

ABBREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

APA	:	Accès psychotique aigu
ATD	:	Antidépresseurs
AXL	:	Anxiolytiques
CHU	:	Centre hospitalier universitaire
DSM-IV R	:	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Quatrième version révisée
EDM	:	Episode dépressif majeur
GABA	:	Acide gamma-aminobutyrique
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
PANSS	:	Positive and Negative Symptoms Scale
NL	:	Neuroleptiques
NLC	:	Neuroleptiques classiques
NLA	:	Neuroleptiques atypiques
NMDA	:	Acide N-méthyl-D-aspartique
TCC	:	Thérapies cognitives et comportementales
TR	:	Thymorégulateurs

PLAN

<i>INTRODUCTION</i>	- 1 -
<i>PATIENTS ET METHODES</i>	- 4 -
I. Patients de l'étude	- 5 -
1. Type de l'étude.....	- 5 -
2. Population cible de l'étude.....	- 5 -
3. Fiche d'exploitation	- 5 -
4. Collecte des données	- 6 -
5. Considérations éthiques	- 7 -
II. Méthodes statistiques	- 7 -
<i>RESULTATS ET ANALYSE</i>	- 8 -
I. Analyse descriptive	- 9 -
1. Données sociodémographiques	- 9 -
2. Antécédents psychiatriques, toxiques, et judiciaires	- 13 -
3. Caractéristiques cliniques de la schizophrénie dans la population étudiée	- 17 -
4. Symptomatologie clinique des patients	- 20 -
5. Prise en charge thérapeutique.....	- 23 -
6. Evaluation de l'insight à l'entrée et à la sortie du malade.....	- 25 -
II. Analyse bivariée.....	- 31 -
1. Relation entre l'insight et le profil sociodémographique	- 31 -
2. Relation entre l'insight et les antécédents personnels judiciaires	- 33 -
3. Relation entre l'insight et les habitudes toxiques des patients	- 34 -
4. Relation entre l'insight et les caractéristiques cliniques de la maladie	- 35 -
5. Relation entre l'insight et la prise en charge thérapeutique.....	- 40 -
<i>DISCUSSION</i>	- 45 -
I. Généralités sur la schizophrénie	- 46 -
II. Généralités sur l'insight	- 61 -
III. Discussion des résultats	- 75 -

<i>CONCLUSION</i>	- 85 -
<i>RESUMES</i>	- 87 -
<i>ANNEXES</i>	- 92 -
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	- 108 -

INTRODUCTION

Les schizophrénies sont un groupe de psychoses chroniques, hétérogènes, atteignant l'adulte jeune, avant 45 ans. L'âge de début est plus souvent la fin de l'adolescence avec une incidence maximale entre 15 et 25 ans.

Les schizophrénies se caractérisent cliniquement par la présence d'un syndrome dissociatif, d'un syndrome délirant et d'un syndrome autistique.

Leur prévalence est estimée à 1% de la population générale [1]. Ce sont des affections chroniques avec potentialité évolutive, généralement sévères. Elles entraînent des troubles de l'adaptation, une désinsertion socioprofessionnelle majeure et une souffrance personnelle. C'est pourquoi elles représentent un enjeu majeur de santé publique. Actuellement la cause exacte des schizophrénies n'est pas définie, mais l'interaction de plusieurs facteurs étiologiques est évoquée notamment génétiques, neurobiologiques, psychologiques et environnementaux.

Au Maroc, selon une enquête nationale menée en 2003 par le ministère de la santé, la prévalence des troubles psychotiques sur la vie entière, qui est quasi identique chez les deux sexes, était de 5,6% [2].

La prise en charge thérapeutique de ce groupe de pathologie est médicale, psychologique et sociale.

Le pronostic des schizophrénies est conditionné par la précocité du diagnostic et donc de la prise en charge thérapeutique. Ceci montre l'importance de la sensibilisation et de l'éducation des patients à leurs troubles, ainsi que de leur famille.

La schizophrénie est l'entité psychiatrique dans laquelle la conscience des troubles (insight) est le plus fréquemment altérée. Entre 50 et 80% de la population des sujets affectés de schizophrénie présentent un déficit dans la conscience de leur maladie [3]. De ce fait la mesure et l'évaluation de la conscience des troubles dans la schizophrénie connaissent un essor et un regain d'intérêt depuis une vingtaine d'années.

L'insight est un terme anglais qui signifie "discernement", "don d'observation" ou "pénétration". Dans un sens plus étendu, il dénote la connaissance que l'on a de la nature intime d'une chose, sa compréhension exacte [4]. Les auteurs anglo-saxons tiennent

généralement pour synonymes insight et « awareness of disease » (conscience de la maladie). Ce terme n'existe pas dans la langue française mais il est traduit de manière approximative tantôt par « conscience du trouble », tantôt par « introspection », « déni », « anosognosie ». Ces traductions de l'insight et leurs significations varient selon le contexte et les disciplines. Par exemple, l'anosognosie, introduite par Babinski, renvoie à l'absence de connaissance de son hémicorps controlatéral à la lésion cérébrale alors que le déni et/ou l'introspection renvoie à des processus inconscients avec une connotation psychodynamique [5].

Pour de nombreux auteurs, l'insight est un concept multidimensionnel, continu, dynamique et non dichotomique.

L'insight dans la schizophrénie, est une dimension corrélée avec l'alliance thérapeutique, avec l'observance médicamenteuse, l'évolution et le pronostic de la maladie, la qualité de vie du patient et avec le risque suicidaire. Ainsi, il est devenu une cible majeure de plusieurs psychothérapies (psycho éducatives et de remédiation cognitive).

Différentes échelles sont utilisées dans les recherches empiriques actuelles pour évaluer les aspects du concept d'insight. On distingue des échelles d'auto-évaluation et des échelles d'hétéro-évaluation.

Toutes ces problématiques que pose la conscience de la maladie dans la schizophrénie font l'intérêt de notre étude dont les objectifs sont les suivants :

- Evaluer l'insight des patients schizophrènes au début et à la fin de l'hospitalisation.
- Identifier les caractéristiques sociodémographiques et cliniques associées à cet insight.
- Etudier la relation entre l'insight, l'observance thérapeutique et la durée d'hospitalisation.

PATIENTS ET METHODES

I. Patients de l'étude

1. Type de l'étude

Nous avons mené une étude prospective à visée descriptive et analytique sur une série de malades schizophrènes, hospitalisés au service de psychiatrie du CHU Med VI de Marrakech entre le 1^{er} Août 2012 et le 28 Février 2013.

2. Population cible de l'étude

Les patients ayant fait partie de notre étude ont été hospitalisés pour schizophrénie diagnostiquée selon les critères du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux dans sa quatrième version révisée (voir annexe II).

Les critères d'inclusion étaient :

- ❖ Patients schizophrènes diagnostiqués selon les critères du DSM-IV R.
- ❖ Patients schizophrènes hospitalisés et coopérants.

Les critères d'exclusion étaient:

- ❖ Patients schizophrènes agités.
- ❖ Comorbidité avec un retard mental.
- ❖ Patients schizophrènes confus.
- ❖ Patients schizophrènes très dissociés (entretien difficile).

3. Fiche d'exploitation (voir annexe I)

C'est un hétéro-questionnaire qui a été élaboré pour recueillir l'ensemble des données caractéristiques des patients. Elle comportait les éléments suivants:

- a- Les Caractéristiques sociodémographiques du patient.
- b- Les antécédents personnels et familiaux du patient : en mettant l'accent sur les antécédents psychiatriques, judiciaires, et les habitudes toxiques du patient.

c- Les caractéristiques de la maladie en précisant :

- Le type de schizophrénie selon les critères diagnostiques du DSM-IV R;
- L'âge de début et la durée d'évolution de la maladie;
- Le nombre de poussées processuelles;
- Le nombre d'hospitalisations antérieures;
- Le fonctionnement socioprofessionnel du patient;
- Le mode d'hospitalisation;
- Les symptômes et leurs caractéristiques par l'évaluation de la Positive And Negative Symptoms Scale (PANSS) à l'entrée et à la sortie du malade. La PANSS est une échelle divisée en trois parties : échelle positive, échelle négative, et échelle de psychopathologie générale. Elle comporte 30 items et chaque item peut être coté de zéro à sept. Le score total du patient peut varier de 30 à 210.

d- Prise en charge thérapeutique et pronostic.

e- Evaluation de l'insight à l'entrée et à la sortie du malade à l'aide de l'échelle d'insight de Birchwood (Birchwood Insight Scale). C'est une échelle d'autoévaluation de l'insight comportant 8 items répartis en trois sous-échelles:

- ❖ Sous-échelle 1 : la conscience des symptômes (items 1,8).
- ❖ Sous-échelle 2 : la conscience de la maladie (items 2,7).
- ❖ Sous-échelle 3 : la conscience du besoin de traitement (items 3, 4, 5,6).

Chaque item peut être coté de 0 à 2, chaque sous-échelle de 0 à 4, et le score total du malade peut varier de 0 à 12. Lorsque le score est inférieur à 9: l'insight est mauvais et lorsqu'il est supérieur ou égale à 9 l'insight est bon.

4. Collecte des données

La collecte des données s'est faite par un entretien direct avec les patients au début puis à la fin de leurs hospitalisations au service de psychiatrie de l'hôpital Ibn Nafis du CHU Med VI et aussi à partir des données figurant dans leurs dossiers médicaux.

5. Considérations éthiques

Les patients n'ont été recrutés pour l'étude qu'après l'obtention de leur consentement éclairé. Le recueil des données s'est fait dans le respect de l'anonymat et de la confidentialité des informations.

II. Méthodes statistiques

La saisie informatique et le traitement des données se sont basés sur deux méthodes:

a- Une analyse descriptive à deux variables : qualitative et quantitative.

- ❖ Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé des effectifs et des pourcentages.
- ❖ Pour les variables quantitatives, nous avons mesuré les moyennes et les écarts types.

b- Une analyse bivariée qui a fait appel à des tests statistiques notamment :

- ❖ Le test de Student pour la comparaison de deux moyennes.
- ❖ Le test de Khi2 pour la comparaison de pourcentages. Quand les conditions d'application du test de Khi2 n'étaient pas réunies, nous avons utilisé le Test Exact de Fischer.

Le logiciel utilisé pour l'analyse des données était SPSS version 16. Le seuil de signification statistique a été fixé à 5%.

RESULTATS ET ANALYSE

I.

Nous avons colligé 100 patients schizophrènes entre le 1er Août 2012 et le 28 Février 2013. Leurs caractéristiques étaient les suivantes :

1. Données sociodémographiques

1.1. L'âge

La moyenne d'âge des patients (N=100) était de 32,08 ans \pm 8,473 avec des extrêmes allant de 18 ans à 57 ans.

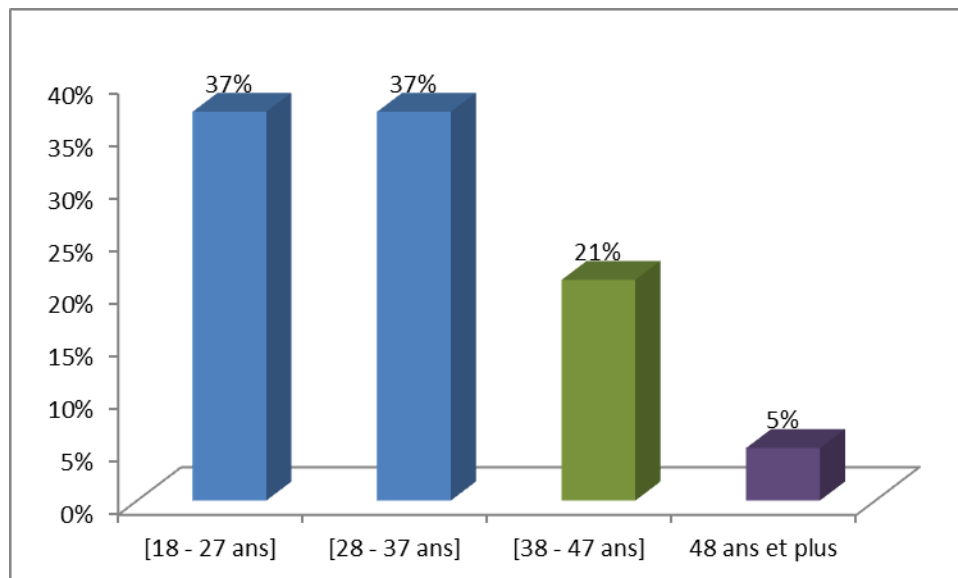


Figure 1: Répartition de la population étudiée selon l'âge

1.2. Le sexe

La répartition selon le sexe des patients de notre étude a montré une prédominance masculine de 83% (n=83) et 17% de femmes avec un sex-ratio de 4,88.

Analyse

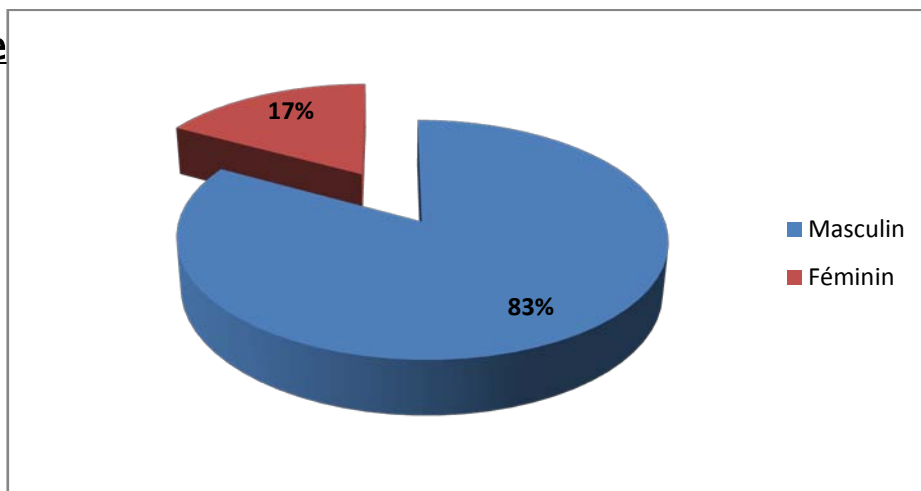


Figure 2: Répartition de la population selon le sexe

1.3. Le statut matrimonial

Dans notre échantillon, 83 patients étaient célibataires soit un taux de 83%.

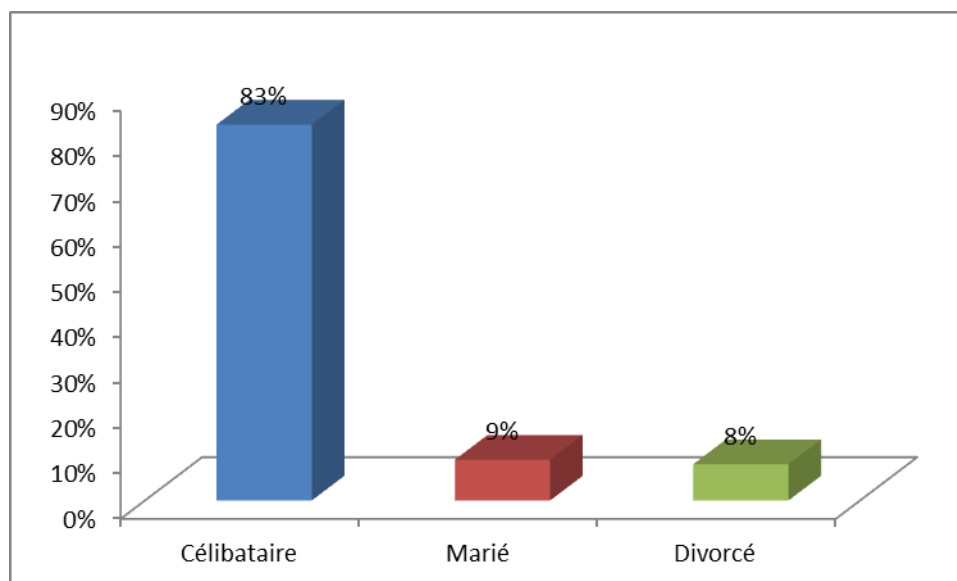


Figure 3: Répartition de la population selon le statut matrimonial

1.4. Le niveau d'instruction

Environ deux tiers de nos patients n'avaient jamais été scolarisés ou n'avaient pas dépassé le niveau primaire.

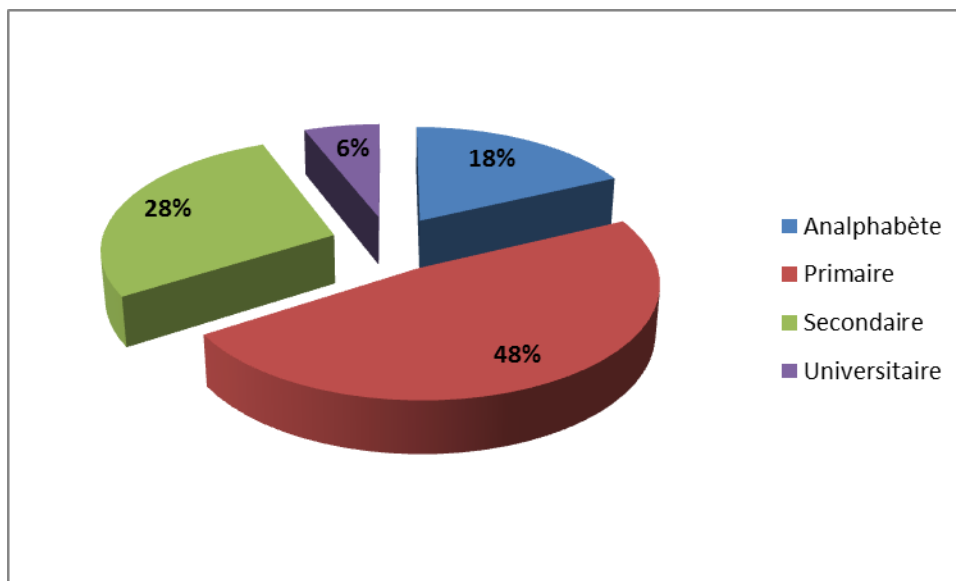


Figure 4: Répartition des patients selon le niveau d'instruction

1.5. La profession

La majorité des patients de notre étude (73%) n'avaient pas d'emploi et 16% étaient des ouvriers.

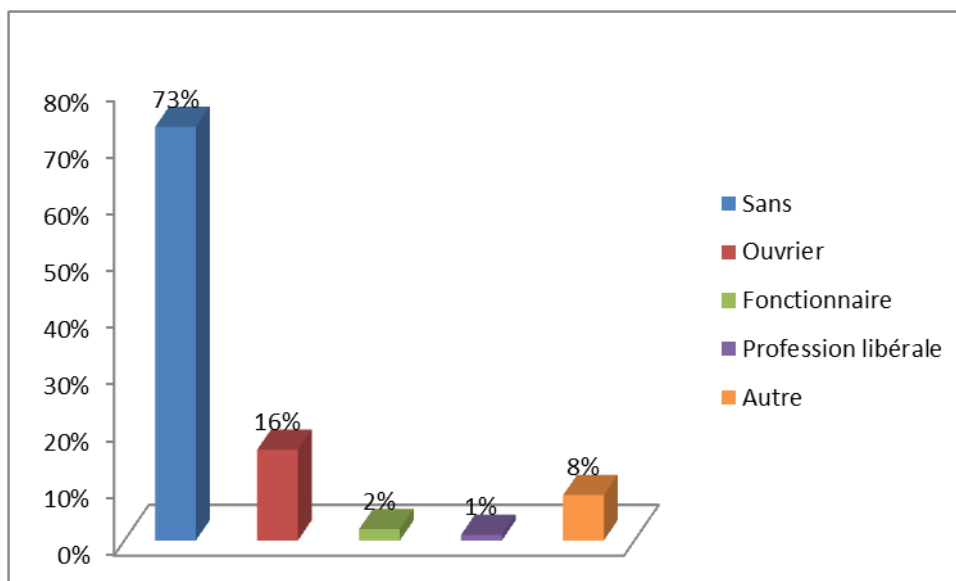


Figure 5: Répartition de la population étudiée selon la profession

1.6. Le niveau socio-économique

Le niveau socio-économique était faible chez 92% des sujets de notre population avec un revenu mensuel ne dépassant pas 1500 Dirhams.

