fait moi. C'est lui qui me l'a marqué, il est docteur. ». « Je suis peut-être un cobaye ».

La décision médicale du passage à l'APAP pouvait être vécue comme coercitive. En revanche, ce sentiment de coercition n'était pas relatif à la forme injectable du médicament. D'ailleurs, la première injection n'avait laissé que peu de ressenti voire peu de souvenir chez la majorité des participants. Un participant, qui qualifiait son hospitalisation d'« expérience traumatisante », déclare à propos de la première injection de l'APAP :

P9 : « c'est une piqûre comme une autre hein. »

L'instauration d'une alliance thérapeutique était essentielle, qu'elle se fasse en consultations libre, ou en hospitalisation sous contrainte, comme le souligne un participant :

P2 : « [...] et du coup j'ai eu besoin d'être interné une seconde fois où là, [...] on m'a mis sous Xeplion 100mg ». « j'ai l'impression qu'on m'a beaucoup mieux pris en charge, et que y'avait plus d'accompagnement, c'était beaucoup plus sécurisant ». « on s'est vu beaucoup de fois pendant que j'étais interné... Il a pris le temps de ... que je lui fasse confiance et que je lui parle de tous mes délires avant de me mettre sous traitement pour savoir quel bon traitement fonctionnerait »

Seuls deux patients considéraient le choix de l'APAP comme issu de leur propre initiative. Ils évoquaient une décision partagée, qui renforçait leur adhésion au traitement.

Ainsi, l'introduction de l'antipsychotique sous forme injectable tenait d'une décision médicale unilatérale, plus propice à une observance passive qu'à une adhésion active au traitement.

2- Les bénéfices du traitement : une perception personnelle

Les participants relient le traitement à des bénéfices et à des inconvénients subjectifs, qui correspondaient à leur vécu et leur expérience. La perception des effets du traitement était variée, s'appuyait sur leurs ressentis, complétée par quelques connaissances théoriques. Ces résultats sont détaillés dans le Tableau 3.

Il n'y avait pas de consensus, un même effet pouvait être perçu comme salutaire ou à l'inverse délétère, qualifié de « moindre mal » (P11) ou au contraire « un enfer » (P12). Par exemple, le rendez-vous pour l'injection pouvait être une contrainte de temps, mais aussi un lieu de soutien et de sociabilisation.

P6 : « je fais des connaissances parmi les personnes qui ont le même genre de traitement. Donc au final l'impact ça a été de me faire connaître des personnes dans le même état que moi et du coup j'ai une vie sociale un peu plus remplie. »

P7 : « c'est moins contraignant d'aller faire une piqûre tous les mois, d'aller à un organisme, de discuter, que prendre des médicaments et être seule. »

Ainsi, l'observance au traitement était d'avantage motivée par des raisons personnelles singulières, que par les propriétés énoncées dans le discours généraliste du prescripteur.

Tableau 3. Effets perçus des antipsychotiques d'action prolongée par les participants.

Effets bénéfiques	Participants
Agit sur les symptômes psychotiques	
« délires »	P2, P4, P5
Agit sur d'autres symptômes	
« idées noires », « réguler l'humeur », « stabiliser l'anxiété », « débrancher le cerveau », « calmer le cerveau », « aider à se concentrer », « couper les effets liés à la drogue »	P3, P9, P2, P8, P13, P7, P2
Facilite la vie sociale	
« être plus stable », « équilibrer », « sociabiliser »	P1, P11, P13
Préventif des rechutes	
d'un « mal-être », des « crises », des « hospitalisations »	P1, P6, P12
Effets indésirables	Participants
Effets secondaires des antipsychotiques	
asthénie, hypersomnie, prise de poids, effets extra pyramidaux, xérostomie, akathisie, anéjaculation	P2, P3, P5, P7, P8, P9, P11, P12, P13
Effets secondaires de l'injection	
fatigue post injection, Induration cutanée douloureuse	P2, P13, P9
La piqûre	
qui s'ajoute à un traitement déjà lourd	P1, P12
Le rendez-vous	
le temps, l'organisation	P3, P5, P6, P2
Le coût	
surcoût à la société	P4

Abréviations : P : participants de l'étude, numérotées de 1 à 13

3- L'efficacité au long cours : un concept de l'entourage plus qu'une perception personnelle

Les usagers de soins s'attachaient d'avantage aux effets accessibles à court terme qu'à la prévention des rechutes de la maladie sur le long terme. D'ailleurs, l'absence d'effet immédiat à la piqûre pouvait être source d'incompréhension, parfois interprétée comme un signe d'inefficacité de la molécule. L'impact du traitement sur le quotidien et sur la vie sociale était exprimé comme une notion vague. C'est par le regard de la famille, des amis, des soignants ou des collègues, que l'efficacité au long cours pouvait être perceptible.

P4 : *« j'avais des médicaments qui étaient du Loxapac et du Valium ; et ces deux médicaments je sentais l'effet sur moi, ça me ralentissait un petit peu, ça me ralentissait dans mes mouvements ; mais l'injection je sens pas d'effet sur moi, je me rends pas compte. »*

« mes parents me disent qu'ils me voient différent, que je suis différent, que je suis plus détendu, que ça me fait du bien, [...] et il me fait remarquer que quand j'approche de la date, bah je suis moins bien. Mais moi je remarque pas trop ça. »

Ainsi, l'efficacité sur la maladie et la prévention des rechutes au long cours étaient difficile à appréhender, sans ressenti personnel sur lequel s'appuyer. Le regard de l'entourage était un facteur primordial à l'acceptabilité de l'observance au long cours.

4- La forme injectable : une problématique accessoire

Outre la perception de l'injection, les participants témoignaient de leur degré d'acceptation et d'appropriation des traitements psychiatriques, de la maladie mentale, et du diagnostic de schizophrénie. Le thème de la forme injectable s'effaçait régulièrement derrière la perception des traitements psychiatriques dans leur ensemble. Les deux s'avéraient peu dissociables, reléguant la forme retard à une problématique secondaire. Le rapport à la maladie et aux soins s'imbriquait avec le sens donné au traitement. Chez les participants en opposition à leur traitement, la contestation de l'injection s'orientait vers un refus des médicaments, des soins psychiatriques et de l'existence même d'une maladie.

P9 : « moi je pense que j'ai été diagnostiqué un peu vite et que ... [...] Je trouve que le traitement est un peu abusif, je pense pas en avoir besoin. ».

« je pense que ce traitement n'est pas adapté à moi et je pense qu'à la longue il va me détruire l'esprit et le corps. Donc je suis anti piqûre anti traitement quoi. ».

« pour moi j'ai pas besoin de traitement, pour moi le meilleur traitement qui aurait été mis en place pour moi c'est une simple écoute. ».

Ainsi, lors d'entretiens orientés vers les antipsychotiques d'action prolongée, les participants témoignaient de leur vécu de la maladie, de leur expérience des soins et de leur perception des traitements psychiatriques, plutôt que de se focaliser sur la problématique de la forme injectable.

Discussion

Notre étude de type qualitatif a permis d'intégrer les nuances du discours et ainsi d'explorer les perceptions des antipsychotiques d'action prolongée chez des individus atteints de schizophrénie. On retient au sein de 4 thèmes des conclusions cliniquement pertinentes :

- 1- La mise en place de la forme injectable découle d'une décision médicale unilatérale, sans recherche préalable des critères de choix du patient. Elle est source de malentendus et ne favorise pas l'observance au traitement.
- 2- Le discours du prescripteur, basé sur la stabilisation de la maladie et la prévention des rechutes, est en inadéquation avec les besoins exprimés par les patients. Ceux-ci reposent sur les effets perçus des traitements, qui sont propres à chaque individu.
- 3- Les effets attendus sur le long terme sont difficiles à conceptualiser pour les patients. Ils s'appuient sur le regard de l'entourage, qui influence leur acceptation à prendre un traitement psychiatrique au long cours.
- 4- La galénique de la prise reste une question pragmatique secondaire, surpassée par le travail d'acceptation et d'appropriation de la schizophrénie comme maladie psychiatrique chronique.