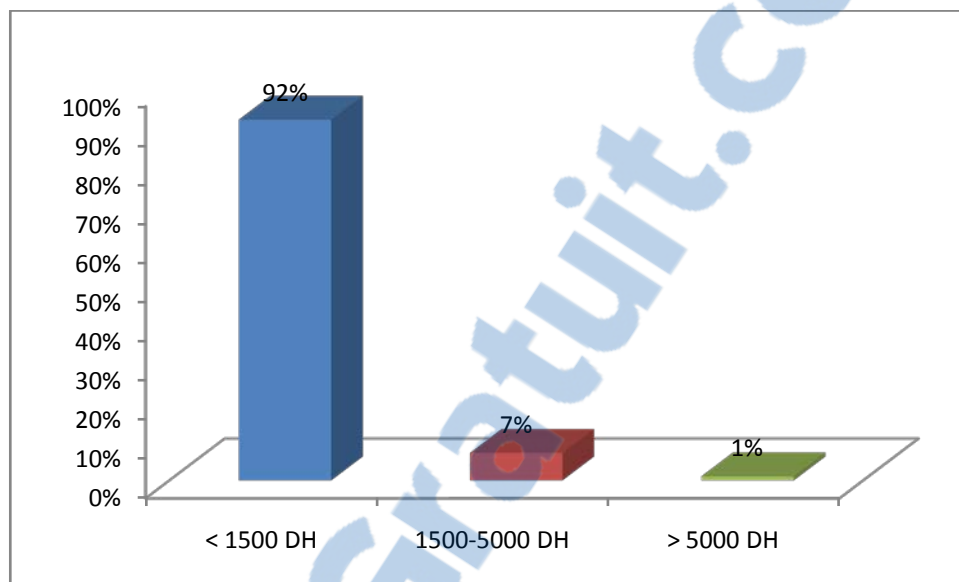


Figure 6: Distribution des patients selon le niveau socio-économique

Tableau I: Les caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage (%)
Age :		
-18 à 27 ans	37	37
-28 à 37 ans	37	37
-38 à 47 ans	21	21
-48 ans et plus	5	5
Sexe :		
-Masculin	83	83
-Féminin	17	17
Statut matrimonial :		
-Célibataire	83	83
-Marié	9	9
-Divorcé	8	8
Niveau d'instruction :		
-Analphabète	18	18
-Primaire	48	48
-Secondaire	28	28
-Universitaire	6	6
Profession :		
-Sans	73	73
-Ouvrier	16	16
-Fonctionnaire	2	2
-Profession libérale	1	1
-Autres	8	8
Niveau socio-économique :		
-Faible (<1500DH)	92	92
-Moyen (1500-5000DH)	7	7
-Elevé (>5000DH)	1	1

2. Antécédents psychiatriques, toxiques, et judiciaires

2.1. Antécédents personnels

a. Antécédents psychiatriques

Dans notre population, les antécédents psychiatriques ont été retrouvés chez 5% des patients à type de : tentative de suicide (3cas), trouble de panique (1cas), dépression + tentative de suicide (1cas).

Trois pourcent des patients avaient des antécédents médicaux à type de : diabète (2cas) et de rhumatisme articulaire aigu (1cas).

Cinq pourcent des patients avaient des antécédents chirurgicaux à type d'opération pour: traumatisme crânien (1cas), plaie abdominale (1cas), appendicectomie (1cas), hernie inguinale (1cas), césarienne (1cas).

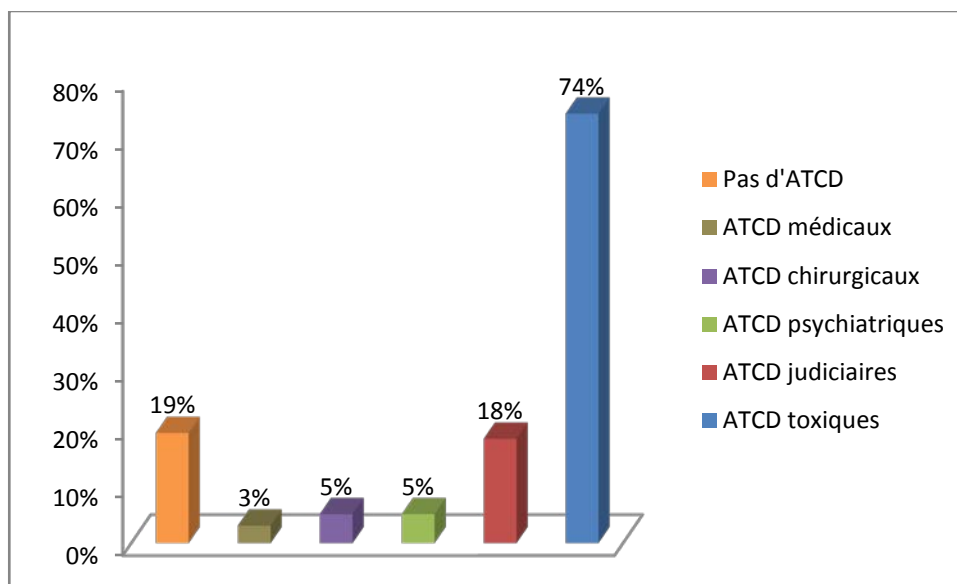


Figure 7: Répartition des patients selon le type d'antécédents personnels

b. Antécédents toxiques

Soixante-quatorze de nos patients consommaient des toxiques (soit un taux de 74%). Le tabac et le cannabis étaient les substances les plus consommées avec des taux s'élevant respectivement à 98,6% (73 cas) et 70,3% (52 cas). L'abus de plus d'une substance a été retrouvé chez 73% de ces patients (54cas).

Presque 84% (n=62) des patients consommant des toxiques avaient une addiction au tabac et 35 % (n=26) une addiction au cannabis.

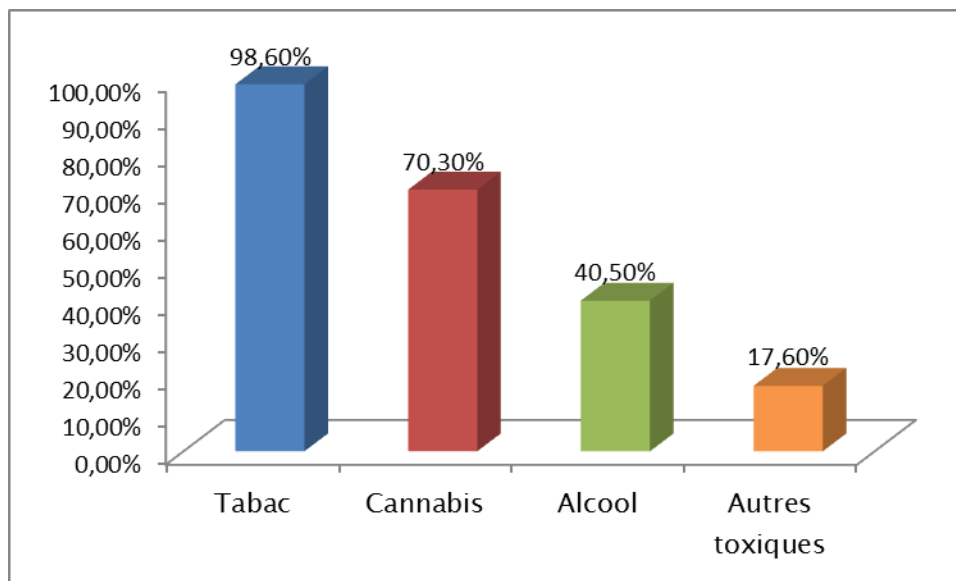


Figure 8: Répartition des patients selon la nature des substances toxiques consommées

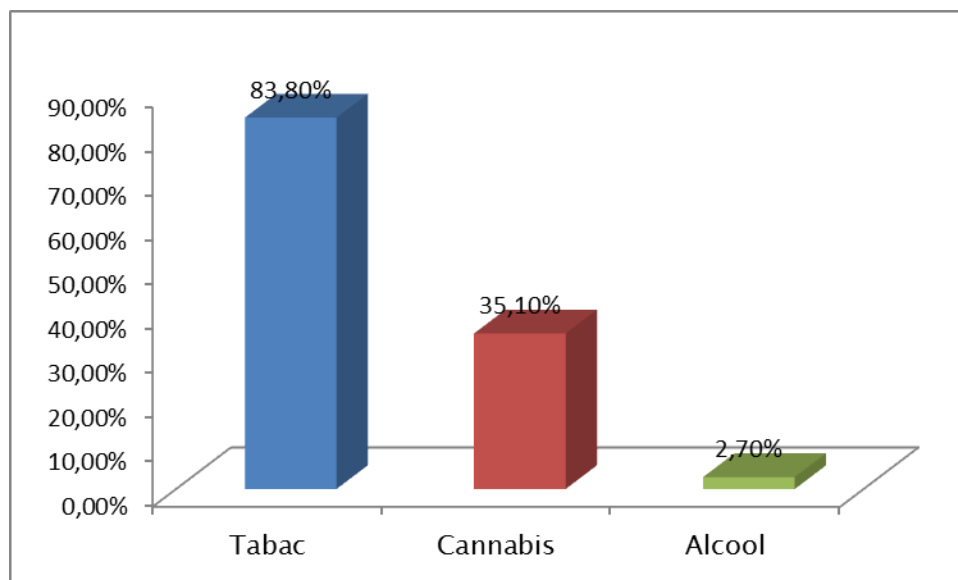


Figure 9: Distribution des patients selon le type d'addiction

c. Antécédents judiciaires

Ils ont été notés chez 18 patients de notre population. Il s'agissait d'emprisonnement pour différents motifs: abus de substances toxiques/ivresse (27,8%), agressions (22,2%), coups et blessures (16,7%).

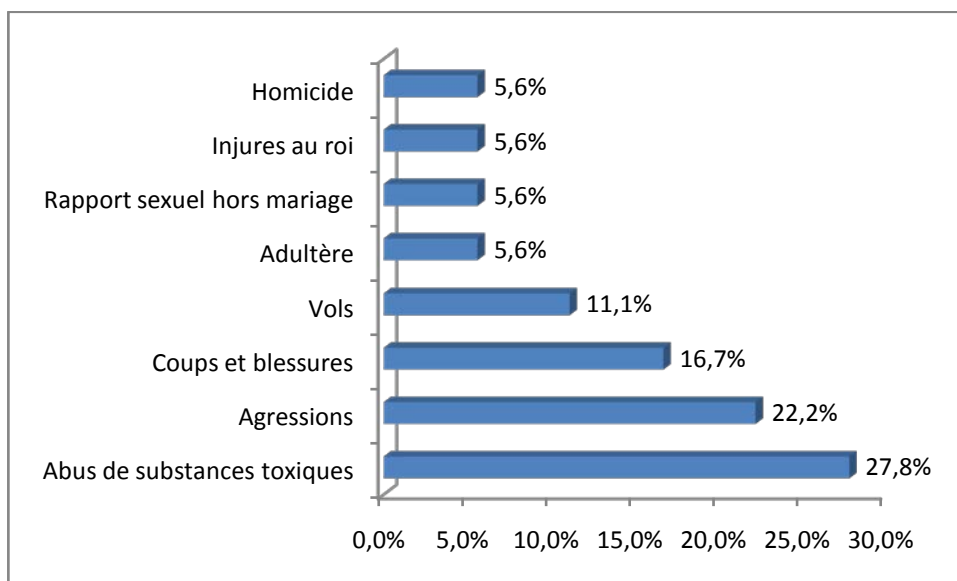


Figure 10: Répartition des patients selon le type d'antécédents judiciaires

2.2. Antécédents familiaux

Des antécédents psychiatriques familiaux avaient été retrouvés chez 32 patients, notamment 19 cas de schizophrénie, et 13 cas dont la nature de l'antécédent psychiatrique familial n'était pas précisée.

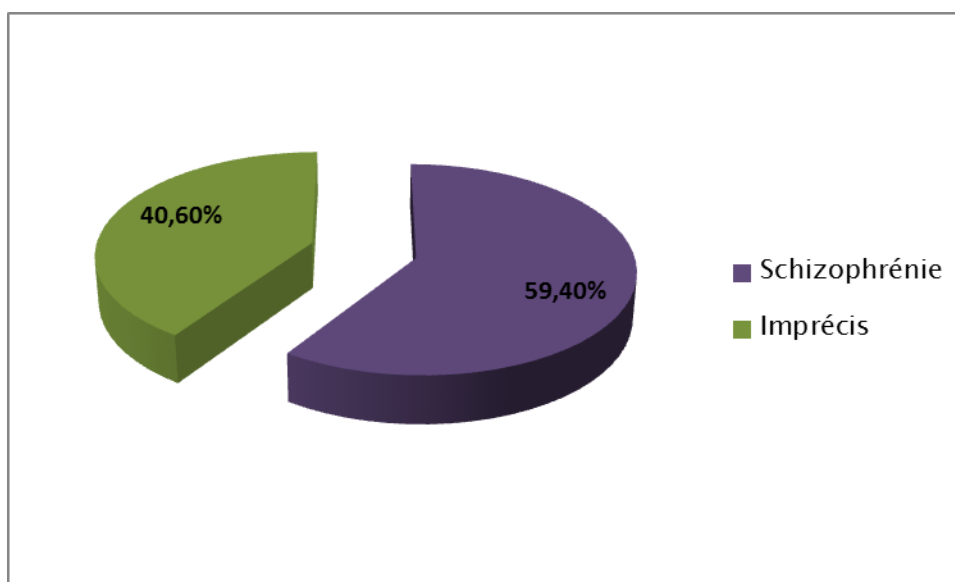


Figure 11: Distribution de la population selon la nature des antécédents psychiatriques familiaux

Tableau II: Prévalence des antécédents personnels et familiaux dans la population étudiée

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage (%)
Antécédents personnels :		
– Pas d'antécédents	19	19
– Médicaux	3	3
– Chirurgicaux	5	5
– Psychiatriques	5	5
– Judiciaires	18	18
– Toxiques	74	74
Antécédents personnels psychiatriques :		
– Tentative de suicide	4	80
– Dépression	1	20
– Trouble de panique	1	20
Antécédents personnels de prise de toxiques :		
– Tabac	73	98,6
– Cannabis	52	70,3
– Alcool	30	40,5
– Autres	13	17,6
Addiction aux substances toxiques :		
– Tabac	62	83,8
– Cannabis	26	35,1
– Alcool	2	2,7
Antécédents psychiatriques familiaux :		
– Schizophrénie	19	59,4
– Non précisé	13	40,6

3. Caractéristiques cliniques de la schizophrénie dans la population étudiée

3.1. Types de schizophrénie

La schizophrénie paranoïde représentait la forme clinique la plus fréquemment rencontrée (69% de la population), suivie par la forme schizo-affective (20 cas).

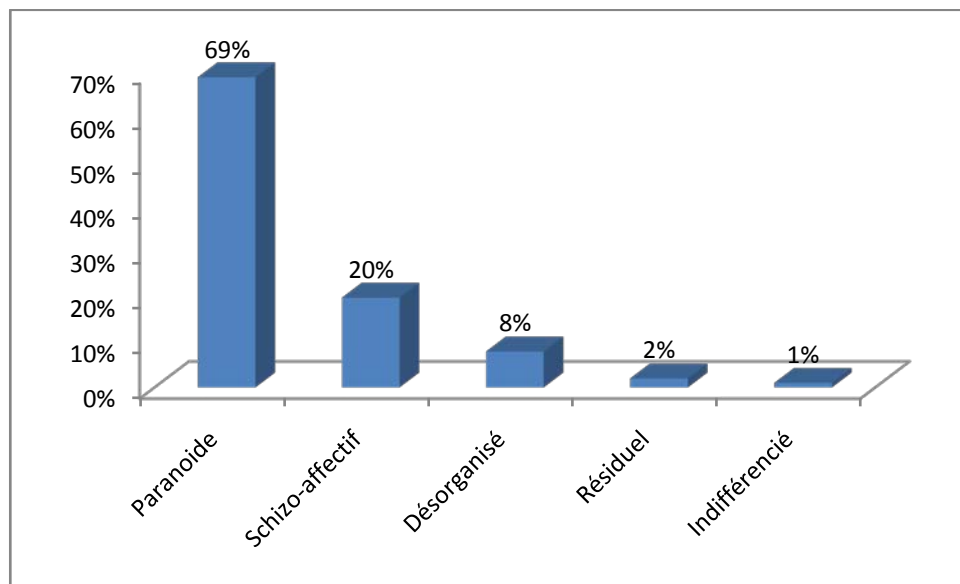


Figure 12: Répartition des patients en fonction du type de schizophrénie selon le DSM-IV R

3.2. Age de début

L'âge moyen de début de la maladie dans notre étude était de $22,89 \pm 5,599$ ans avec des extrêmes allant de 13 à 43ans.

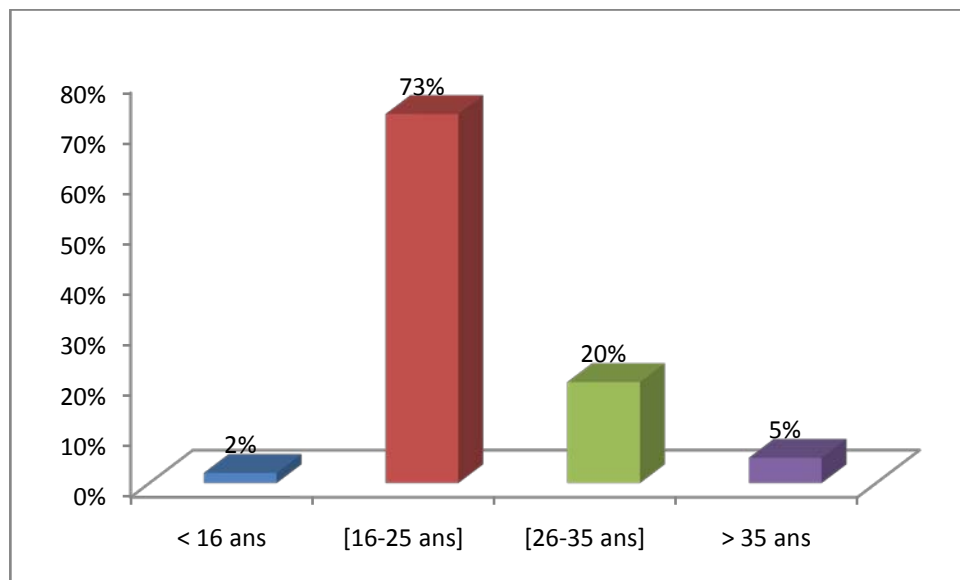


Figure 13: Distribution des patients selon l'âge de début du trouble

3.3. Durée d'évolution

La durée d'évolution moyenne de la maladie chez les patients de notre série était de $110,28 \pm 85,241$ mois (soit 9 ± 7 ans), avec des extrêmes allant d'un an à 29 ans.

Tableau III: Durée d'évolution de la maladie

	Moyenne (en mois)	Ecart-type	Médiane (en mois)	Minimum (en mois)	Maximum (en mois)
Durée d'évolution	110,28	85,241	84	12	348

3.4. Nombre de poussées processuelles

Dans notre étude le nombre d'épisodes de la maladie présentés par les patients variait de 1 à 31 avec une moyenne de $6,25$ épisodes $\pm 6,029$.

3.5. Nombre d'hospitalisations antérieures

Au moins une hospitalisation antérieure a été retrouvée chez 78% de nos patients et leur moyenne était de $5,77 \pm 6,058$ avec des extrêmes allant de 1 à 30 hospitalisations antérieures.

3.6. Mode d'hospitalisation actuelle

La majorité de nos patients étaient hospitalisés contre leur volonté (95%).

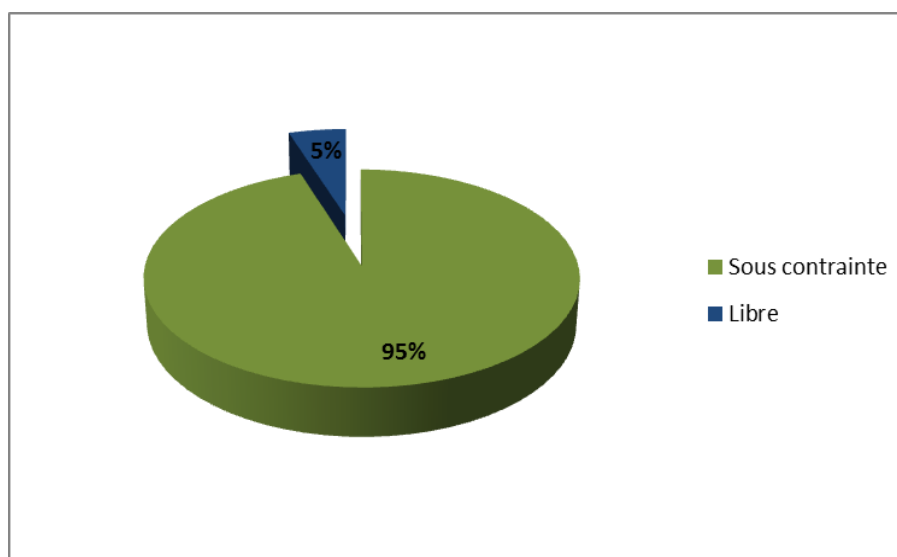


Figure 14: Répartition des patients selon le mode d'hospitalisation actuelle

3.7. Fonctionnement socioprofessionnel

Les éléments sur lesquels le soignant s'est basé pour évaluer le fonctionnement social et professionnel étaient: les relations sociales du patients (avec la famille, les amis...), le travail (avoir un emploi, la stabilité professionnelle) et la situation familiale (mariage, enfants, stabilité conjugale).