Les autres études menées sur le sujet retrouvent des résultats similaires. L'étude de Iyer retrouvait une information médicale manquante ou inadaptée quant aux alternatives thérapeutiques.³⁰ Les perceptions des effets du traitement étaient très subjectives, tout comme dans l'étude de Chiu.³¹ Les participants avaient tendance à attendre des effets immédiats de l'injection, se basaient sur leurs ressentis, sur leur propre expérience, et percevaient le retentissement global à travers leur entourage.

Les résultats de notre étude indiquent que la décision médicale non partagée est défavorable à l'adhésion du patient à son traitement. La décision médicale unilatérale est source d'incompréhension voire d'un vécu coercitif de l'évènement. Elle n'inclut pas les attentes individuelles des patients dans le choix thérapeutique. Or, nos résultats confirment que les patients sont davantage tournés vers des ressentis et des effets subjectifs, palpables au quotidien. A l'inverse, le discours généraliste du prescripteur s'intéresse à l'efficacité à long terme et à la prévention des rechutes. Cette discordance entre les effets attendus par les soignants et les effets perçus par les soignés reflète une communication partielle ou unilatérale. Notre étude, ainsi que les autres, convergent vers l'intérêt d'inclure le patient dans une décision médicale partagée, fondée sur une approche individualisée, qui permet d'améliorer l'observance et de tendre vers l'adhésion au traitement d'action prolongée.^{37,38,39}

Dans l'étude quantitative de Patel de 2010,²⁸ les APAP sont significativement perçus comme plus coercitifs que les traitements oraux. La méthode qualitative de notre étude permet de préciser que ce sentiment de coercition concerne davantage les soins que la forme injectable du médicament. On retrouve des résultats similaires dans l'étude qualitative de Das de 2014.⁴⁰

Dans notre étude, la forme injectable du médicament n'est pas source de coercition, la douleur ou la peur des aiguilles est peu évoquée, et la première injection ne laisse que peu de souvenir aux patients. Ces résultats sont en contradiction avec ceux des études quantitatives, qui retrouvent chez les patients une vision coercitive et stigmatisante de l'injection et des préjugés négatifs autour de l'aiguille. Or, ces hypothèses contribuent à supposer que le passage à l'APAP pourrait altérer l'alliance thérapeutique.⁴¹ Ces idées reçues confortent les psychiatres à réserver les antipsychotiques d'action prolongée aux patients les plus sévères et les moins observants. Elles pourraient constituer le principal frein à proposer le traitement injectable comme un choix thérapeutique classique.

Les APAP visent à faciliter l'observance au long cours et donc à améliorer le pronostic de la maladie. Notre étude montre que cet objectif médical n'est pas suffisant pour motiver l'observance des patients. Comme dans de nombreuses études sur le sujet, nos résultats confirment que l'entourage est un facteur majeur d'adhésion à cet objectif, et que la psychoéducation des familles et leur inclusion dans la prise en charge contribuent à une meilleure observance et à une diminution des rechutes.⁴²