Ainsi le fonctionnement social a été jugé moyen pour 54% des patients de notre population.

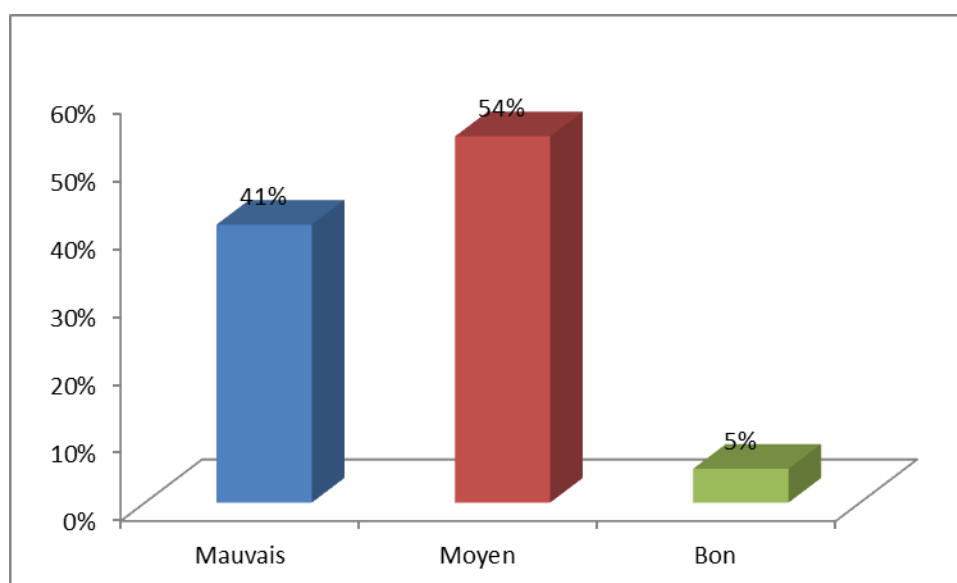


Figure 15: Distribution des patients selon leur type de fonctionnement social

4. Symptomatologie clinique des patients

4.1. Thématique délirante

Dans notre étude 82% des patients ont présenté un délire à leur admission ou au cours de leur hospitalisation. Les thèmes étaient variés avec une nette prédominance d'idées délirantes de persécution retrouvées dans 79% des cas (n= 65). Soixante-dix pourcent (n=57) de ces patients avaient un délire polythématique (≥ 2 thèmes). Le mécanisme hallucinatoire a été noté chez les deux tiers (n= 53) de ces patients.

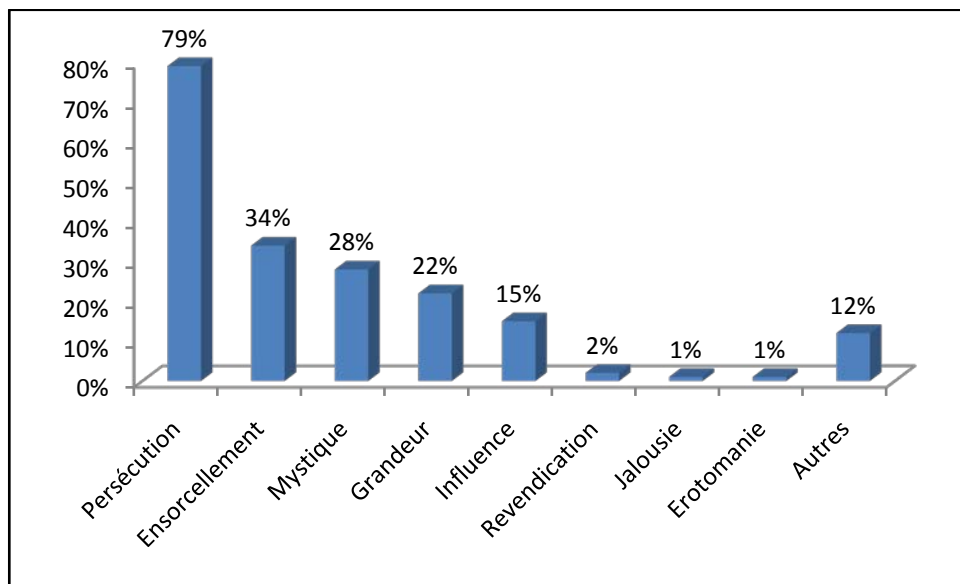


Figure 16: Répartition des patients selon leurs thématiques délirantes

4.2. Hallucinations

Parmi les patients inclus dans notre étude, 58% ont présenté des hallucinations. Ces dernières étaient essentiellement auditives 86% des cas (n=50) et visuelles 64% des cas (n= 37).

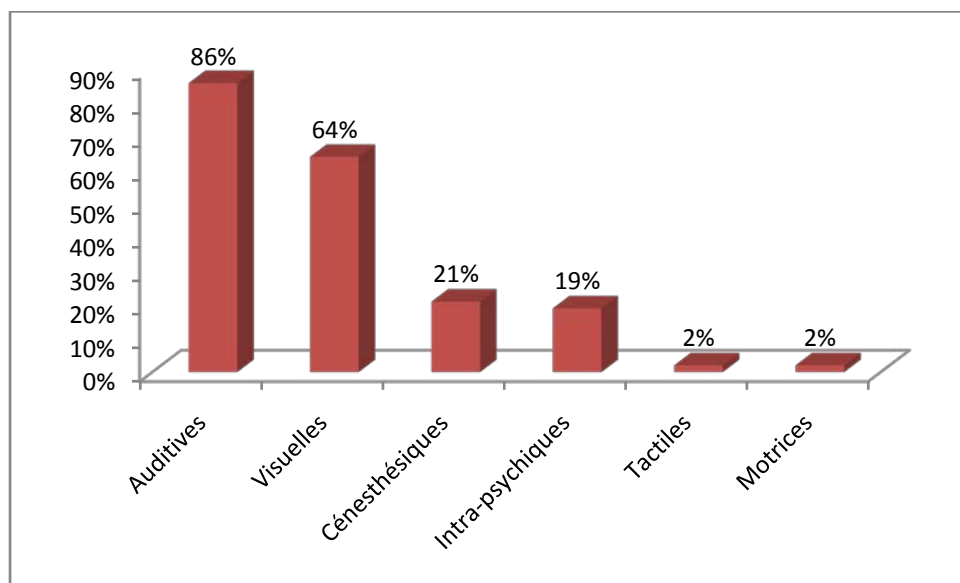


Figure 17: Distribution des patients selon le type de leurs hallucinations

4.3. Agressivité

Les deux tiers des patients (67%) de notre population étaient agressifs physiquement et/ou verbalement à leur admission.

4.4. Dépression

Seuls trois patients (3%) de notre population avaient une dépression associée à leur poussée processuelle actuelle, notamment un cas d'épisode dépressif majeur (EDM) avec score d'Hamilton Dépression à 13 (symptômes dépressifs légers), deux cas d'EDM avec caractéristiques mélancoliques, et score d'Hamilton Dépression à 25 (symptômes dépressifs sévères).

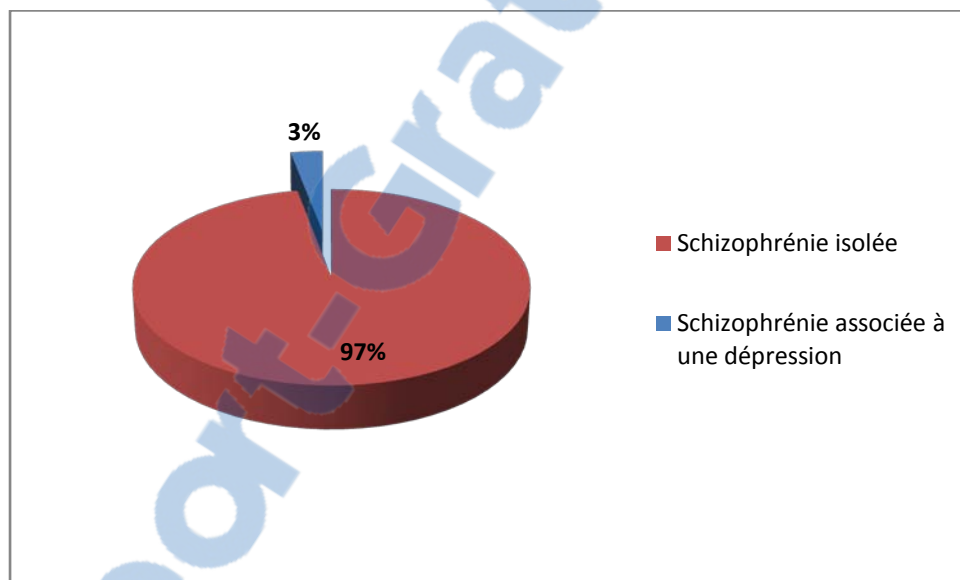


Figure 18: Répartition des patients selon l'association à une dépression

4.5. Risque suicidaire

Seuls quatre patients (4%) de notre échantillon ont présenté un risque suicidaire au cours de l'épisode actuel et chez tous ces patients le niveau de risque suicidaire était élevé.

4.6. Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS) à l'entrée et à la sortie du malade

Au début de l'hospitalisation, la moyenne du score total de la PANSS des patients de notre population était de $80,86 \pm 24,275$ avec des extrêmes allant de 32 à 126. A la fin de l'hospitalisation, cette moyenne est passée à $43,86 \pm 15,959$.

Le tableau IV ci-dessous résume les résultats de l'évaluation de l'échelle des symptômes positifs et négatifs durant l'hospitalisation des patients.

Tableau IV: Evaluation de la PANSS à l'entrée et à la sortie des patients

PANSS à l'entrée :	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
Echelle positive	22,34	8,186	7	39
Echelle négative	21,23	10,033	7	44
Echelle psychopathologique	37,32	11,931	16	62
Score total	80,86	24,275	32	126
PANSS à la sortie				
Echelle positive	9,43	3,608	7	27
Echelle négative	11,80	6,889	7	44
Echelle psychopathologique	22,63	7,170	16	54
Score total	43,86	15,959	30	115

5. Prise en charge thérapeutique

5.1. Traitement

Tous les patients de notre étude ont été mis sous neuroleptiques: classiques (NLC) et/ou atypiques (NLA) durant leur hospitalisation. L'usage des NLC a été noté dans 80% des cas et celle des NLA dans 24% des cas. Les neuroleptiques ont été utilisés seuls dans 40% des cas (37% pour les NLC, 3% pour les NLA), en association avec les anxiolytiques (AXL) dans 46% des cas, en association avec les thymorégulateurs (TR) dans 18% des cas, en association avec l'ergothérapie dans 5% des cas, en association avec les antidépresseurs (ATD) dans 2% des cas et en association avec la sismothérapie dans 1% des cas.

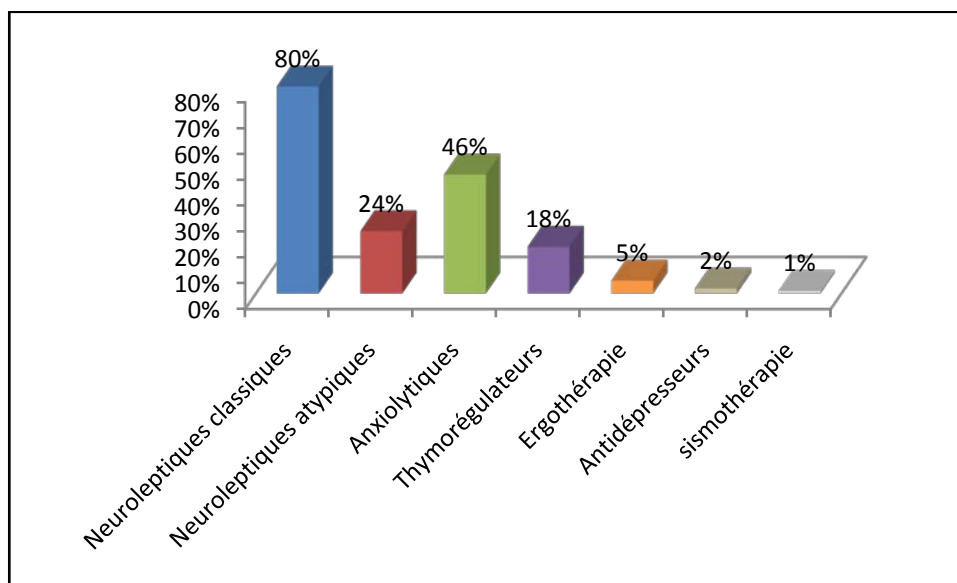


Figure 19: Répartition des patients selon le type de traitement reçu durant l'hospitalisation

5.2. Observance thérapeutique avant l'hospitalisation

Seuls 28 patients (28%) de notre échantillon avaient une observance régulière de leur traitement avant leur hospitalisation.

5.3. Durée d'hospitalisation

Nous avons noté une durée moyenne d'hospitalisation de $29,41 \pm 28,046$ jours (environ un mois) avec des extrêmes allant d'une semaine à six mois et demi.

Tableau III: Durée d'hospitalisation des patients

	Moyenne (en jours)	Médiane (en jours)	Ecart-type (en jours)	Minimum (en jours)	Maximum (en jours)
Durée d'hospitalisation	29,41	22	28,046	7	196

5.4. Pronostic

Le pronostic a été jugé moyen par le praticien chez 68 patients de notre échantillon.

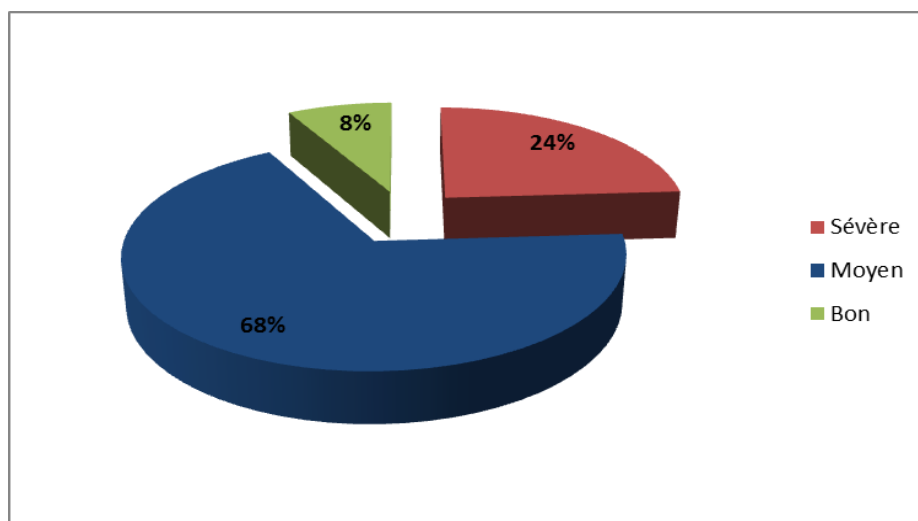


Figure 20: Répartition des patients selon le pronostic évalué par le médecin

6. Evaluation de l'insight à l'entrée et à la sortie du malade

6.1. Score général

L'insight a été évalué grâce à la Birchwood Insight Scale (voir annexe I). Nous avons trouvé que 92 patients de notre échantillon avaient un score général inférieur à 9 en début d'hospitalisation (la moyenne était de $2,60 \pm 3,457$), soit un taux de mauvais insight à l'entrée de 92%. Ce taux est passé à 61% en fin d'hospitalisation (avec une moyenne de $6,78 \pm 3,688$).

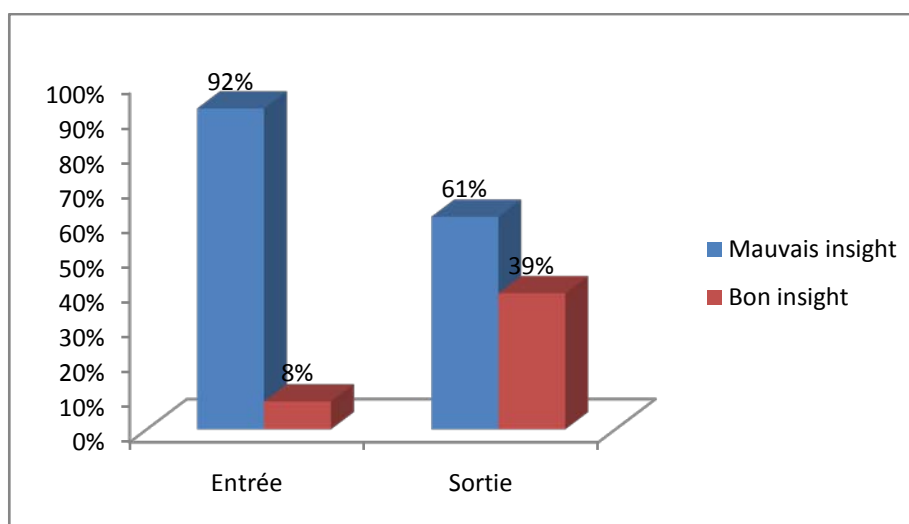


Figure 21: Variabilité de l'insight des patients entre le début et la fin de l'hospitalisation

6.2. Conscience des symptômes

Dans la population de notre étude, 91% des patients n'avaient pas conscience des symptômes de la maladie au début de l'hospitalisation. Ce taux est passé à 58% à la fin de l'hospitalisation.

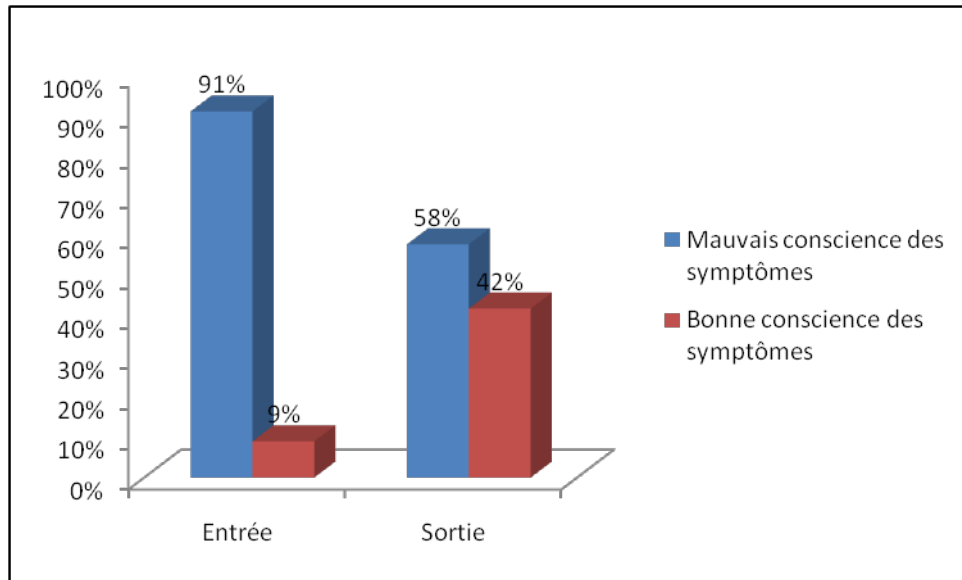


Figure 22: Variabilité de la conscience des symptômes des patients entre le début et la fin de l'hospitalisation (sous-échelle 1 de la Birchwood Insight Scale, voir annexe I)

6.3. Conscience de la maladie

Seuls huit patients de notre étude (soit un taux de 8%) avaient conscience de leur maladie au début de leur hospitalisation. Ce nombre est passé à 28 patients (28%) à la fin de leur hospitalisation.

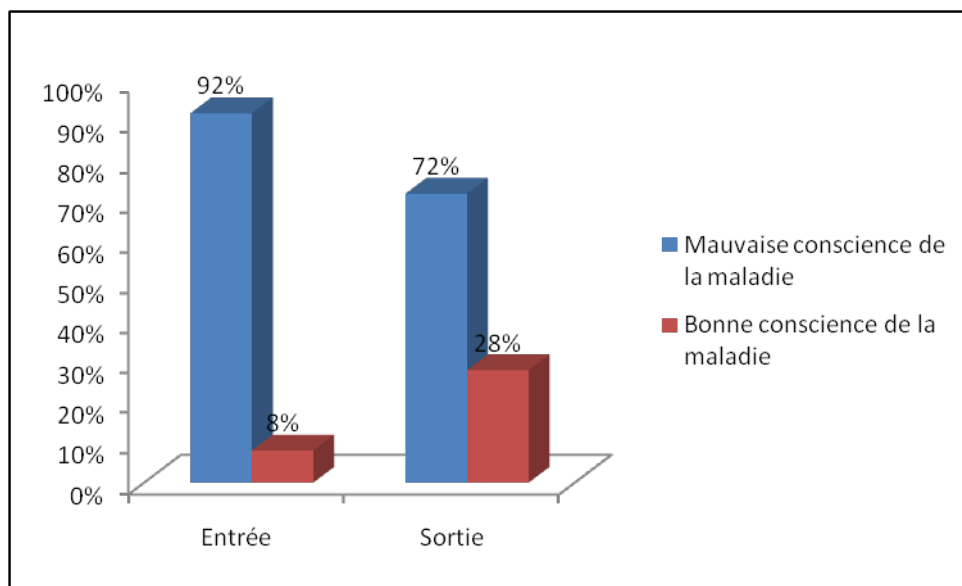


Figure 23: Variabilité de la conscience de la maladie des patients durant l'hospitalisation (sous-échelle 2 de la Birchwood Insight Scale, voir annexe I)

6.4. Besoin de traitement

Environ 80% des sujets de notre population (n=78) n'avaient pas conscience du besoin de traitement à leur entrée. Ce taux est passé à 30% à leur sortie.

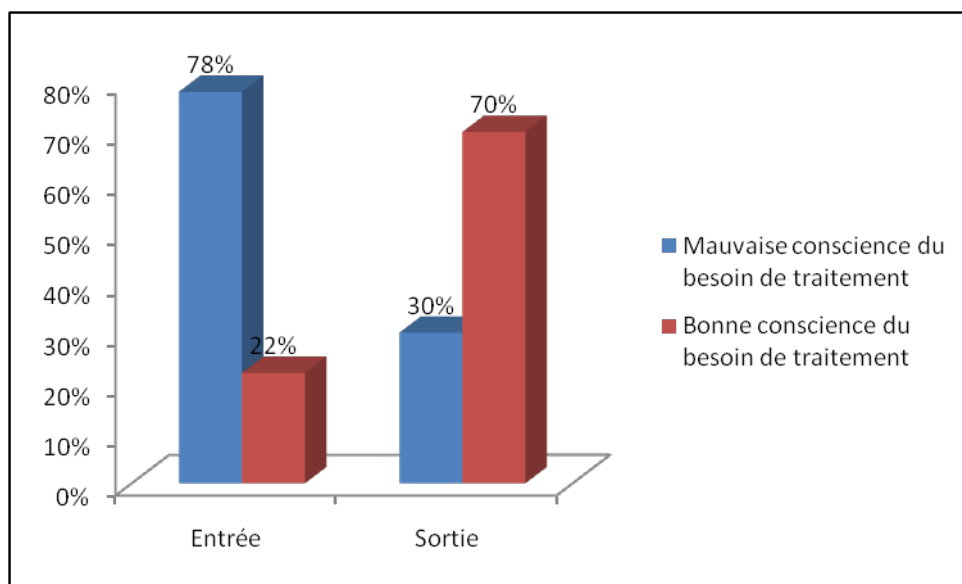


Figure 24: Variabilité de la conscience du besoin de traitement des patients durant l'hospitalisation (sous-échelle 3 de la Birchwood Insight Scale, voir annexe I)

6.5. Attribution des symptômes

La moitié des patients inclus dans notre étude (52%) n'attribuaient leurs symptômes à aucune maladie.

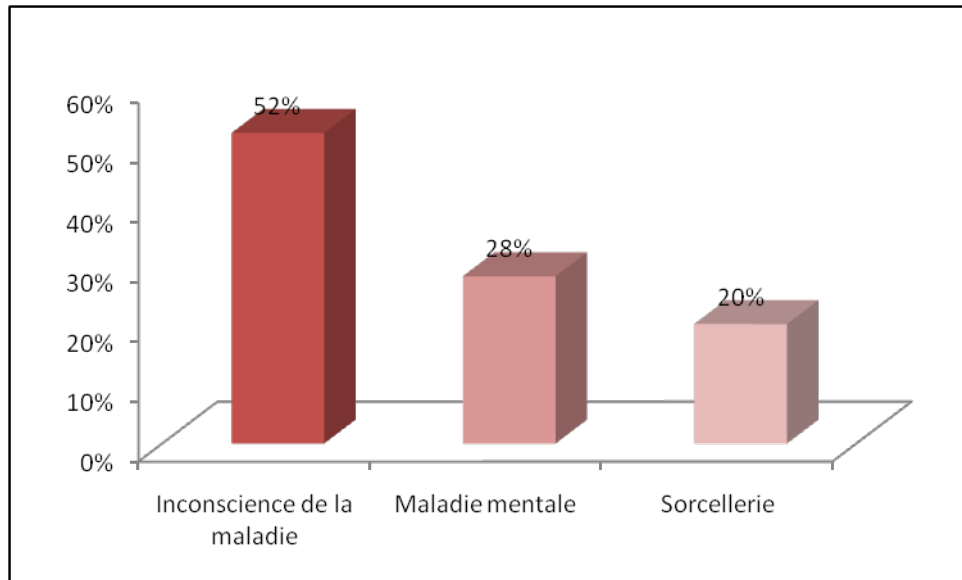


Figure 25: Distribution des patients selon l'attribution des symptômes de la maladie

Tableau IV: Caractéristiques cliniques, thérapeutiques, évolutives de la schizophrénie dans la population étudiée et évaluation de l'insight

Caractéristiques	Effectifs	Pourcentages
Types de schizophrénies		
- Paranoïde	69	69%
- Schizo-affectif	20	20%
- Désorganisé	8	8%
- Résiduel	2	2%
- Indifférencié	1	1%
Age de début		
- <16ans	2	2%
- [16 - 25] ans	73	73%
- [26- 35] ans	20	20%
- >35 ans	5	5%
Type d'hospitalisation actuelle		
- Libre	5	5%
- Sous contrainte	95	95%
Fonctionnement social		
- Mauvais	41	41%
- Moyen	54	54%
- Bon	5	5%
Présence de délire	82	82%
Thématique délirante		
- Persécution	65	79%
- Ensorcellement	28	34%
- Mystique	23	28%
- Grandeur	18	22%
- Revendication	2	2%
- Jalousie	1	1%
- Erotomanie	1	1%
- Autres	10	12%
Présence d'hallucinations	58	58%
Type d'hallucinations		
- Auditives	50	86%
- Visuelles	37	64%
- Cénesthésiques	12	21%
- Intrapsychiques	11	19%
- Tactiles	1	2%
- Motrices	1	2%

Tableau VI « suite »: Caractéristiques cliniques, thérapeutiques, évolutives de la schizophrénie dans la population étudiée et évaluation de l'insight

Caractéristiques	Effectifs	Pourcentages
Agressivité	67	67%
Dépression	3	3%
Risque suicidaire	4	4%
Traitement reçu		
– Neuroleptiques classiques	80	80%
– Neuroleptiques atypiques	24	24%
– Anxiolytiques	46	46%
– Thymorégulateurs	18	18%
– Ergothérapie	5	5%
– Antidépresseurs	2	2%
– Sismothérapie	1	1%
Observance thérapeutique		
– Mauvaise	72	72%
– Bonne	28	28%
Pronostic		
– Bon	8	8%
– Moyen	68	68%
– Sévère	24	24%
Insight à l'entrée		
– Mauvais	92	92%
– Bon	8	8%
Insight à la sortie		
– Mauvais	61	61%
– Bon	39	39%
Attribution des symptômes		
– Ne se dit pas malade	52	52%
– Maladie mentale	28	28%
– Sorcellerie	18	18%
– Autre	2	2%

II. Analyse bivariée

1. Relation entre l'insight et le profil sociodémographique

1.1. Le sexe

Nous avons trouvé que les patients de sexe masculin avaient un plus mauvais insight à l'entrée que ceux de sexe féminin. Ce résultat était statistiquement non significatif car p (coefficient de Pearson) = 0,133.

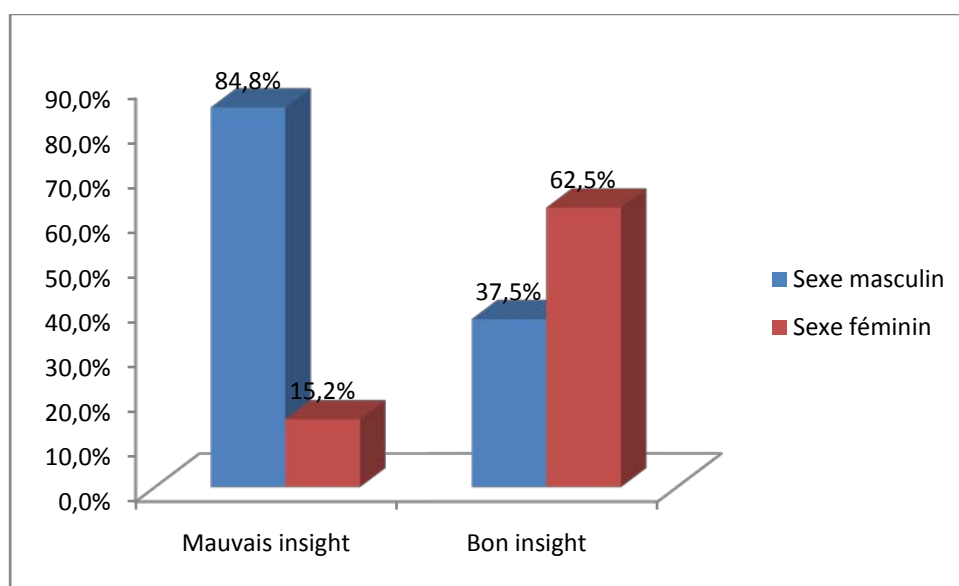


Figure 26: Rapport entre l'insight et le sexe

1.2. Le statut matrimonial

La recherche d'un rapport entre l'insight et le statut conjugal n'a pas été possible car l'effectif minimal requis dans les attributs pour faire les analyses n'était pas atteint.

Tableau VI: Variabilité de l'insight selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Insight à l'entrée	Effectif	Pourcentage
Célibataire	Mauvais	75	81,5%
	Bon	8	100%
Marié	Mauvais	9	9,8%
	Bon	0	0%
Divorcé	Mauvais	8	8,7%
	Bon	0	0%
Total	Mauvais	92	100%
	Bon	8	100%

1.3. Le niveau d'instruction

Nous n'avons pas pu étudier le rapport entre l'insight et le niveau d'instruction car l'effectif minimal requis dans les attributs pour faire les analyses n'était pas atteint.

Tableau VIII: Variabilité de l'insight selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Insight à l'entrée	Effectif	Pourcentage
Analphabète	Mauvais	17	18,5%
	Bon	1	12,5%
Primaire	Mauvais	46	50%
	Bon	2	25%
Secondaire	Mauvais	23	25%
	Bon	5	62,5%
Universitaire	Mauvais	6	6,5%
	Bon	0	0%
Total	Mauvais	92	100%
	Bon	8	100%

1.4. La profession

La recherche d'une relation entre l'insight et la profession n'était pas possible car l'effectif minimal requis dans les attributs pour faire les analyses n'était pas atteint.

Tableau IX: Variabilité de l'insight selon la profession

Profession	Insight à l'entrée	Effectif	Pourcentage
Sans profession	Mauvais	66	71,7%
	Bon	7	87,5%
Ouvrier	Mauvais	16	17,4%
	Bon	0	0%
Fonctionnaire	Mauvais	2	2,2%
	Bon	0	0%
Profession libérale	Mauvais	0	0%
	Bon	1	12,5%
Autres	Mauvais	8	8,7%
	Bon	0	0%
Total	Mauvais	92	100%
	Bon	8	100%

1.5. Le niveau socio-économique

Il n'a pas été possible d'identifier le rapport entre l'insight et le niveau socio-économique car l'effectif minimal requis dans les attributs pour faire les analyses n'était pas atteint.

Tableau VIII: Variabilité de l'insight selon le niveau socio-économique

Niveau socio-économique	Insight à l'entrée	Effectif	Pourcentage
Faible	Mauvais	87	94,6%
	Bon	5	62,5%
Moyen	Mauvais	5	5,4%
	Bon	2	25,0%
Elevé	Mauvais	0	0%
	Bon	1	12,5%
Total	Mauvais	92	100%
	Bon	8	100%

2. Relation entre l'insight et les antécédents personnels judiciaires

Environ 90% des patients de notre étude (n=16) ayant un antécédent judiciaire, avaient un mauvais insight à l'entrée. Ce résultat était statistiquement non significatif (p=0,441).

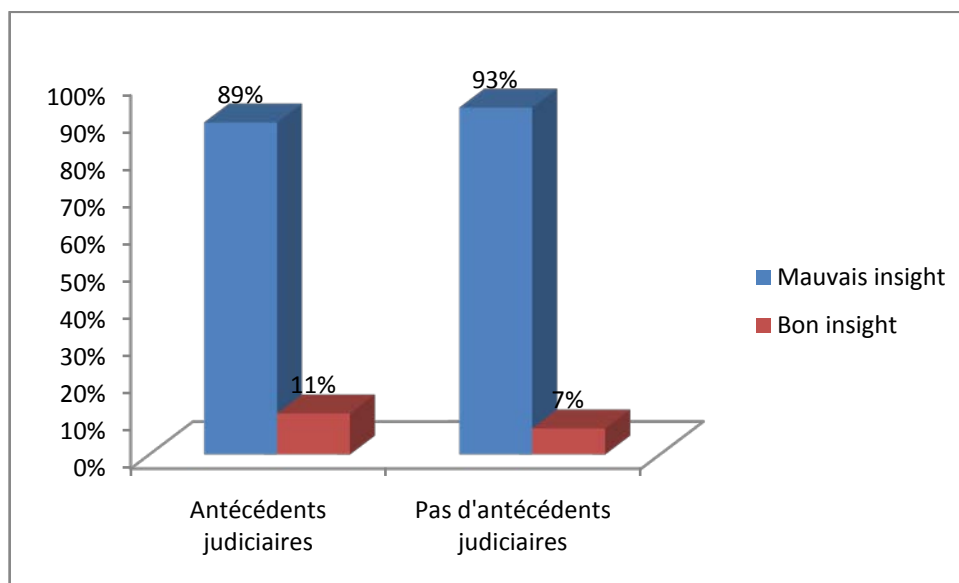


Figure 27: Rapport entre l'insight et les antécédents judiciaires

3. Relation entre l'insight et les habitudes toxiques des patients

Parmi les 74 patients de notre échantillon qui consommaient des substances toxiques (tabac, cannabis, alcool, colle synthétique ...), 93% (n=69) avaient un mauvais insight à l'entrée. Ce résultat était statistiquement non significatif ($p=0,344$). Voir figure 28 ci-dessous.

L'insight de nos patients à l'entrée n'était ni influencé par une addiction au tabac ($p=0,402$), ni par une addiction au cannabis ($p=0,580$) et ni par une addiction à l'alcool ($p=0,869$). Voir le tableau XI ci-dessous.

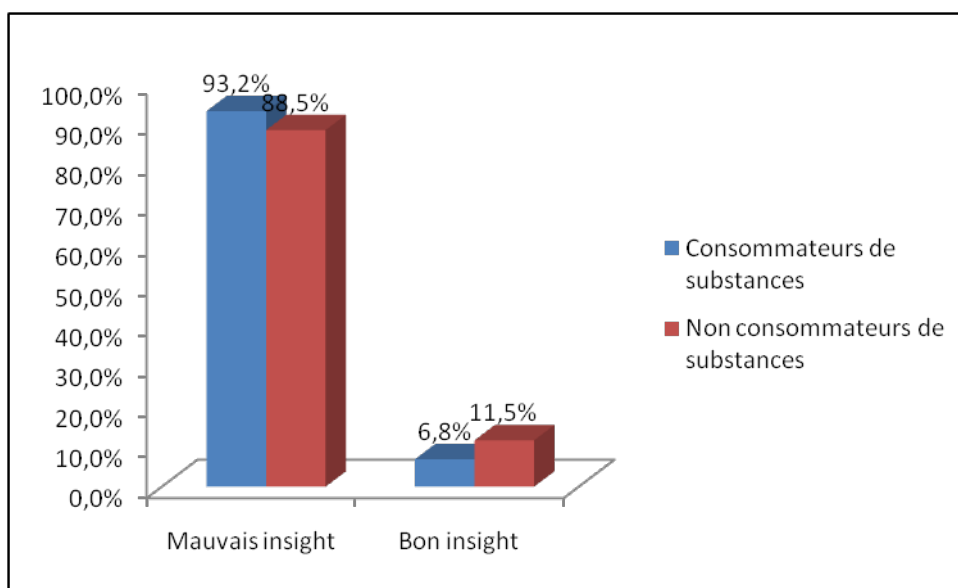


Figure 28: Rapport entre l'insight et la consommation de substances toxiques

Tableau IXI: Rapport entre l'insight et l'addiction aux substances toxiques

Type d'addiction	Insight à l'entrée	Effectif	Pourcentage (%)	Indice de Pearson (p)
Addiction au tabac	Mauvais	57	92	0,402
	Bon	5	8	
Addiction au cannabis	Mauvais	24	92	0,580
	Bon	2	8	
Addiction à l'alcool	Mauvais	2	100	0,869
	Bon	0	0	

4. Relation entre l'insight et les caractéristiques cliniques de la maladie

4.1. Le type de schizophrénie

L'étude du rapport entre l'insight des patients à l'entrée et le type de schizophrénie n'a pas été possible car l'effectif minimal requis dans chaque catégorie (n=30) pour faire les analyses n'était pas atteint.

Tableau XI: Variabilité de l'insight selon le type de schizophrénie

Type de schizophrénie	Insight à l'entrée	Effectif	Pourcentage
Paranoïde	Mauvais	64	69,6%
	Bon	5	62,5%
Schizo-affectif	Mauvais	18	19,6%
	Bon	2	25%
Désorganisé	Mauvais	7	7,6%
	Bon	1	12,5%
Résiduel	Mauvais	2	2,2%
	Bon	0	0%
Indifférencié	Mauvais	1	1,1%
	Bon	0	0%
Total	Mauvais	92	100%
	Bon	8	100%

4.2. L'âge de début du trouble

L'étude du rapport entre l'insight des patients à l'entrée et l'âge de début de la maladie n'a pas été possible car l'effectif minimal requis dans chaque catégorie (n=30) pour faire les analyses n'était pas atteint.

Tableau XI: Variabilité de l'insight selon l'âge de début du trouble

	Insight à l'entrée	Effectif	Moyenne	Ecart-type
Age de début	Mauvais	92	22,95	5,622
	Bon	8	22,25	5,651

4.3. La durée d'évolution de la maladie

En comparant la durée d'évolution moyenne de la maladie chez les patients ayant un mauvais insight à l'entrée (n=92) à celle des patients ayant un bon insight à l'entrée (n=8) nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre ces deux variables ($p=0,980$).

Tableau XIV: Rapport entre l'insight et la durée d'évolution de la schizophrénie des patients

	Insight à l'entrée	Effectif	Moyenne	Ecart-type	Indice de Pearson (p)
Durée d'évolution	Mauvais	92	110,22	86,824	0,980
	Bon	8	111,00	69,009	

4.4. Le mode d'hospitalisation

Parmi les 95 patients de notre étude hospitalisés sous contraintes, seuls 4 avaient un bon insight à l'entrée. Ce résultat était statistiquement significatif ($p=0,00$).

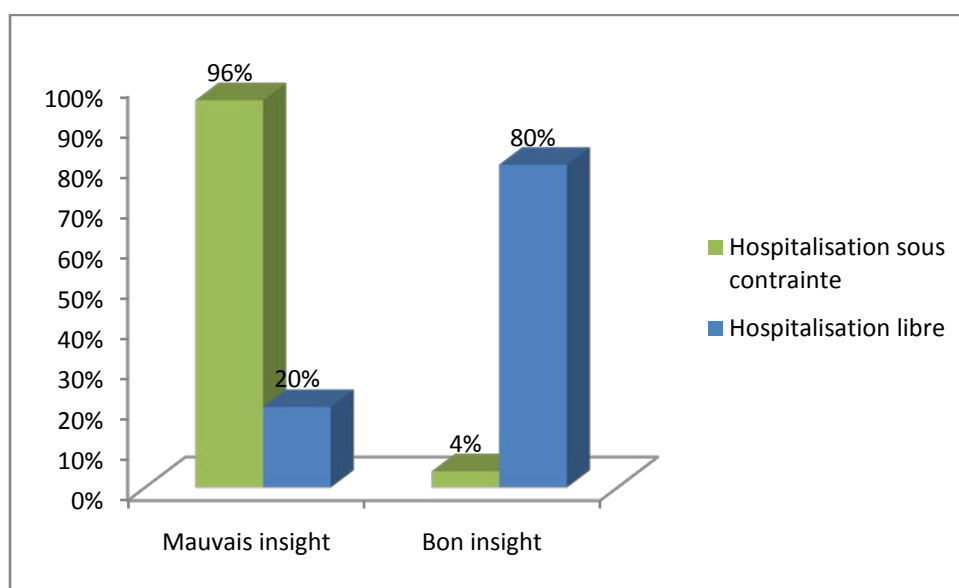


Figure 29: Variabilité de l'insight en fonction du mode d'hospitalisation

4.5. Le nombre de poussées processuelles

Les patients de notre échantillon ayant un mauvais insight à l'entrée ($n=92$) avaient un nombre moyen de poussées processuelles de $4,63 \pm 6,038$ et ceux ayant un bon insight à l'entrée ($n=8$) un nombre moyen de $3 \pm 2,928$.