Enfin, l'alliance thérapeutique participe à améliorer l'observance au traitement. Les usagers de soins soulignent leur confiance dans les recommandations de leur psychiatre.⁴³ Dans notre étude, ils soulignent l'importance d'une écoute active, attentive à ce qu'ils amènent spontanément dans le discours. En réponse à des questions ouvertes, ils témoignent de leur degré d'acceptation ou d'appropriation du traitement ou du diagnostic, plutôt que de s'interroger sur la galénique du médicament. Ceci permet de mieux comprendre les réflexions en jeu. Ainsi, l'évaluation répétée du rapport à la maladie semble essentielle pour délivrer les informations médicales appropriées. Elle permet d'accompagner au mieux le malade dans ses étapes d'évolution personnelle avec la maladie chronique, afin de maintenir l'alliance thérapeutique et donc de favoriser l'adhésion au traitement. Dans cette optique, aux programmes de psychoéducation de la schizophrénie, pourrait s'ajouter l'intervention d'experts (soignants ou médiateur de santé pair) dans la gestion de la maladie chronique.

Au total, nos résultats semblent confirmer l'importance de présenter les traitements au service de projets de vie individualisés et non uniquement au service d'un projet de soins pensé sans la personne.

Limites

Notre étude utilise une méthode qualitative, la taille réduite de notre échantillon ne diminue pas la validité externe de l'étude. L'échantillonnage a permis d'atteindre une variation maximale satisfaisante. Cependant, cette méthode ne permet pas une généralisation des résultats.

Le recrutement sur un site unique hospitalier constitue une limite de notre étude. Dans notre échantillon, une majorité des patients souffraient d'un trouble schizophrénique sévère, et avaient l'expérience d'un passage au traitement injectable lors d'une hospitalisation sous-contraite. Une étude multicentrique incluant des patients suivis en extrahospitalier pourrait nuancer nos résultats.

Notre étude met en lumière le manque de décision médicale partagée dans les pratiques de prescription des APAP. Bien que le discours recueilli rende compte du vécu des patients, il ne constitue pas une base légitime de connaissances des pratiques. Des études utilisant une méthode d'analyse de type observation participante pourrait préciser les résultats obtenus.

Enfin, la validité interne de notre étude aurait pu être augmentée par une restitution des résultats obtenus auprès des participants, qui permet d'ajuster l'analyse qualitative des données.

Conclusion

L'étude qualitative de la perception des patients permet d'éviter les conceptions tangentielles et les suppositions erronées des prescripteurs. Notre étude retient des outils pour optimiser la prescription et favoriser l'adhérence au traitement. Il s'agit de recueillir les perceptions du patient, de rechercher la décision médicale partagée, d'inclure l'entourage dans la prise en charge, d'accompagner le patient dans la maladie chronique et de présenter les traitements au service de projets de vie individualisés.

Références

1. Lin C-H, Chen F-C, chan H-Y, Hsu C-C. Time to Rehospitalization in Patients With Schizophrenia Receiving Long-Acting Injectable Antipsychotics or Oral Antipsychotics. *Int J Neuropsychopharmacol.* 1 juill 2019;22(9):541-7.
2. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, Docherty JP; Expert Consensus Panel on Adherence Problems in Serious and Persistent Mental Illness. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry.* 2009;70 Suppl 4:1-46; quiz 47-8. PMID: 19686636.
3. Lieberman JA, Rosenheck RA, Davis SM, Hsiao JK. Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia. *The New England Journal of Medicine.* 2005;15.
4. Ascher-Svanum H, Faries, D.E., Zhu, B., Ernst, F.R., Swartz, M.S., Swanson, J.W. Medication adherence and long-term functional outcomes in the treatment of schizophrenia in usual care. *J. Clin. Psychiatry* 2006 ; 67, 453–460.
5. Morken G, Widen JH, Grawe RW. Non-adherence to antipsychotic medication, relapse and rehospitalisation in recent-onset schizophrenia. *BMC Psychiatry.* 30 avr 2008;8:32.

6. Kaplan G, Casoy J, Zummo J. Impact of long-acting injectable antipsychotics on medication adherence and clinical, functional, and economic outcomes of schizophrenia. *Patient Prefer Adherence*. 13 nov 2013;7:1171-80.
7. Brissos S, Veguilla MR, Taylor D, Balanzá-Martinez V. The role of long-acting injectable antipsychotics in schizophrenia: a critical appraisal. *Ther Adv Psychopharmacol*. oct 2014;4(5):198-219.
8. Johnson DAW. Historical perspective on antipsychotic long-acting injections. *Br J Psychiatry*. nov 2009;195(S52):s7-12.
9. Lee and al, Retrospective audit of people treated with long-acting antipsychotic injectable medications: Usage patterns and outcomes, *Schizophrenia Research*, 2018.
10. Jari Tiihonen and al, Real-World Effectiveness of Antipsychotic Treatments in a Nationwide Cohort of 29 823 Patients With Schizophrenia, Jari Tiihonen, 2017, *JAMA Psychiatry*
11. Taylor M, Ng KY. Should long-acting (depot) antipsychotics be used in early schizophrenia? A systematic review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2013 Jul;47(7):624-30. doi: 10.1177/0004867412470010. Epub 2012 Dec 3. PMID: 23209308.
12. Ascher-Svanum, H., Peng, X., Faries, D., Montgomery, W., Haddad, P.M. Treatment patterns and clinical characteristics prior to initiating depot typical antipsychotics for

nonadherent schizophrenia patients. *BMC Psychiatry*. 2009 9, 46. doi:10.1186/1471-244X-9-46

13. Canceil O, Limosin F, Passerieux C. Quels sont les facteurs limitant le recours à un APAP et comment les dépasser ? *L'Encéphale*. janv 2009;35:S101-7.
14. Sultana J, Hurtado I, Bejarano-Quisoboni D, Giorgianni F, Huybrechts KF, Lu Z, Patorno E, Sanfélix-Gimeno G, Tari DU, Trifirò G. Antipsychotic utilization patterns among patients with schizophrenic disorder: a cross-national analysis in four countries. *Eur J Clin Pharmacol*. 2019 Jul;75(7):1005-1015.
15. Patel MX, Taylor M, David AS. Antipsychotic long-acting injections: Mind the gap. *Br J Psychiatry*. nov 2009;195(S52):s1-4.
16. Verdoux H, Pambrun E, Tournier M, Bezin J, Pariente A. Antipsychotic long-acting injections: A community-based study from 2007 to 2014 of prescribing trends and characteristics associated with initiation. *Schizophrenia Research*. déc 2016;178(1-3):58-63.
17. Patel, M.X., Nikolaou, V., David, A.S.. Psychiatrists' attitudes to maintenance medication for patients with schizophrenia. *Psychol. Med*. 2003. 33, 83–89.
18. Heres, S., Hamann, J., Mendel, R., Wickelmaier, F., Pajonk, F.-G., Leucht, S., Kissling, W. Identifying the profile of optimal candidates for antipsychotic depot therapy A cluster analysis. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*. 2008. 32, 1987–1993.

19. Samalin L, Charpeaud T, Heres S, Llorca P-M. 1151 – Clinicians’ attitudes toward the use of long-acting injectable antipsychotics. *European Psychiatry*. janv 2013;28:1.
20. Heres, S., Hamann, J., Kissling, W., Leucht, S. Attitudes of psychiatrists toward antipsychotic depot medication. *J. Clin. Psychiatry*, 2006, 67, 1948–1953.
21. Subotnik KL, Casaus LR, Ventura J, Luo JS, Hellemann GS, Gretchen-Doorly D, et al. Long-Acting Injectable Risperidone for Relapse Prevention and Control of Breakthrough Symptoms After a Recent First Episode of Schizophrenia. *JAMA Psychiatry*. août 2015;72(8):822-9.
22. Kane JM, Correll CU. Optimizing Treatment Choices to Improve Adherence and Outcomes in Schizophrenia. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 17 sept 2019, 80(5).
23. Llorca PM, Abbar M, Courtet P, Guillaume S, Lancrenon S, Samalin L. Guidelines for the use and management of long-acting injectable antipsychotics in serious mental illness. *BMC Psychiatry*. 2013 Dec 20;13:340.
24. James McCreath and al. Long-Acting Injectable Antipsychotics for Schizophrenia: Sociodemographic Characteristics and Treatment Adherence. *The Primary Care Companion for CNS Disorder*. 2005;