Ce résultat était statistiquement non significatif ($p=0,453$).

4.6. Le nombre d'hospitalisations antérieures

Nous n'avons pas trouvé de rapport entre l'insight à l'entrée et le nombre moyen d'hospitalisations.

Tableau XIII: Rapport entre l'insight et le nombre d'hospitalisations antérieures

	Insight à l'entrée	Effectif	Moyenne	Ecart-type	Indice de Pearson(p)
Nombre d'hospitalisations	Mauvais	72	5,92	6,246	0,460
	Bon	6	4,00	2,683	

4.7. L'agressivité

Quatre-vingt-quinze pourcent des patients agressifs à leur admission (n=64) avaient un mauvais insight. Ce résultat était statistiquement non significatif (p=0,076).

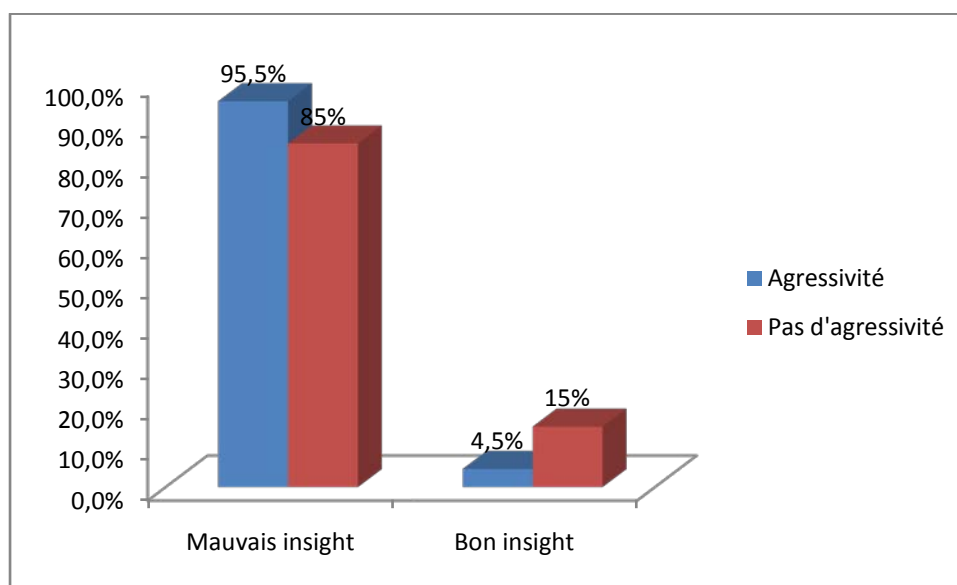


Figure 30: Rapport entre l'insight et l'agressivité

4.8. La PANSS au début et à la fin de l'hospitalisation

Les patients de notre échantillon ayant un mauvais insight à l'entrée (n=92) avaient un score total moyen de la PANSS de $83,09 \pm 23,032$ et ceux ayant un bon insight à l'entrée (n=8) un score total moyen de $55,25 \pm 24,967$. Ce résultat était statistiquement très significatif (p=0,002).

Le tableau XVI ci-dessous présente les résultats de l'étude de la relation entre l'insight et l'échelle d'évaluation de la symptomatologie à l'entrée et à la sortie du patient.

Tableau XIV: Variabilité de l'insight en fonction de la PANSS

PANSS à l'entrée :	Insight à l'entrée	Effectif	Moyenne	Ecart-type	Indice de Pearson (p)
Echelle positive	Mauvais	92	22,91	7,991	0,017
	Bon	8	15,75	7,978	
Echelle négative	Mauvais	92	21,99	9,916	0,010
	Bon	8	12,50	7,131	
Score total	Mauvais	92	83,09	23,032	0,002
	Bon	8	55,25	24,967	
PANSS à la sortie :	Insight à la sortie				
Echelle positive	Mauvais	61	10,05	3,617	0,029
	Bon	39	8,46	3,417	
Echelle négative	Mauvais	61	12,92	7,934	0,042
	Bon	39	10,05	4,371	
Score total	Mauvais	61	47,33	17,805	0,002
	Bon	39	38,44	10,652	

4.9. La dépression

Dans notre étude trois patients avaient une schizophrénie associée à une dépression. Parmi ceux-ci 67% (n=2) avaient un mauvais insight à l'entrée. L'analyse du lien entre l'insight et la schizophrénie associée à une dépression n'a pas été possible du fait de ce faible effectif.

4.10. Le risque suicidaire

Dans notre étude les trois quarts des patients ayant (n=3) un risque suicidaire avaient un mauvais insight en début d'hospitalisation. Ce résultat était statistiquement non significatif (p=0,287).

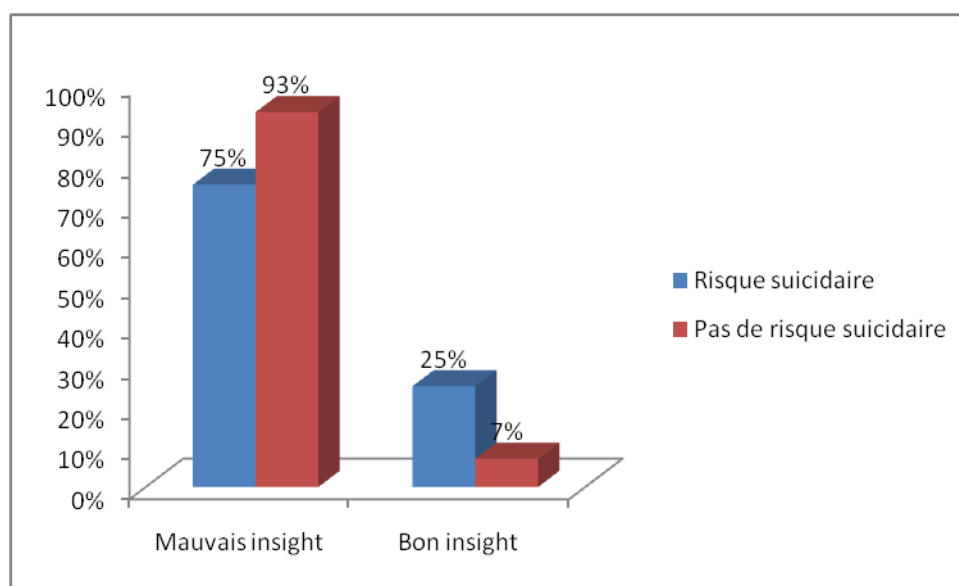


Figure 31: Rapport entre l'insight et le risque suicidaire

5. Relation entre l'insight et la prise en charge thérapeutique

5.1. La durée d'hospitalisation

Quatre-vingt-trois pourcent des patients de notre étude ont eu un gain d'insight (différence du score total de l'insight entre la fin et le début de l'hospitalisation) durant leur hospitalisation. Ce résultat était statistiquement non significatif ($p=0,321$).

Tableau XVI: Rapport entre l'insight et la durée d'hospitalisation

	Gain d'insight	Effectif	Moyenne	Ecart-type	Indice de Pearson (p)
Durée d'hospitalisation	Oui	83	28,14	23,772	0,321
	Pas de gain	17	35,59	43,838	

5.2. Le type de traitement

a. Les neuroleptiques classiques

Parmi les 80 patients de notre étude qui étaient sous NLC, quatre-vingt-un pourcent ($n=65$) ont eu un gain d'insight. Ce résultat était statistiquement non significatif ($p=0,286$).

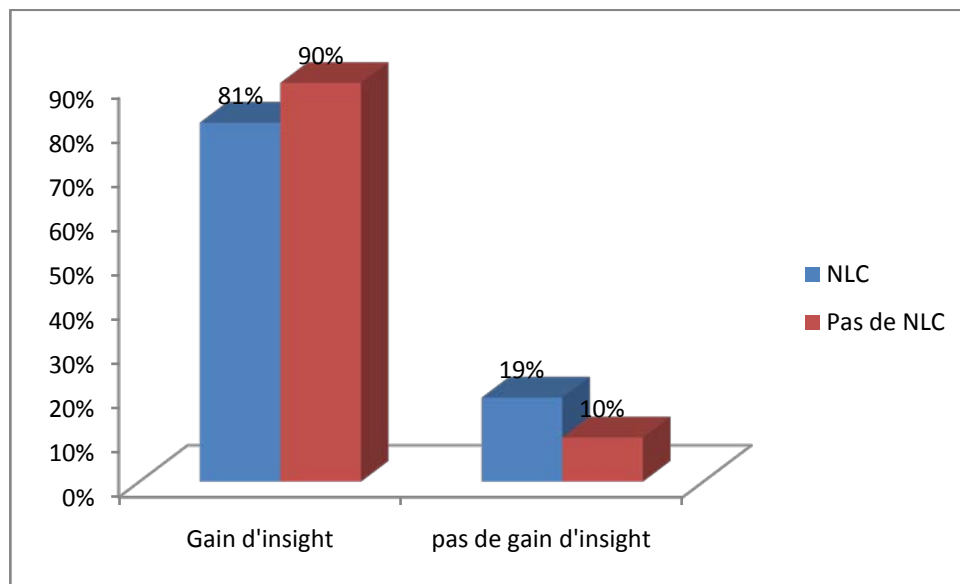


Figure 32: Rapport entre l'insight et les neuroleptiques classiques

b. Les neuroleptiques atypiques

Les NLA ont été administrés chez 24 sujets de notre population. Quarante-trois pourcent de ces sujets (n=20) ont eu un gain d'insight durant leur hospitalisation. Ce résultat n'était pas statistiquement significatif ($p=0,616$).

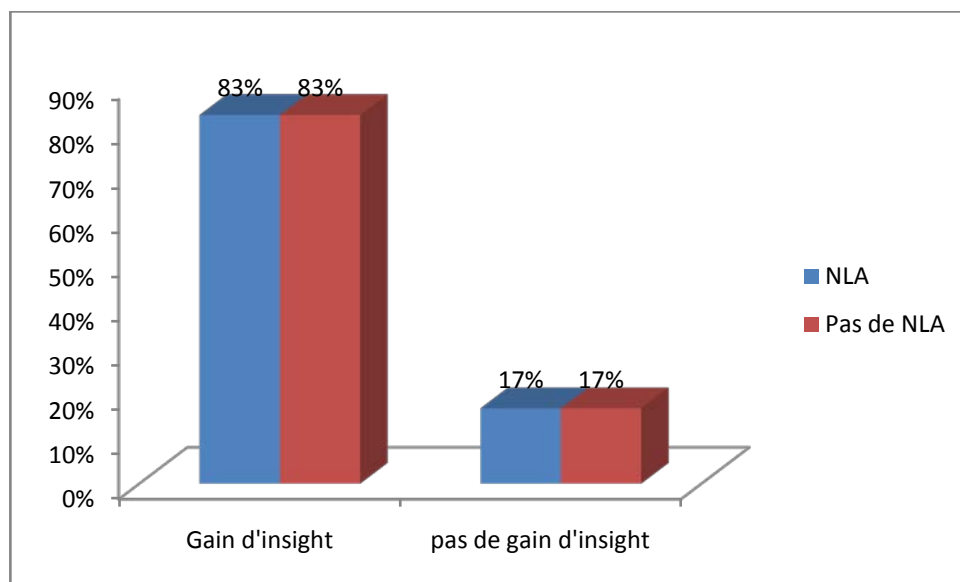


Figure 33: Rapport entre l'insight et les neuroleptiques atypiques

c. Les thymorégulateurs

Dix-huit patients de notre population ont reçu une association de neuroleptiques et de thymorégulateurs. Parmi ceux-ci 67% (n=12) ont eu un gain d'insight durant leur hospitalisation. Ce résultat était statistiquement non significatif ($p=,052$).

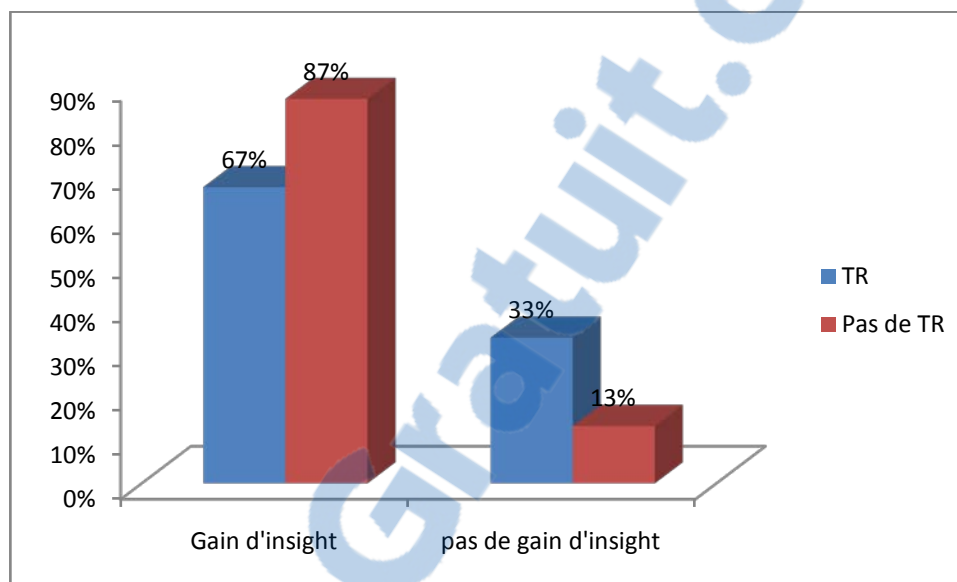


Figure 34: Rapport entre l'insight et les thymorégulateurs

d. L'ergothérapie

Parmi les 5 patients de notre étude qui ont bénéficié de l'ergothérapie, 60% (n=3) ont eu un gain d'insight durant leur hospitalisation. Ce résultat était statistiquement non significatif ($p=0,199$).

e. L'observance thérapeutique avant l'hospitalisation

Parmi les anciens malades de notre population (n=78) environ 86% (n=67) avaient une mauvaise compliance au traitement. Quarante-vingt-quinze pourcent de ces derniers (n=64) avaient un mauvais insight à l'entrée. Ce résultat était statistiquement significatif ($p= 0,034$).

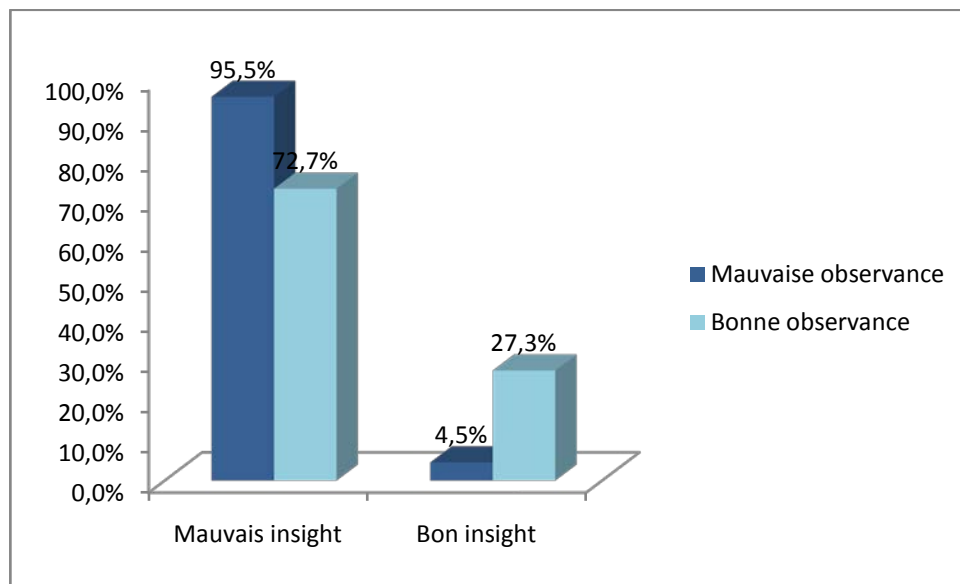


Figure 35: Variabilité de l'insight selon l'observance chez les anciens patients

En résumé :

Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre l'insight et :

- ✓ Le mode d'hospitalisation.
- ✓ Les symptômes positifs, négatifs, et généraux (PANSS).
- ✓ L'observance thérapeutique.

Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre l'insight et :

- ✓ Le sexe.
- ✓ Les antécédents personnels judiciaires.
- ✓ La consommation de substances toxiques.
- ✓ La durée d'évolution de la maladie.
- ✓ Le nombre de poussées processuelles.
- ✓ Le nombre d'hospitalisations antérieures.
- ✓ L'agressivité.
- ✓ Le risque suicidaire.
- ✓ La durée d'hospitalisation.
- ✓ Le type de traitement reçu par le patient.

Vu l'effectif insuffisant des attributs de certaines variables, nous n'avons pas pu établir de relation entre l'insight et :

- ✓ Le statut matrimonial.
- ✓ Le niveau d'instruction.
- ✓ La profession.
- ✓ Le niveau socio-économique.
- ✓ Le type de schizophrénie.
- ✓ L'âge de début du trouble.
- ✓ La dépression.

DISCUSSION

I. Généralités sur la schizophrénie

1. Epidémiologie

La prévalence du trouble schizophrénique dans la population générale est de 1% [1]. La prévalence moyenne en Europe a été estimée entre 2,5 et 5,3 pour mille avec de faibles variations entre les estimations ponctuelles, annuelles ou sur la vie entière [6]. Au Maroc cette maladie touche 5,6% de la population [2].

Le sex-ratio est égale à 1. Le premier accès survient entre 15 et 25 ans chez l'homme, un peu plus tardivement chez la femme.

2. Etiopathogénie

La schizophrénie est une pathologie dont l'expression clinique est complexe et dont les causes restent actuellement inconnues. Néanmoins les études menées sur les hypothèses étiopathogéniques s'accordent à dire qu'elle est multifactorielle.

2.1. Facteurs génétiques

Le patrimoine génétique aurait un rôle dans la schizophrénie [7]. En effet, la présence d'un membre de la famille atteint de schizophrénie augmente le risque de développer cette maladie [8]. Lorsqu'il s'agit de jumeaux homozygotes, le risque devient très important et dépasse 50%.

Plusieurs modèles de transmission génétique ont été proposés. Celui qui paraît le plus probable est un modèle polygénique multifactoriel à seuil dans lequel un ou plusieurs gènes confèrent une prédisposition à la maladie, cette prédisposition est-elle même influencée par des facteurs environnementaux [9].

Certains gènes ont été définis par des recherches comme marqueurs de risque. Il s'agit des gènes NRG1 et DTNBP1 [10]. La région 22q11 est également incriminée en raison de la fréquence élevée des psychoses chez les sujets présentant une délétion pour ce fragment du chromosome 22 [11].

2.2. Facteurs neurobiologiques

Il s'agirait d'un désordre biochimique en rapport avec un trouble du métabolisme de la dopamine et plus exactement un dysfonctionnement de la voie dopaminergique méso limbique [12]. C'est pourquoi la plupart des substances antipsychotiques ont une action dopaminergique.

Un autre neurotransmetteur, le glutamate et en particulier la fonction diminuée de son récepteur NMDA, est aussi incriminée dans la survenue de la maladie [13].

D'autres systèmes de neurotransmission ont été aussi évoqués: système GABAergique, système sérotoninergique. Ces différents systèmes de neurotransmission interagissent entre eux, et c'est une perturbation de l'équilibre de leur fonctionnement qui pourrait être responsable des troubles observés. Mais il reste difficile à ce jour de définir la première impulsion de ce dysfonctionnement [14].

2.3. Facteurs environnementaux

Ils tiennent une place importante dans l'étiologie de la schizophrénie (20% de la variance explicative) [15]. Il s'agit d'évènements extérieurs, non liés au génome de l'individu. La plupart de ceux-ci surviennent au cours de la grossesse, en périodes pré ou périnatales, mais peuvent également avoir lieu plus tard dans l'évolution [16]. Nous pouvons citer entre autres : les facteurs obstétricaux, les facteurs infectieux, les facteurs nutritionnels, les facteurs sociodémographiques (bas niveau socio-économique, célibat, chômage, immigration récente), les agents chimiques et physiques (plomb, mercure, radiations ionisantes, traumatismes) [17].

2.4. Facteurs psychologiques

Selon Tsoi et al.[18], ils se décomposent en éléments relevant du domaine cognitif et en facteurs dits « de personnalité ». On retrouve alors sur le plan cognitif un déficit de l'attention sélective, des fonctions exécutives et de la mémoire déclarative. Ces troubles cognitifs semblent stables et les études s'accordent à dire que les personnes schizophrènes présentent des difficultés dans l'attribution d'états mentaux (théorie de l'esprit), et dans la capacité à distinguer les émotions et intentions des autres. Notons que les délires pourraient provenir des tentatives de la part du sujet de faire des liens entre les différentes informations disparates intégrées (avec incohérence et distorsion).

Quant aux facteurs « de personnalité », ils correspondraient dès le plus jeune âge à des difficultés dans les relations sociales, des problèmes dans le comportement, les habiletés motrices mais aussi le rendement scolaire chez l'enfant puis chez l'adolescent. Notons que des hypothèses seraient de considérer ces troubles non pas comme des facteurs prédisposants mais comme l'expression précoce de la maladie. De même, des perturbations du contexte familial, avec une mesure des « Émotions Exprimées » (E.E) parentales élevée (excès de critique, d'hostilité, d'implication des proches envers le sujet et sa maladie), pourraient être des éléments prédisposants chez l'adulte. Soulignons aussi le rôle des capacités de résistance au stress dans le déclenchement de la schizophrénie [19].

2.5. Théorie neurodéveloppementale

Elle est basée sur l'hypothèse selon laquelle les patients schizophrènes présenteraient des anomalies structurelles cérébrales séquellaires de perturbations précoces du développement cérébral (lors de la vie obstétricale ou lors de la période périnatale). Ces lésions dysplasiques (qui seraient à l'origine d'une désorganisation importante des connexions synaptiques) n'auraient pas de traduction clinique jusqu'à l'adolescence, puis deviendraient alors symptomatiques du fait des processus maturationnels cérébraux ayant lieu à cette période de la

vie, et de la difficulté à assumer l'accroissement des stress cognitifs et psychosociaux survenant à cette même période [20].

Les anomalies structurelles cérébrales les plus fréquentes sont : l'élargissement des ventricules cérébraux, une diminution du volume cérébral total (3-5%), une diminution du volume total de substance grise, une atteinte fréquente de l'hippocampe gauche et de ses annexes [21, 22,23]. Des différences fonctionnelles d'activité cérébrale, surtout au niveau de l'hippocampe, des lobes frontaux et temporaux, ont été décelées sur des coupes d'imagerie par résonance magnétique et des tests neurophysiologiques [24, 25].

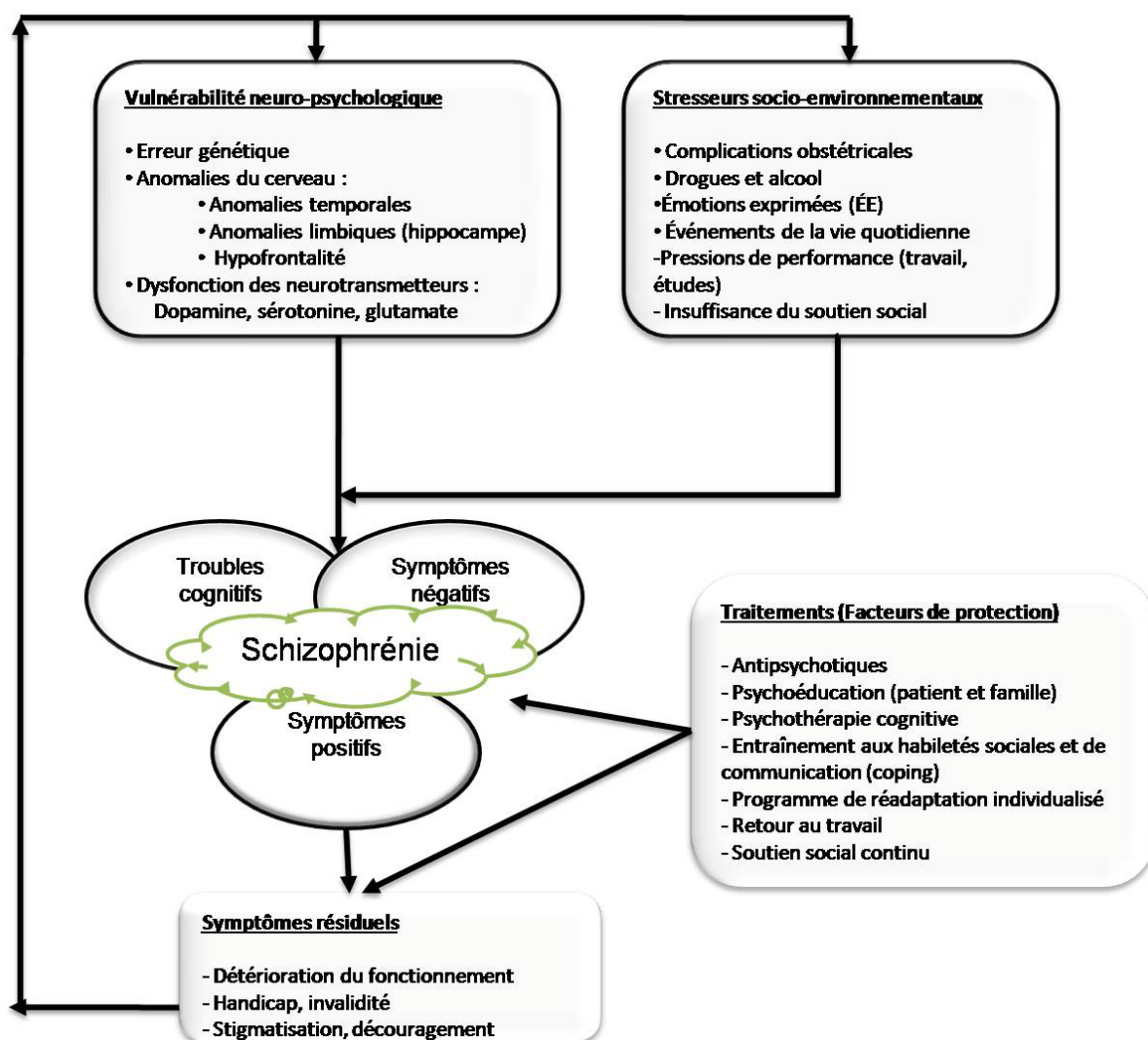


Figure 36: Modèle Vulnérabilité-stress de la schizophrénie (selon Lalonde P.) [26]

3. Diagnostic positif

La sémiologie schizophrénique comporte trois grands syndromes :

3.1. Le syndrome dissociatif

Il désigne une rupture de l'unité psychique à l'origine d'une désorganisation de l'activité mentale du sujet. Ce processus interne entraîne une perte de l'harmonie entre les différents champs de la vie psychique de la personne (pensée, affect, comportement). La discordance correspond à l'expression clinique de la dissociation.

a- **Dissociation intellectuelle**

a-1 Troubles de la pensée

Ils reflètent l'incohérence de la pensée et augmentent les difficultés de communication.

On distingue:

- ❖ Les troubles du cours de la pensée: barrages, fading mental, stagnation de la pensée, diffluence, relâchement associatif, persévération mentale.
- ❖ Les troubles du contenu de la pensée: ambivalence, idées parasites, pensée abstraite, stéréotypies, appauvrissement des idées, automatisme mentale +++.

a-2 Troubles du langage

- ❖ Débit: mutisme, suspension du discours, monologue, impulsions verbales incoercibles, logorrhée incohérente.
- ❖ Contenu: altérations syntaxiques (réponse à côté, agrammatisme, ellipse syntaxique), anomalies sémantiques (paralogisme, néologisme, verbigérations, schizophasie), maniérisme, langage pauvre et enfantin, stéréotypies verbales, parasitage.

a-3 Autres troubles

- ❖ Troubles du jugement et du raisonnement: rationalisme morbide, illogisme, pensée magique.

- ❖ Troubles de l'attention et de la concentration.
- ❖ Trouble de la volonté: apragmatisme, opposition, négativisme.
- ❖ Trouble de la mémoire: mémorations étranges, faux souvenirs.

b- Dissociation affective

- ❖ Ambivalence affective: se traduisant par des attitudes et des propos bizarres ou incongrus.
- ❖ Eoussement affectif: froideur du contact, indifférence, insensibilité aux réactions d'autrui.
- ❖ Perte de l'élan vital: désintérêt, inertie, perte de la motivation (athymhormie).
- ❖ Parfois négativisme (refus du contact).

c- Dissociation comportementale

- ❖ Apragmatisme, indécision des gestes, paramimies, maniérisme caricatural, stéréotypies gestuelles, échopraxie, échomimie, bizarreries comportementales.
- ❖ Actes hermétiques, raptus impulsifs, automutilations, suicides étranges, actes médico-légaux.
- ❖ Aboulie, clinophilie ou fugues pathologiques.
- ❖ Syndrome catatonique : rare (catalepsie + hyperkinésie + négativisme psychomoteur).

d- La dépersonnalisation

Elle correspond à un sentiment de perte de l'intégrité psychique et physique, de morcellement corporel (signe du miroir, désanimation, sentiment de dédoublement, anéantissement psychique, désincarnation).

3.2. Le syndrome délirant

C'est un délire paranoïde, flou, incohérent, non systématisé.

Les thèmes délirants sont polymorphes: thèmes de persécution, de référence, de filiation, de transformation corporelle, mystique, érotomaniaque, hypochondriaque, d'influence, mégalomaniaque.

Les mécanismes sont variés: hallucinations +++ (auditives, intrapsychiques, cénesthésiques, olfactives, visuelles), intuition, interprétation, imagination.

Le syndrome d'automatisme mental fortement évocateur du diagnostic correspond à une perte de contrôle du sujet sur une partie de ses pensées. Le sujet perçoit un écho de sa pensée, un commentaire de sa pensée ou de ses actes. Il a le sentiment que ses pensées sont volées ou devinées.

Il en résulte une angoisse intense, peu accessible à la réassurance, et le sujet à parfois l'impression d'être dévitalisé ou morcelé.

3.3. Le syndrome autistique

Il correspond à une modification des rapports du sujet au monde caractérisé par:

- ❖ Perte de contact avec la réalité (apragmatisme, désintérêt, indifférence affective, athymhormie, incurie...)
- ❖ Prédominance de la vie intérieure (fantasmes, monde imaginaire, idées abstraites et hermétiques...)

L'installation de ce monde autistique est à l'origine d'un isolement social sévère.

4. Formes de début de la schizophrénie

Le plus souvent les premiers troubles apparaissent chez l'adolescent ou l'adulte jeune (entre 15 et 35ans) et ceux-ci sont plus précoces chez l'homme que chez la femme.

4.1. Début brutal

La maladie peut se révéler par une transformation rapide du caractère et des conduites.

a- Accès psychotique aigu (APA)

C'est l'éclosion brutale d'un délire polymorphe dans ses thèmes et ses mécanismes, associé à d'autres signes (fluctuation thymique, angoisse...).

Les facteurs de mauvais pronostic d'un APA sont: atypicité, absence d'angoisse, évolution subaiguë, pauvreté du délire, absence ou rareté des signes thymiques, bizarrerie.

b- Manie et dépression atypique

L'existence d'hallucinations, d'une bizarrerie, d'incohérences, d'un délire non congruent à l'humeur, d'une froideur des affects avec détachement ou d'une excitation sans réelle euphorie, peuvent faire évoquer le diagnostic de schizophrénie.

4.2. Début insidieux, progressif

Le diagnostic est souvent difficile car les signes sont peu spécifiques. Le début se fait sur six mois ou plus et l'évolution permettra d'évoquer le diagnostic. Les signes souvent retrouvés sont les suivants :

- ❖ Fléchissement scolaire : baisse du rendement intellectuel sans contexte familial explicatif.
- ❖ Modifications des croyances : engouement pour des activités ésotériques (magie, activités occultes) pouvant s'accompagner de l'adhésion à une secte ; croyance à des phénomènes surnaturels.
- ❖ Modification de l'affectivité : indifférence affective, affectivité marquée par la bizarrerie.
- ❖ Troubles du comportement : gestes auto ou hétéro-agressifs bizarres, sans explication, impulsifs.
- ❖ Troubles des conduites alimentaires et toxicomanie : addiction (cannabis, alcool).
- ❖ Manifestations pseudo-névrotiques : troubles obsessionnels, troubles anxieux, troubles phobiques.

- ❖ Hypochondrie et dysmorphophobie : plaintes changeantes désorganisées, peu précises, impression de modifications corporelles (signe du miroir), sentiment d'étrangeté et de dépersonnalisation.

5. Formes cliniques

Les tableaux cliniques sont très variables d'un malade à l'autre.

5.1. Classification selon le DSM- IV R

Selon le DSM-IV R (voir annexe II), cinq sous-types de la maladie sont définis:

- ❖ Paranoïde.
- ❖ Désorganisé.
- ❖ Catatonique.
- ❖ Indifférencié.
- ❖ Résiduel.

5.2. Autres formes cliniques

- ❖ Le trouble schizo-affectif : présence conjointe de symptômes affectifs ou thymiques (maniaques, dépressifs ou mixtes) et de symptômes schizophréniques.
- ❖ La schizophrénie simple, peu symptomatique et d'évolution lente, et l'héboïdophrénie (ou schizophrénie pseudo-psychopathique) associant passages à l'acte impulsifs violents et désorganisation, sont deux autres formes cliniques qui n'appartiennent plus aux classifications [27].

6. Evolution et pronostic

6.1. Evolution

La schizophrénie est une maladie chronique dont l'évolution varie d'un individu à l'autre et d'une forme à l'autre. L'apparition des traitements neuroleptiques au début des années 1950 a considérablement amélioré le pronostic de cette maladie. Le taux de suicide chez les schizophrènes est très élevé (plus de 10% se suicident). L'évolution peut parfois se faire vers une rémission complète voire définitive des symptômes (25% des cas). Chez 50% des patients, elle peut se faire par poussées avec des périodes de rémissions. L'évolution peut également être plus défavorable, avec dans environ 25% des cas, un tableau de schizophrénie déficitaire caractérisé par un émoussement affectif au premier plan, un retrait social et une mauvaise réponse au traitement neuroleptique.

6.2. Pronostic

En ce qui concerne les indicateurs pronostiques, on peut dire que l'évolution est d'autant plus favorable que le plus grand nombre des facteurs suivants sont réunis:

- Age de début plus tardif (âge adulte).
- Début rapide/aigu.
- Forme paranoïde (délire au premier plan).
- Présence de symptômes thymiques (trouble schizo-affectif).
- Bonne adaptation prémorbide.
- Instauration précoce du traitement neuroleptique.
- Bonne réponse au traitement neuroleptique.
- Bonne coopération du patient et de la famille.
- Sexe (l'évolution serait plus favorable chez les femmes ou bien la tolérance sociale serait meilleure).

7. Diagnostics différentiels

- ✓ Devant un tableau psychotique aigu, il est indispensable d'éliminer systématiquement une cause [27]:
 - Organique : neurologique, infectieuse, métabolique...
 - Iatrogène : corticoïdes, amphétamines.
 - Toxique : surtout les drogues tel que le cannabis.
- ✓ Devant un état délirant chronique:
 - Délires chroniques non schizophréniques: l'âge de début est plus tardif (environ 40ans) que dans la schizophrénie. Il n'y a pas de dissociation ni d'évolution déficitaire.
 - Trouble bipolaire: caractérisé par l'absence de syndrome dissociatif, les idées délirantes sont congruentes à l'humeur et les intervalles entre les accès permettent le plus souvent un retour à l'état antérieur.
- ✓ Devant une catatonie: on éliminera une mélancolie avec inhibition majeure, ou une encéphalopathie.

8. Traitement

Au traitement pharmacologique sont associés une prise en charge psychothérapique et des mesures de réinsertion sociale. Une hospitalisation est souvent nécessaire notamment dans les formes aiguës.

8.1. Le traitement médicamenteux

Il repose essentiellement sur les neuroleptiques ou antipsychotiques, ces médicaments sont au centre de la prise en charge car ils représentent le seul traitement efficace de la plupart des symptômes. Ces médicaments permettent à la fois le traitement de la phase aiguë et la prévention des rechutes.

a. Les neuroleptiques

Selon Pollet-Villard[28], depuis l'arrivée des neuroleptiques en 1952 avec notamment la chlorpromazine, la diversification des molécules et l'évolution dans la compréhension de la schizophrénie et de ses symptômes, ont permis une adaptation de plus en plus juste de la prise en charge. Plus récemment, l'utilisation des antipsychotiques de deuxième génération (NLA) ciblent et précisent leur action sur les systèmes biologiques synaptiques et sur les neurotransmetteurs impliqués dans la maladie. Ainsi, les neuroleptiques atypiques sont aujourd'hui davantage utilisés et recommandés en première intention. Leur mode d'action se différencie de celui des neuroleptiques classiques principalement par leur « double antagonisme » dopaminergique (comme les antipsychotiques classiques) et sérotoninergique. Il en résulte alors une action sur les symptômes positifs par blocage des récepteurs à la dopamine (impliquée dans les délires, hallucinations,...), mais aussi et surtout une limitation (ou un évitement) des effets secondaires (par la mise en jeu des voies sérotoninergiques) [17].

Les effets indésirables rencontrés les plus fréquemment avec la prise de neuroleptiques sont les suivants: somnolence (surtout en début de traitement), syndrome d'indifférence psychomotrice, réactivations des accès d'angoisse, symptomatologie dépressive, accès confuso-oniriques (rares) mais aussi prise de poids, hyperprolactinémie, syndrome métabolique, anomalies lipidiques et problèmes cardiaques.

Les effets de type neurologique eux, sont surtout des troubles du tonus et des difficultés de mouvements (avec dyskésies tardives, contractions musculaires involontaires), l'apparition d'un syndrome parkinsonien et une instabilité posturale [29].

Il y a possibilité pour certains neuroleptiques de passer à des formes retard, afin de favoriser la compliance au traitement [30].

b. La sismothérapie ou électroconvulsivothérapie

Elle est indiquée dans les formes catatoniques et dans les autres formes résistantes au traitement.

c. Les autres traitements médicamenteux

- **Les antidépresseurs** prescrits lors des épisodes dépressifs, en association avec le traitement neuroleptique, ce qui réduirait le risque suicidaire.
- **Les thymorégulateurs** indiqués en association avec les neuroleptiques dans le traitement et la prévention des rechutes du trouble schizo-affectif.
- **Les benzodiazépines** qui potentialisent les effets sédatifs des antipsychotiques permettant d'employer des doses moins importantes. Leur durée de prescription doit être limitée du fait de leurs effets indésirables (dépendance, amnésie antérograde, diminution du tonus musculaire).

d. L'observance du traitement

L'observance médicamenteuse dépend de plusieurs facteurs, dont la conscience que le malade a des bénéfices procurés par le traitement. Elle est à surveiller tout au long de la prise en charge [31].

La première cause de rechute est constituée par la mauvaise observance qui est due à plusieurs facteurs:

- ✓ Défaut d'insight.
- ✓ Dénier de la maladie.
- ✓ Croyances négatives liées au traitement.
- ✓ Effets indésirables des NL (les patients évoquent le syndrome parkinsonien, les troubles sexuels et la prise de poids, sans qu'on retrouve plus fréquemment ces effets indésirables chez les non observants).
- ✓ Attitude familiale négative à l'égard du traitement.
- ✓ Manque d'information appropriée quant à la nature de la maladie et aux bénéfices attendus du traitement.
- ✓ L'évolution propre de la maladie.
- ✓ Facteurs pharmacologiques : dose minimale efficace, utilisation des formes retard.
- ✓ Facteurs psycho-sociaux, isolement social, consommation d'alcool et de toxiques.

8.2. Le traitement non médicamenteux

Une approche psycho-sociale bien conduite, en association avec le traitement neuroleptique permettra d'améliorer significativement l'adaptation sociale, la qualité de vie et de diminuer le risque de rechute.

a- Les psychothérapies

a-1 La remédiation cognitive

C'est l'un des modèles de réhabilitation cognitive. Les déficits cognitifs sont directement ciblés au travers d'exercices cognitifs répétés [32]. Ces stratégies de remédiation cognitive permettent d'améliorer des fonctions comme la mémoire de travail, l'attention [33], la perception des émotions [34] et les fonctions exécutives [35].

a-2 La psychoéducation

La sévérité et la chronicité de la schizophrénie sont essentiellement associées à un manque de conscience du trouble et à une mauvaise compliance thérapeutique. Les techniques psychoéducatives ont été développées pour mieux informer les patients et leur famille sur la maladie et les traitements. Les techniques psychoéducatives peuvent être individuelles ou groupales, elles font appel à différents supports (écrits, vidéo) et à différentes stratégies (cognitive et comportementale, psychologiques). Un effet bénéfique des techniques psychoéducatives a été montré au niveau du fonctionnement social, de la qualité de vie [36] et de la compliance thérapeutique [37].

a-3 Les thérapies cognitives et comportementales

Les TCC sont actuellement utilisées dans les programmes de développement des habiletés sociales. Leur efficacité a été démontrée à court et moyen termes sur le taux de rechute, la réduction des symptômes et la réadaptation sociale des schizophrènes [38].

b- L'ergothérapie

A travers les différentes activités utilisées (manuelles, artisanales, artistiques ou autres), l'ergothérapie permet aux patients de retrouver une capacité relationnelle; d'accroître leurs capacités d'adaptation à la vie en société; de restaurer leur autonomie dans les activités quotidiennes; de développer leurs ressources personnelles et leurs intérêts; de connaître et accepter leurs limites; de regagner la confiance en eux et exprimer leurs sentiments.

c- La réhabilitation psycho-sociale

C'est un ensemble d'interventions (reclassement professionnel, centre d'aide pour le travail, allocation adulte handicapé, hôpital de jour...) qui permettent une réinsertion et une réadaptation du patient dans le milieu socioprofessionnel.