25. Llorca P-M, Bobes J, Fleischhacker WW, Heres S, Moore N, Bent-Enkhil N, et al. Baseline results from the European non-interventional Antipsychotic Long Acting Injection in Schizophrenia (ALTO) study. *Eur psychiatr.* août 2018;52:85-94.
26. Heres, S., Schmitz, F.S., Leucht, S., Pajonk, F.-G. The attitude of patients towards antipsychotic depot treatment. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 2007. 22, 275–282.
27. Waddell L, Taylor M. Attitudes of patients and mental health staff to antipsychotic long-acting injections: Systematic review. *Br J Psychiatry.* nov 2009;195(S52):s43-50.
28. Patel M, de Zoysa N, Bernadt M, Bindman J, David A. Are depot antipsychotics more coercive than tablets?: The patient's perspective. *J Psychopharmacol.* 1 oct 2010;24(10):1483-9.
29. Svedberg B1, Backenroth-Ohsako G. On the path to recovery: patients' experiences of treatment with long-acting injections of antipsychotic medication. *Int J Ment Health Nurs.* juin 2003;
30. Iyer S, Banks N, Roy MA, Tibbo P, Williams R, Manchanda R, Chue P, Malla A. A qualitative study of experiences with and perceptions regarding long-acting injectable antipsychotics: Part I-patient perspectives. *Can J Psychiatry.* 2013 May;58(5 Suppl 1):14S-22S.

31. Chiu L-L, Liu C-H, Chu C-L, Lin H-L, Lii S-C. Patients' experiences of long-acting injectable antipsychotics: a qualitative study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 3 juill 2019;15:1797-804.
32. Larkin M, Watts S, Clifton E. Giving voice and making sense in interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Health Res*. 1 janv 2006;3(2):102-20.
33. Brooks J, Wearden A. A critical evaluation of the use of Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) in health psychology. *Psychology & Health - PSYCHOL HEALTH*. 1 févr 2006;21:87-108.
34. Pierce, C.S., 2002. *Pragmatisme et pragmatisme*
35. Pierce CS, 1978. *Ecrits sur le signe*. Traduit par Deledalle G., Editions du Seuil. ed. Paris.
36. Smith JA, Osborn M. Interpretative phenomenological analysis. *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*. 2003;51-80.
37. Hamann J, Leucht S, Kissling W. Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatr Scand*. 2003 Jun;107(6):403-9. doi: 10.1034/j.1600-0447.2003.00130.x. PMID: 12752015.

38. Hamann J, Cohen R, Leucht S, Busch R, Kissling W. Do Patients With Schizophrenia Wish to Be Involved in Decisions About Their Medical Treatment? *AJP*. déc 2005;162(12):2382-4.
39. Potkin S, Bera R, Zubek D, Lau G. Patient and prescriber perspectives on long-acting injectable (LAI) antipsychotics and analysis of in-office discussion regarding LAI treatment for schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 16 oct 2013;13:261.
40. Das AK, Malik A, Haddad PM. A qualitative study of the attitudes of patients in an early intervention service towards antipsychotic long-acting injections. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*. 1 oct 2014;4(5):179-85.
41. Iyer S, Banks N, Roy M-A, Tibbo P, Williams R, Manchanda R, et al. A Qualitative Study of Experiences with and Perceptions regarding Long-Acting Injectable Antipsychotics: Part II—Physician Perspectives. *Can J Psychiatry*. 1 mai 2013;58(5_suppl):23-9.
42. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 15 juin 2011; 2011(6).
43. Gray R, Spilling R, Burgess D, Newey T. Antipsychotic long-acting injections in clinical practice: Medication management and patient choice. *Br J Psychiatry*. nov 2009;195(S52):s51-6.