II. Généralités sur l'insight

1. Historique [5]

C'est en France, vers le milieu du XIXe siècle, que le concept d'insight dans les troubles mentaux est apparu. En effet, la pensée philosophique du XVIIIe et du XIXe siècle se recentre sur l'individu, ce qui permet d'avoir une certaine réflexion sur le Soi et sur les états mentaux subjectifs. Cette réflexion permet d'appréhender différemment la connaissance du Soi et donc son aspect pathologique qui est nommé « la folie ». Le point fondamental, c'est que cet intérêt pour les pathologies mentales favorise le questionnement sur la conscience de la maladie. Parmi différents facteurs, l'émergence de la notion de « folie partielle » a été particulièrement importante dans les débats portant sur l'insight des patients; celle-ci vise à décrire la lucidité, la rationalité qui pouvait exister dans « la folie » et sa variabilité dans le temps. La description du concept de la folie partielle par les aliénistes français et les divergences de l'époque, influencent la description des différents aspects du phénomène d'insight. D'un point de vue clinique, l'insight est alors décrit comme un aspect de la maladie mentale, exploré par des études cliniques, utilisé comme un critère pour catégoriser la maladie et considéré comme une variable pronostique [39].

Dans l'ensemble, la considération de la nature de l'insight vers la fin du XIXe siècle, se fait vers deux concepts opposés. Un concept étroit définissant l'insight comme la conscience des opérations mentales et un concept plus large incluant des jugements plus complexes du patient sur l'impact de la maladie mentale [39].

Au début du XXe siècle, la conceptualisation de l'insight se poursuit et s'élargit, mais il subsiste une grande hétérogénéité des descriptions des différents aspects du « phénomène d'insight ». Un effort particulier est porté pour tenter de comprendre les mécanismes qui influencent l'insight (l'intelligence, la culture, le vécu, la mémoire) [39]. En 1934, Lewis affirme la nécessité pour décrire la conscience de se référer au sujet sain, et développer des mesures de

concordance entre le patient et le clinicien [40]. Les travaux sur l'insight seront fortement diminués avec la Seconde Guerre mondiale et l'après-guerre. Il faudra attendre les années 1980 pour voir apparaître des travaux de réflexion sur l'insight. Depuis une vingtaine d'années les études empiriques sur l'insight se sont multipliées [41, 42]. Cette recherche a notamment porté en psychiatrie sur la schizophrénie, les troubles bipolaires, les troubles anxieux et les troubles alimentaires. L'objectif de ces études était de répondre à deux groupes de questions. D'une part, quel est l'intérêt du concept d'insight? Quel est l'impact de la qualité de l'insight sur le pronostic de la maladie? Et d'autre part, quels sont les mécanismes qui structurent l'insight? L'insight est-il intrinsèque à la maladie mentale? Dans quelle mesure s'agit-il d'une réaction individuelle au trouble mental? Est-ce un mécanisme adaptatif, protecteur? Quels sont les facteurs externes (environnement, culture...) qui influencent l'insight et dans quelles proportions? Afin de répondre à ces questions, de nombreuses études ont tenté de comparer l'insight avec diverses variables comme, par exemple, le pronostic de la maladie, la sévérité de la psychopathologie, les antécédents psychiatriques, la catégorie diagnostique, la compliance au traitement, les variations de l'humeur, les troubles cognitifs, la qualité de vie et le fonctionnement psychosocial. Ces études donnent des résultats divergents et contradictoires dans les troubles psychiatriques. Les raisons de ces résultats contradictoires sont multiples et seul un retour vers une étape conceptuelle permettrait d'en apporter quelques explications.

2. Psychopathologie de l'insight

La conscience du trouble ne peut être expliquée actuellement par un mécanisme unique. C'est un phénomène certainement d'origine étiologique multiple. Il apparaît qu'une approche intégrative semble à privilégier pour permettre de préciser un phénomène important de la pathologie schizophrénique, encore mal connu après des années de recherche [43].

2.1. Le modèle psychodynamique

Le défaut d'insight a été attribué dans un premier temps à un mécanisme de défense psychologique (protecteur du Moi), notamment le déni suite aux travaux de Freud. Le déni correspond à un refus de prise en charge de certains éléments de la réalité alors qu'ils ont été perçus. Il s'agit d'un mécanisme, certes inconscient mais actif se déroulant dans l'après-coup du phénomène perceptif et non pas d'une anomalie perceptive [44]. Ces mécanismes de défense psychologiques permettraient aux patients de se protéger des conséquences sociales de leur maladie [45] et surtout de lutter contre les émotions négatives (l'anxiété et la dépression) résultant de la stigmatisation sociale d'avoir une maladie mentale [46, 47].

On retrouve peu d'études psychanalytiques sur le thème de l'insight et la plupart des travaux sont anglo-saxons basés sur l'analyse rétroactive de cas [48].

2.2. Le modèle neuropsychologique

Le déficit de la conscience du trouble est ici comparable à l'anosognosie (incapacité pour un patient de reconnaître la maladie ou la perte de capacité fonctionnelle dont il est atteint [49]). L'anosognosie que l'on retrouve en neurologie dans les maladies dégénératives comme la démence de type Alzheimer, correspondrait à une lésion ou une anomalie cérébrale frontale ou pariétale [50, 51].

Dans le but d'expliquer un faible insight par un dysfonctionnement cérébral, Lysaker et al. ont proposé en 1994 de définir l'insight comme l'anosognosie [52]. Dans cette définition, un faible insight est défini par la difficulté du patient à percevoir et à construire une représentation correcte de sa maladie. Ils ont utilisé des tests neuropsychologiques pour expliquer l'implication du lobe frontal dans l'insight chez les patients souffrant d'une schizophrénie. Certaines techniques d'imagerie cérébrale (l'analyse morphométrique: voxel-based morphometry), ont permis de trouver une corrélation entre un faible insight et une diminution du volume de la matière grise du cortex frontal, temporal, pariétal, cingulaire. D'autres études ne confirment pas cette idée [53].

2.3. Le modèle cognitif [43]

Le modèle proposé par Beck et al. [54] s'inscrit dans la mouvance récente des théories dites « cognitives ». Dans ce contexte spécifique, les hypothèses reposent sur le postulat de l'existence de biais cognitifs aussi appelées distorsions cognitives dans la prise en compte de la réalité et des stimuli environnementaux. Selon l'idée de Beck, ce qui différencierait spécifiquement les sujets non cliniques versus les sujets souffrant de psychoses serait leur plus grande capacité à relativiser leurs conclusions et leurs croyances, ainsi que d'admettre que ces dernières puissent être erronées. Les patients schizophrènes présenteraient alors, selon cette proposition, des biais plutôt que des déficits dans le traitement de l'information.

Afin de mettre cette hypothèse à l'épreuve, Beck et al. [54] ont développé la Beck Cognitive Insight Scale (BCIS). Il s'agit d'une échelle composée de 15 questions qui s'organise autour des scores de réflexivité (self-reflectiveness) et de certitude (self-certainty). Le premier serait le reflet de l'introspection et de la capacité du patient à pouvoir se décentrer et à critiquer ses propres croyances. Le deuxième renvoie au degré selon lequel le patient adhère à celles-ci. Dans cette échelle, un troisième score composite est proposé en calculant la différence entre les scores de réflexivité et de certitude. Ce dernier permet d'évaluer l'hypothèse selon laquelle le niveau d'adhésion du patient à ses propres croyances (certitudes) entraverait ses capacités à pouvoir les autocritiquer (réflexivité).

2.4. Approches métacognitives

La métacognition se définit comme la connaissance personnelle d'un individu sur ses capacités et ses fonctionnements cognitifs [55] (« penser sur ses propres pensées »).

Des travaux récents sur la cognition sociale (ensemble des processus qui permettent de bien comprendre les autres et d'interagir avec eux) ont exploré de nouvelles voies de recherche et ont proposé d'étudier les déficits de la conscience des troubles dans la schizophrénie à travers les modèles métacognitifs et de la théorie de l'esprit[43]. La théorie de l'esprit

correspond à la possibilité pour un sujet d'attribuer à autrui des intentions et des pensées différentes des siennes ainsi que de se représenter et reconnaître ses propres actions et intentions. Les deux concepts de métacognition et de théorie de l'esprit demeurent très proches, les théories métacognitives étant la partie des théories de l'esprit qui se concentre sur les aspects cognitifs de l'esprit [56]. En ce qui concerne les troubles schizophréniques, il est actuellement admis que les déficits des processus métacognitifs seraient centraux dans l'explication de la symptomatologie positive et négative [56] et que les patients schizophrènes présenteraient des déficits important en ce qui concerne les capacités liées à la théorie de l'esprit [57]. Ils rendraient compte de la difficulté pour les patients schizophrènes de reconnaître qu'ils sont agents de leurs propres actions et de leurs productions mentales comme dans le cas des hallucinations. Quelques études ont été publiées sur le lien entre métacognition et insight [58, 59, 60], elles montrent des corrélations significatives entre déficits des processus métacognitifs et mauvaise conscience des troubles dans la schizophrénie. Néanmoins, ces études demandent à être reproduites du fait notamment, de méthodes et protocoles expérimentaux parfois très divers[43].

2.5. L'hypothèse «clinique»

L'insight clinique peut être défini comme la présence ou l'absence de conscience de souffrir d'un trouble mental nécessitant un traitement. Dans l'objectif d'avoir des mesures empiriques de l'insight, l'insight clinique a été considéré comme une reconnaissance, une capacité d'attribution, une solidité de la croyance [61].

Selon Cuesta et Peralta, le trouble de l'insight serait un symptôme primaire lié directement à la maladie mentale [62].

3. Les dimensions de l'insight

Les premières évaluations de l'insight ont été réalisées de manière catégorielle, c'est à-dire en tout ou rien, évaluant un insight partiellement présent ou partiellement absent [5]. Par exemple l'étude multicentrique de l'« International Pilot Study of schizophrenia » menée en 1973 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [63] a permis de montrer que l'insight constitue un élément essentiel de la symptomatologie schizophrénique et qu'il est un phénomène transculturel [3].

Les mesures catégorielles sont utiles pour permettre des comparaisons entre individus sur des caractéristiques définies de manière large, mais comportent deux inconvénients majeurs, le premier étant la difficulté de bien distinguer les différentes catégories, et le second, ce qui est possible de déduire de ces descriptions catégorielles [5]. Ainsi différents auteurs ont essayé de conceptualiser l'insight comme un phénomène non plus dichotomique, mais multidimensionnel et pouvant évoluer dans le temps [41, 64, 65, 66].

Le modèle d'Amador et al. [50, 64, 67, 68] est actuellement considéré comme le modèle de référence en clinique et en recherche pour appréhender la notion de l'insight dans la schizophrénie et les troubles psychotiques en général. Ces auteurs ont proposé une approche continue et multidimensionnelle de l'insight où deux principales dimensions sont envisagées: la prise de conscience de la symptomatologie de la maladie et le processus d'attribution des symptômes (voir figure 37 ci-dessous).

Le trouble de prise de conscience est défini par ces auteurs comme un défaut d'agrément entre le jugement que le sujet porte sur sa condition, et celui qui est émis par le praticien. Cette prise de conscience concerne quatre dimensions qui sont les suivantes:

- Le trouble mental.
- Les effets du traitement.
- Les conséquences sociales de la maladie.
- Les signes et symptômes spécifiques (par exemple, les hallucinations, l'émoussement affectif, etc.).

Le déficit d'attribution des symptômes renvoie quant à lui au fait que le patient n'envisage pas un trouble mental comme étant à l'origine de ceux-ci. Dans leur modèle, ces auteurs ont également envisagés une dimension temporelle en dichotomisant l'insight de la symptomatologie actuelle de celui relatif à l'histoire passée de la maladie. L'insight est donc défini dans ce cas, comme un phénomène pouvant évoluer dans le temps.

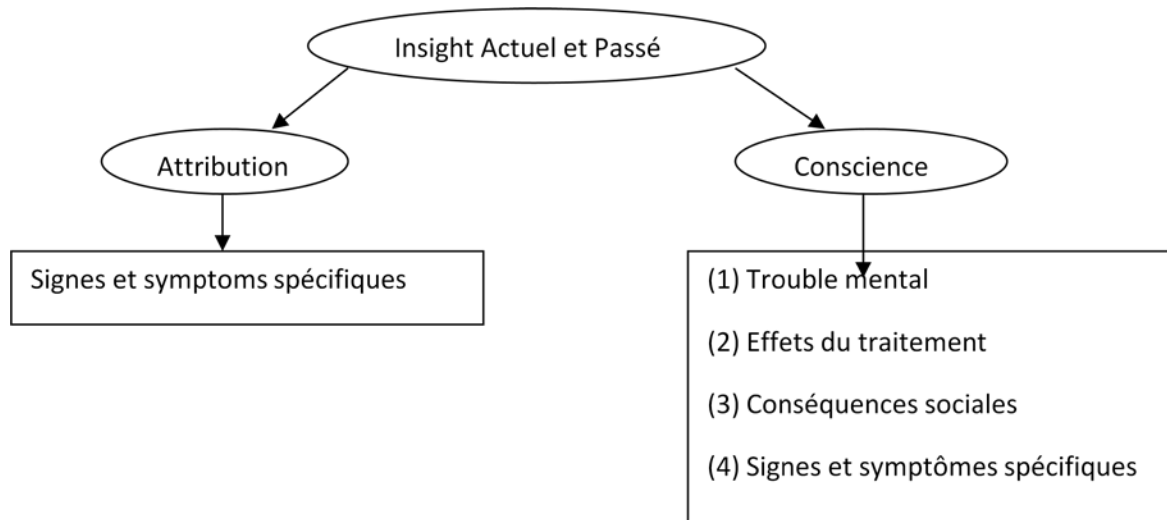


Figure 37: Modèle d'Amador et al. (1991, 1993) [64, 68]

On a proposé de distinguer « insight explicite » : clairement verbalisé par le patient et avalisé par le psychiatre, et « insight implicite » : le patient tout en niant avoir une maladie mentale, des symptômes anormaux, des problèmes de fonctionnement et d'adaptation psychosociales, des difficultés relationnelles, et la nécessité de soins et de traitement, se conforme à un comportement raisonnable, vient régulièrement aux consultations, présente une compliance et une observance thérapeutique satisfaisantes [69].

4. Les instruments d'évaluation de l'insight [70]

De nombreuses échelles ont été développées avec pour chacune sa spécificité tant par la méthode de passation utilisée (hétéro- ou auto-questionnaire) que par les items cotés ou encore

le stade de la maladie concerné (rechute ou stabilisation). Toutes ces échelles se superposent largement, comme l'ont montré Sanz et al. [71].

Young et al. ont démontré que les évaluations de l'insight ne sont pas toujours reproductibles [72]. Les degrés d'insight évalués par un auto-questionnaire ou par un praticien pour une même personne sont plus ou moins concordants en fonction de l'ordre de passage de ces deux évaluations. Les résultats obtenus avec un auto-questionnaire et un hétéro-questionnaire ne sont superposables que lorsque l'auto-questionnaire est donné en premier et que suit l'entretien semi-structuré permettant l'hétéro-évaluation. Cette variabilité souligne l'influence et/ou le « parasitage » exercés par l'entretien avec le médecin sur les réponses apportées ultérieurement par le patient, le biais lié à l'examineur mais aussi l'inconstance et la variabilité définissant la pathologie schizophrénique.

Le tableau XVIII livre une synthèse de l'ensemble des outils actuellement disponibles et validés.

Tableau XVII: Principales échelles d'évaluation de l'insight

Echelles	Auteurs	Année	Nombre d'items	Administration	Dimensions de l'insight évaluées
PANSS : G12	Kay SR. et al. [73]	1987	1 (G12)	hétéro	- Conscience de la maladie
ITAQ	McEvoy et al. [65]	1989	11	hétéro	- Conscience de la maladie - Nécessité du traitement
SAI	Davis AS et al. [40]	1990	11	hétéro	- Conscience de la maladie - Conscience des symptômes - Compliance au traitement
SUMD	Amador XF et al. [50]	1991	20	hétéro	- Conscience de la maladie - Conscience des symptômes - Nécessité du traitement - Conséquences sociales de la maladie - Attribuer une cause à la maladie
IPQ	Marková et Berrios [66]	1992	30	auto	- Conscience de la maladie - Intensité des symptômes - Conscience de changements du Soi
IS	Birchwood et al. [74]	1994	8	auto	- Conscience de la maladie - Conscience des symptômes - Nécessité du traitement
SAIQ	Marks et al. [75]	2000	17	auto	- Conscience de la maladie - Conscience du besoin d'hospitalisation - Impact de la maladie sur le plan personnel
BCIS	Beck et al. [54]	2004	15	auto	- La réflexion sur soi - La certitude dans cette réflexion

PANSS: Positive and Negative Symptoms Scale; ITAQ: Insight and Treatment Attitudes Questionnaire; SAI: Schedule for the Assessment of Insight; SUMD: The Scale to assess Unawareness of Mental Disorder; IPQ: Insight in Psychosis Questionnaire; IS: Insight Scale; SAIQ: Self-Appraisal of Illness Questionnaire; BCIS: Beck Cognitive Insight Scale.

5. Les facteurs influençant l'insight

5.1. Les facteurs démographiques

L'identification des facteurs démographiques associés au manque d'insight s'avère compliquée. Certains auteurs ont mis en évidence une association entre un mauvais insight et l'âge [47], le sexe féminin [76, 77, 78], la situation maritale [79], le faible niveau d'éducation [78, 80, 81, 82]. D'autres auteurs n'ont pas trouvé cette association [79, 83, 84, 85, 86, 87, 88].

5.2. Les facteurs socioculturels [3,89]

L'insight pourrait aussi dépendre des standards de la culture du patient, notamment de la perception de la maladie mentale. Une étude réalisée par McCABE et al. [90] a comparé différents modèles explicatifs de la maladie schizophrénique chez quatre groupes ethniques distincts (mais de seconde génération, pour éviter les biais liés à la migration):

- le modèle médical (analogie avec une maladie physique) était très investi par le groupe caucasien ;
- les explications surnaturelles (magie–envoûtement–diable) et le modèle des origines sociales de la maladie (stress–enfance–personnalité–problèmes relationnels) étaient majoritaires chez le groupe afro–caribéen, le groupe africain de l'Ouest, et le groupe originaire du Bangladesh.

Dans l'étude de Turkington et al. [91], une différence significative est apparue dans l'amélioration de l'insight après prise en charge, entre groupes ethniques. Le groupe de sujets issus des minorités noires et afro–caribéens a présenté une amélioration significativement inférieure aux populations blanches de l'étude.

Ces résultats mettent l'accent sur la nécessité de prendre en compte le contexte socioculturel [92] et les croyances des patients lors de l'évaluation de l'insight, mais aussi les croyances et attitudes du clinicien envers le patient. En effet, il existe plusieurs explications

d'origine culturelles différentes aux symptômes psychotiques, acceptées et répandues parmi les populations d'origines diverses [91, 92].

5.3. La violence

Certains travaux ont retrouvé une relation positive entre l'insight et la violence chez les patients schizophrènes notamment : Arango et al. (1999) [93]; Buckley et al. (2004) [94] Foley et al. (2005) [95]; Verma et al. (2005) [96]; Alia-Klein et al. (2007) [97]; Lera Calatayud et al. (2012) [98]; Ellouze et al. (2009) [99].

5.4. La consommation de substances psycho-actives

La prévalence à vie de la consommation de substances toxiques (abus/dépendance) est estimée à 47% chez les personnes schizophrènes selon l'enquête de l'« Epidemiologic Catchment Area (ECA) » réalisée aux Etats-Unis [100]. Les substances les plus consommées par ordre décroissant sont: le tabac, l'alcool, le cannabis et les stimulants. La comorbidité schizophrénie-toxicomanie a des conséquences majeures tant pour les patients que pour la communauté [101].

Peu d'études ont été réalisées sur la relation entre l'insight dans la schizophrénie et la consommation de substances toxiques. Il a été constaté que les patients alcooliques schizophrènes ont un pauvre insight dans l'alcoolisme comparé aux patients alcooliques non schizophrènes [102]. Ceci s'explique par le fait que l'alcool a des effets neurotoxiques qui se traduisent par des déficits neurocognitifs importants [103].