Annexe

Citations. Exemples par thèmes :

1- Le passage à l'injectable : une décision non partagée.

P4 : « *enfin on m'a pas proposé on m'a imposé un traitement sous forme de piqûre, à effet retard ; on m'a dit : « vous êtes obligé de le prendre sinon vous pouvez pas sortir » ; donc j'ai pas pu refuser »*

P5 : « *Bein c'était une condition sine qua non à ma sortie d'internement donc j'ai plutôt accueilli ça de manière favorable, parce que je savais que ça allait me permettre de reprendre une vie normale, donc... J'ai accepté d'emblée. »*

P7 : « *Il me l'a plus ou moins imposé heh. On peut pas arrêter un traitement comme ça. »*

P8 : « *On me l'a pas proposé on me l'a imposé. »*

P9 : « *Bah on m'a proposé une injection pour sortir de l'hôpital. Et j'ai rien ressenti quoi j'ai (hehe), j'ai juste accepté quoi. C'est soit ça soit je restais à l'hôpital donc... J'ai été contraint d'accepter. »*

P11 : « *Euh... ça a été imposé et puis j'ai eu mon mot à dire des fois pour dire ce que je pensais à propos des solutions, mais bon, au début ça m'a été imposé. »*

2- Les bénéfiques du traitement : une perception personnelle

P1 : « ils me servent à être plus stable, à avoir une vie meilleure, à être mieux dans ma vie, à être plus posé ».

P2 : « c'était beaucoup plus vivable que les traitements par voie orale : c'était beaucoup plus stable, y'avait pas de pic d'effet ».

« des fois ça peut être embêtant, des fois admettons je pars à Lyon, je vais voir mes parents, et en fait je me rends compte que la date sur laquelle je suis à Lyon c'est la date à laquelle je dois faire mon injection, du coup il faut que j'appelle mon médecin, qu'il m'envoie l'ordonnance, que je passe dans une nouvelle pharmacie »

P3: « alors qu'une injection, c'était plus simple : c'est une fois par mois, en injecté et après on n'en parle plus et le produit est assimilé quoi. ».

P5 : « Est-ce que j'en ai vraiment besoin ? Est-ce que je le prends, est-ce que je le prends pas ? Quand c'était sous forme de comprimé. Sous forme d'injection l'avantage c'est que je ne me pose pas la question quoi ».

P7 : « j'ai pas à prendre des médicaments tous les jours, et si jamais j'oublie ou j'en prends une trop forte dose c'est embêtant. Là c'est un fait que c'est calibré c'est dosé, c'est la même dose chaque fois. », « C'est peut-être bien pour intégrer un milieu social, pour travailler peut-être. ».

3- L'efficacité au long cours : un concept de l'entourage plus qu'une perception personnelle

P3 : *« J'habite avec ma mère donc on se voit au quotidien ; ma mère elle dit que c'est beaucoup mieux que quand je prenais des cachets ou ce genre de choses. »*

P6 : *« C'est vrai que quand on me l'injecte moi je vois aucune différence entre le avant et le maintenant, je pense que c'est plus sur le long terme. » « Ils sont contents pour moi, que je puisse enfin vivre normalement, sans redouter de faire une crise. Voilà ils savent que c'est nécessaire. »*

P8 : *« si j'avais traîné avec mes anciens potes, ils me diraient : « mais arrête tout de suite ! arrête tout de suite le traitement ! ça va te rendre complètement bizarre et tout. Donc voilà c'est très mal vu sinon les traitements quoi. »*

P10 : *« en fait il [le médecin] a regardé mon état, [...] il me voyait pas bien lui. En fait il m'a donné des médicaments comme ça pour moi. »*

P12 : *« ma sœur me dit t'es schizophrène donc t'es un fou dangereux tu peux faire un crime à n'importe quel moment. Vous pensez que je pourrais faire un crime ? »*

4- La forme injectable : une problématique accessoire

P5 : *« Alors je suis un traitement de Zypadhera 300 pour la bonne raison que je suis schizophrène psychotique. Voilà. Depuis l'âge de mes vingt ans à peu près. ». « je travaille à mi-temps on va dire dans une boulangerie. Je leur ai dit, en fait. Parce que c'était une grande surface ; et je leur ai clairement dit : que je prenais un traitement, que ... voilà. Parce que je suis reconnu depuis mon dernier internement il y a un an comme travailleur handicapé. »*

P8 : *« Comment dire ? Si je pouvais m'en passer ça serait bien mais j'ai commencé à l'accepter quoi. Je commence à m'y faire. »*

P11 : *« Je pense que j'en ai un peu besoin même si je pense que je pourrais un peu baisser les doses mais je le fais pas, mais bon j'ai eu bon parce que c'est quand même demandé pour m'équilibrer et que ça soigne mes troubles mais, les effets secondaires il faut quand même s'en méfier. Tout médicament c'est toujours comme ça il y a toujours des effets secondaires mais... faut quand même les prendre. Mais moi ce que j'aimerais c'est trouver la cause profonde de mes troubles. » « Je dirai que c'est une maladie comme une autre tout ce qui est mental, et comme pour le diabète où c'est une maladie physique, il faut un traitement. »*

P12 : *« Les deux font la paire, puisque je prends les cachets alors que j'ai l'injection. »*
« De mon traitement ? J'aimerais qu'il s'arrête. Après je ferai un pèlerinage à Lourdes, pour me guérir de façon miraculeuse. » . « Sinon au point de vue malade, de maladie mentale, moi j'ai pas de maladie mentale.

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Résumé

Contexte : Les antipsychotiques d'action prolongée (APAP) améliorent l'observance médicamenteuse et limitent les rechutes des patients atteints de schizophrénie. Malgré les recommandations récentes en faveur de l'introduction des APAP dès le(s) premier(s) épisode(s) psychotique(s), ils demeurent sous utilisés.

Objectif : Le but de notre étude est d'approfondir les connaissances sur le vécu des patients pour favoriser la collaboration thérapeutique et améliorer l'observance. Pour cela, nous explorons l'expérience et la perception des patients recevant un APAP par une approche qualitative.

Méthode : Le recrutement de patients avec un diagnostic de schizophrénie et recevant un traitement par APAP a été réalisé au sein du CHU de Montpellier. Les entretiens ont été réalisés avec un guide semi structuré à questions ouvertes. Les récits ont été audio enregistrés puis retranscrit intégralement en verbatim. Les données ont été analysées selon une approche phénoménologique. L'analyse a été réalisée par deux investigateurs, pour prendre en compte la subjectivité.

Résultats : Au total, 13 participants ont été inclus dans l'étude. L'analyse a permis de faire émerger quatre thèmes principaux. 1- L'introduction de l'APAP est une décision non partagée, propice à une mauvaise observance. 2- Les bénéfices perçus du traitement sont subjectifs, ils sont en inadéquation avec le discours du prescripteur. 3- L'acceptation de l'observance au long cours est influencée par l'entourage. 4- La problématique de la gestion de la maladie chronique est prioritaire à celle de la galénique du médicament.

Conclusion : L'étude qualitative de la perception des patients permet d'éviter des suppositions erronées sur leurs opinions. Notre étude retient des outils pour favoriser l'adhésion au traitement. Il s'agit de recueillir les perceptions du patient, de rechercher la décision médicale partagée, d'inclure l'entourage dans la prise en charge, d'accompagner dans la maladie chronique et de présenter les traitements au service de projets de vie individualisés.

Mots-clés : *schizophrénie, antipsychotique, APAP, étude qualitative.*