5.5. Les caractéristiques cliniques de la maladie

a- Le diagnostic

La conscience du trouble est liée au diagnostic. Beaucoup d'études ont montré que le mauvais insight est plus fréquent dans la schizophrénie (de l'ordre de 85% des patients) que dans les autres pathologies psychiatriques (trouble schizo-affectif, trouble bipolaire, trouble dépressif récurrent...) [79, 89, 98, 104].

b- Les symptômes

Plusieurs études se sont intéressées à la relation entre l'insight et les symptômes dans la schizophrénie. Certaines études ont montré l'existence d'une corrélation négative entre l'insight et les symptômes négatifs, positifs, et la sévérité globale des symptômes [47, 78, 84, 88, 105, 106, 107, 108]. D'autres études n'ont pas retrouvé cette relation [65, 68].

La divergence de ces résultats peut s'expliquer en partie par les différences dans les méthodes d'échantillonnage, la composition et la taille des échantillons de l'étude, les instruments utilisés pour mesurer l'insight et d'autres variables, et le stade de la schizophrénie [109].

c- La dépression [82, 110]

La fréquence des troubles dépressifs chez les patients schizophrènes varie de 7 à 70% selon les études, le risque sur la vie entière de développer une dépression étant cependant estimé à 65% chez ces patients [111]. Les études s'intéressant au lien entre l'insight et la dépression présentent une grande hétérogénéité. Certaines ont retrouvé une corrélation positive entre la dépression et le niveau d'insight [47, 112, 113, 114, 115], tandis que d'autres n'ont pas mis en évidence une corrélation entre la dépression et l'insight [64, 82, 116].

L'hétérogénéité des résultats de ces recherches peut s'expliquer en partie par la diversité des outils mesurant l'insight d'une étude à une autre, ainsi que l'utilisation d'échelles de dépression non spécifiques à la schizophrénie, ne discriminant pas bien les symptômes dépressifs et la symptomatologie négative.

d- Le suicide [89, 117]

Le suicide constitue la première cause de mort prématurée chez les patients souffrant de schizophrénie [118, 119, 120]. Le risque suicidaire serait majoré au cours des phases précoces de la maladie, en particulier la première année qui suit le diagnostic. La coexistence d'un trouble de l'humeur est un facteur de risque de suicide identifié dans cette population. Les données de

la littérature sont consensuelles quant au lien entre un bon niveau d'insight et une augmentation du risque suicidaire et de la suicidalité [46, 79, 121, 122, 123].

Schwartz a évoqué un continuum insight-démoralisation-dépression-risque suicidaire. L'hypothèse selon laquelle l'association entre l'insight et le risque suicidaire serait liée à l'existence d'une symptomatologie dépressive ou un sentiment de désespoir, reste à confirmer.

e- Le mode d'hospitalisation, la durée d'hospitalisation, le nombre d'hospitalisations et la durée d'hospitalisation

Dans la littérature, certains travaux ont mis en évidence une relation entre l'insight et le mode d'hospitalisation [65, 79, 123, 124, 125], la durée d'hospitalisation [65, 79, 123, 124, 125], le nombre d'hospitalisations [82], le nombre de réhospitalisations [65, 125, 126, 127], la durée d'évolution de la maladie [81], tandis que d'autres travaux n'ont pas retrouvé de relation entre l'insight et ces éléments [82, 104].

5.6. Les facteurs liés à la prise en charge thérapeutique

a. Le traitement médicamenteux

Plusieurs études ont rapporté des résultats contradictoires concernant la relation entre les niveaux d'insight et les types d'antipsychotiques reçus par les patients schizophrènes (Pallanti et al. 1999 [128]; Buckley et al. 2001[129]; Aguglia et al. 2002 [130]; Ritsner et al. 2007 [81]).

b. Les thérapies non médicamenteuses [70]

Dolder et al. ont mis en évidence que le meilleur moyen d'améliorer l'insight est d'intervenir auprès des patients à la fois dans une attitude comportementale mais aussi éducative [131].

Une revue de la littérature des études publiées depuis 1980 sur les manières d'augmenter l'adhérence au traitement chez les patients schizophrènes met en évidence l'effet positif des

méthodes éducatives, comportementales et cognitives. Elles amélioreraient l'insertion sociale, diminueraient les rechutes et les symptômes [132, 133].

La psychoéducation précoce [134] et les interventions psychothérapeutiques (comme des entretiens de motivation) peuvent améliorer l'adhésion au traitement chez les patients schizophrènes [135]. Toutes les études ne confirment pas l'efficacité du traitement psychosocial sur la compliance au traitement [136]; mais elles confirment que l'atteinte de l'insight et des fonctions cognitives sont parmi les facteurs prédictifs connus de non adhésion au traitement.

L'insight des patients présentant des pensées bizarres et des éléments délirants pourrait s'améliorer avec l'emploi des thérapies cognitivo-comportementales [91], tandis que les patients présentant des déficits cognitifs importants pourraient voir leur insight amélioré notamment par des traitements de remédiation cognitive [137].

III. Discussion des résultats

1. Rapport entre l'insight et le profil sociodémographique

1.1. Le sexe

Dans la littérature, les résultats des recherches sont divergents quant à la relation entre l'insight et le sexe. La plupart des études ont montré qu'il n'y a pas de corrélation significative entre l'insight et le sexe (Robben et al. 2002 [138], Ritsner et al. 2007 [81], Xiang et al. 2012 [88]). Seules, quelques études ont mis en évidence cette relation.

L'étude faite par Cuffel et al. (1996) a trouvé une corrélation modérée entre la conscience du trouble et le sexe. Les sujets schizophrènes de sexe féminin avaient un plus mauvais insight que ceux de sexe masculin [76].

Matton et al. (2004) ont réalisé une étude prospective concernant 679 patients schizophrènes et ont trouvé que les patientes schizophrènes avaient un insight moins bon que les patients schizophrènes, mais la symptomatologie de celles-ci était significativement plus sévère que celle des patients schizophrènes [78].

L'étude prospective (1999 à 2003) menée par De Hert et son équipe, sur un échantillon de 1213 patients schizophrènes, a mis en évidence une association significative entre l'insight et le sexe, s'expliquant par la sévérité des symptômes [82].

Notre étude n'a pas montré une relation statistiquement significative entre l'insight et le sexe ($p=0,133$). Cela peut s'expliquer par la disparité des deux groupes (sexe féminin: 17%, sexe masculin: 83%).

1.2. Le statut matrimonial

En 2002, deux études faites par Bourgeois et son équipe sur respectivement 100 et 121 patients schizophrènes hospitalisés en psychiatrie, ont montré que l'insight était meilleur chez les patients vivant en couple [79, 123].

Par contre Xiang et al. (2012), dans une étude portant sur 139 patients schizophrènes, n'a pas retrouvé de corrélation entre l'insight et les caractéristiques sociodémographiques notamment le statut matrimonial [88].

La relation entre l'insight et le statut matrimonial n'a pu être analysée dans notre étude du fait du faible effectif des patients dans les différents attributs de cette variable.

1.3. Le niveau d'instruction

Certaines études ont mis en évidence une corrélation (positive ou négative) entre le degré de conscience du trouble dans la schizophrénie et le niveau éducationnel.

L'étude prospective menée par Matton et al. (2004) sur un échantillon de 679 patients schizophrènes a montré que plus le niveau d'éducation était élevé, plus le degré de conscience du trouble était élevé [78].

Ritsner et al. ont réalisé une étude (2007) sur 107 patients schizophrènes stables et ont trouvé que les patients ayant un niveau d'éducation supérieur avaient une mauvaise conscience de leur trouble [81].

L'étude prospective réalisée par De Hert et son équipe (2009) sur 1213 patients schizophrènes, a montré que le niveau d'éducation présentait une association significative avec la conscience du trouble. En effet, les patients ayant un niveau d'éducation élevé avaient un meilleur insight [82].

D'autres études n'ont pas retrouvé de corrélation entre l'insight et le niveau éducationnel (Amador et al. 1994 [67], Xiang et al. 2012[88]).

La relation entre l'insight et le niveau d'instruction n'a pu être analysée dans notre étude à cause du faible effectif des patients dans les différents attributs de cette variable.

1.4. La profession

Parmi les études qui ont été réalisées pour explorer la relation entre l'insight chez le patient schizophrène et les caractéristiques sociodémographiques, seules quelques-unes se sont

intéressées au lien entre l'insight et la profession (Xiang et al. 2012 [88]). Ces études n'ont pas retrouvé de corrélation entre l'insight et la profession chez le schizophrène.

Dans notre étude, la relation entre l'insight et le niveau d'instruction n'a pas pu être étudiée en raison du faible effectif des patients dans les différents attributs de cette variable.

1.5. Le niveau socio-économique

Dans la littérature, on ne retrouve pas de données concernant la relation entre la conscience du trouble dans la schizophrénie et le niveau socio-économique.

En ce qui concerne notre étude, la relation entre l'insight et le niveau socio-économique n'apu être mise en évidence en raison du faible effectif des patients dans les différents attributs de cette variable.

2. Rapport entre l'insight et la consommation de toxiques

La relation entre l'insight et la consommation de substances toxiques reste non élucidée par les quelques études existantes dans la littérature.

Yen et son équipe (2009) ont réalisé une étude comparative sur 118 patients schizophrènes avec ou sans comorbidité alcoolique. Ils ont trouvé que les patients schizophrènes ayant une comorbidité alcoolique avaient un plus mauvais insight que ceux qui n'en avaient pas. Le niveau d'insight dans la schizophrénie était associé positivement au niveau d'insight dans les troubles liés à la consommation d'alcool [139].

Dans notre étude, les résultats de l'analyse de la relation entre l'insight et les habitudes toxiques, ainsi que la relation entre l'insight et le type de substance toxique consommé, n'étaient pas statistiquement significatifs (insight-habitudes toxiques: $p=0,344$; insight-tabac: $p=0,932$; insight-cannabis: $p=0,531$; insight-alcool: $p=0,678$).

3. Rapport entre l'insight et les caractéristiques cliniques de la maladie

3.1. Le type de schizophrénie

Dans la littérature, on ne retrouve pas de travaux de recherche portant sur la relation entre l'insight et le type de schizophrénie.

Dans notre étude, la relation entre l'insight et le type de schizophrénie n'a pas pu être étudiée en raison du faible effectif de patients dans les différents attributs de cette variable.

3.2. L'âge de début

Quelques études portant sur l'insight dans la schizophrénie ont pu mettre en évidence un lien entre la conscience du trouble et l'âge de début de la maladie.

L'une des conclusions de la méta-analyse de Mintz et al. (2003) sur plus de 40 études était que l'âge de début du trouble (le début tardif renforce la corrélation avec l'intensité des symptômes négatifs) et l'état aigu ou chronique du trouble (l'état aigu renforce la corrélation avec l'intensité des symptômes positifs) jouent le rôle de variables modératrices [47].

Par contre d'autres études n'ont pas trouvé de relation entre l'insight et l'âge de début de la maladie chez les patients schizophrènes. Nous pouvons citer entre autres l'étude de Ritsner et son équipe (2007), l'étude de Xiang et al. (2012) [81, 88].

La relation entre l'insight et l'âge de début de la schizophrénie n'a pas pu être étudiée dans notre travail à cause du faible effectif de patients dans la catégorie bon insight en début d'hospitalisation (mauvais insight: 92%, bon insight: 8%).

3.3. La durée d'évolution de la maladie

L'étude menée par Ritsner et al. (2007) sur 107 patients schizophrènes stables a montré que la durée d'évolution de la maladie était liée à la conscience du trouble dans la schizophrénie. En effet, les patients ayant une durée d'évolution de la maladie plus longue avaient un meilleur insight [81].

D'autres études n'ont pas retrouvé de lien entre l'insight et la durée d'évolution de la maladie dans la schizophrénie. Notamment celles de: De Hert et al. (2009) [82], Xiang et al. (2012) [88].

Notre étude n'a pas objectivé de relation statistiquement significative entre l'insight et la durée d'évolution de la maladie chez les patients schizophrènes ($p=0,980$). Cela peut s'expliquer par la disparité des deux groupes de comparaison (mauvais insight: 92%, bon insight: 8%).

3.4. Le mode d'hospitalisation

L'insight et le mode d'hospitalisation sont liés selon les données rapportées dans la littérature.

Bourgeois et son équipe ont réalisé deux études en 2002 qui ont montré que les patients schizophrènes hospitalisés en placement libre avaient un meilleur insight [79, 123].

Weiler et al. ont mené une étude (2000) sur dix-neuf sujets hospitalisés pour schizophrénie et d'autres troubles psychiatriques majeurs. Celle-ci a révélé une forte relation entre les déficits d'insight et l'hospitalisation involontaire [104].

Notre étude a objectivé une relation statistiquement significative entre l'insight et le mode d'hospitalisation ($p=0,000$).

Dans l'ensemble, ces résultats appuient la thèse selon laquelle certains patients atteints de schizophrénie nécessitent un traitement involontaire en raison de leur manque de prise de conscience de la nécessité d'un traitement [65, 124, 125].

3.5. Le nombre d'hospitalisations

Parmi les études faites sur l'insight dans la schizophrénie, certaines analysent la relation entre l'insight et le nombre d'hospitalisations. Les résultats de ces travaux ne sont pas convergents.

L'étude prospective menée par De Hert et son équipe (2009) sur 1213 patients schizophrènes, a montré que le nombre d'hospitalisations était associé à l'insight [82].

D'autres études n'ont pas retrouvé de relation entre l'insight et le nombre d'hospitalisation: Ritsner et al. (2007) [81], Xiang et al. (2012) [88].

Notre étude n'a pas objectivé de relation statistiquement significative entre l'insight et le nombre d'hospitalisations ($p=0,453$).

3.6. La violence (agressivité et antécédents judiciaires)

Les études portant sur l'insight et la violence dans la schizophrénie ont donné des résultats contradictoires. Certaines études ont montré qu'il existe un lien entre la violence et l'insight [93, 94, 95, 96, 97, 98, 99], tandis que d'autres études n'ont pas retrouvé de lien [126, 140, 141, 142].

L'étude comparative de Buckley et al. (2004) sur 226 patients schizophrènes (115 violents et 111 non violents), a retrouvé un niveau d'insight significativement plus bas chez des patients ayant commis un acte violent que chez ceux n'en ayant jamais commis. Les patients violents avaient conscience des conséquences légales de leurs actes [94].

L'étude comparative d'Ellouze et al. (2009) sur 60 patients schizophrènes (30 violents et 30 non violents), a montré que les sujets non violents se caractérisaient par un meilleur insight [99].

L'étude comparative de Yen et al. (2002) sur 74 patients schizophrènes (11 violents et 63 non violents) n'a pas montré de corrélation entre la violence et l'insight [126].

Dans notre étude, l'analyse de la relation entre l'insight, l'agressivité à l'admission et les antécédents judiciaires des patients n'a pas objectivé de relation statistiquement significative (insight-agressivité : $p=0,076$; insight-antécédents judiciaires: $p=0,441$).

En dépit d'un lien intuitif entre l'insight et la violence, l'état actuel de la recherche ne fournit pas de support clair pour une relation causale. Afin d'obtenir une réponse plus précise, de nouvelles études sont nécessaires suivant la conception des études prospectives [143].

3.7. Les symptômes positifs, négatifs et généraux (PANSS au début et à la fin de l'hospitalisation)

La plupart des études qui se sont intéressées au lien entre l'insight et la symptomatologie dans la schizophrénie, ont mis en évidence une corrélation significative entre celui-ci et les symptômes positifs, négatifs, et généraux.

La méta-analyse de Mintz et al. (2003) portant sur plus de 40 études publiées depuis 1974, a révélé une corrélation négative significative mais modeste entre sévérité globale, sévérité des symptômes positifs, sévérité des symptômes négatifs et niveau d'insight [47].

Keshavan et al. (2004) ont réalisé une étude sur 535 patients psychotiques qui a montré forte corrélation entre les déficits d'insight et les 3 domaines de psychopathologie de la PANSS (positive, négative, générale) [144].

L'étude prospective de De Hert et al. (2009) sur un grand échantillon de 1213 patients schizophrènes, a montré que l'insight était inversement associé à la sévérité des symptômes dans l'ensemble, et les domaines des symptômes positifs, négatifs, excitateurs et cognitifs. Les idées délirantes, la mégalomanie, le mauvais rapport, le retrait social, le sentiment de culpabilité sont les symptômes qui présentaient une plus forte corrélation avec l'insight [82].

L'étude de Xiang et al. (2012) sur une cohorte de 139 patients schizophrènes chinois stables a trouvé une corrélation modérée entre le manque de conscience du trouble et les trois domaines de la PANSS (symptômes positifs, négatifs et généraux). Cependant, dans les analyses multivariées, seuls les symptômes négatifs étaient inversement associés à l'insight [88].

Notre étude a également objectivé une relation négative statistiquement significative entre l'insight et les différents domaines de la PANSS au début et à la fin de l'hospitalisation des patients (Insight-échelle positive: entrée $p=0,017$; sortie $p=0,029$. Insight-échelle négative: entrée $p=0,010$; sortie $p=0,042$. Insight-échelle de psychopathologie générale: entrée $p=0,010$; sortie $p=0,001$).

3.8. La dépression

Certaines études récentes ont montré qu'une meilleure conscience des troubles s'associait à la dépression et une faible estime de soi chez les patients souffrant de schizophrénie [112, 145, 146, 147]. Toutefois, d'autres études [88, 148, 149] n'ont pas réussi à trouver une corrélation entre la dépression et une meilleure conscience des troubles.

Dans la méta-analyse de la littérature, Mintz et al. (2003) ont retrouvé également une corrélation positive entre la dépression et le niveau d'insight [47].

L'étude pilote menée par Bouvet et al. (2010) en France sur vingt patients schizophrènes, a mis en évidence la corrélation positive existant entre insight et la dépression, et la corrélation négative existant entre insight et estime de soi [110].

L'analyse du lien entre l'insight dans la schizophrénie et la dépression n'a pas pu se faire dans notre étude car l'effectif des patients ayant une dépression associée était faible (trois patients).

3.9. Le suicide

Les données de la littérature sont consensuelles quant au lien entre un bon niveau d'insight et une augmentation du risque suicidaire.

Bourgeois et al. [150] ont analysé les données de 980 patients inclus dans une cohorte : « l'International Suicide Prevention Trial ». Ils montrent que lorsqu'il est considéré indépendamment des autres variables, l'insight est associé au risque suicidaire. Plus la conscience des troubles est bonne, plus grand est le risque de suicide. Ils montrent que la relation entre insight et risque suicidaire est liée par l'intensité de la symptomatologie dépressive et le sentiment de désespoir.

Drake et al. [151] avaient trouvé des résultats similaires, soulignant que la conscience douloureuse de la maladie psychotique constitue l'un des facteurs prédictifs de suicide le plus important chez les patients souffrant de schizophrénie.

Notre étude n'a pas objectivé de relation statistiquement significative entre l'insight et le risque suicidaire ($p=0,287$). Cela peut s'expliquer par le faible effectif des patients ayant un risque suicidaire dans notre échantillon (quatre pourcent).

4. Rapport entre l'insight et la prise en charge thérapeutique

4.1. La durée d'hospitalisation

Peu d'études se sont intéressées au lien entre l'insight dans la schizophrénie et la durée d'hospitalisation.

Bourgeois et al. (2002) ont évalué la conscience de la maladie dans deux échantillons comportant respectivement 100 et 121 patients hospitalisés. Ils ont trouvé qu'un meilleur insight correspondait à une hospitalisation brève [79, 123].

Dans notre étude, nous n'avons pas pu établir un lien statistiquement significatif entre l'insight et la durée d'hospitalisation des patients ($p=0,321$).

4.2. Le type de traitement

Les données de la littérature sont hétérogènes sur la relation entre l'insight et le type de traitement médicamenteux reçu par le patient.

L'étude menée par Aguglia et al. (2002) sur vingt-deux patients schizophrènes a montré que le passage du traitement par les NLC aux NLA permettait une amélioration des symptômes psychotiques et une amélioration des niveaux d'insight [130].

Ritsner et son équipe (2007) ont mené une étude sur 107 patients schizophrènes stables et vivant en communauté qui n'a pas retrouvé une corrélation significative entre l'insight et le type de traitement (NLC et NLA) reçu par les patients [81].

Notre travail n'a pas également montré de lien statistiquement significatif entre la conscience des troubles et le type de traitement reçu (insight-NLC : $p=0,286$; insight-NLA :

$p=0,616$). Cela peut s'expliquer par la disparité des groupes de comparaison, et la courte durée d'observation des patients sous traitement.

4.3. L'observance thérapeutique [143]

Le lien entre la conscience des troubles et l'observance du traitement semble évident. Lincoln et al. (2007) ont identifié une quinzaine d'études transversales qui ont tenté de trouver une association entre l'insight et la compliance au traitement [152]. Neuf d'entre elles ont trouvé une association entre la conscience des troubles et l'observance : Cuffel et al., 1996 [76]; Macpherson et al., 1997 [153]; Smith et al., 1999 [154]; Coldham et al., 2002 [155]; Kozuki et Froelicher, 2003 [156]; Yen et al., 2005 [157]; Watson et al., 2006 [158]; Mutsatsa et al., 2003 [159]; Donohoe et al., 2001 [160]. Cinq études ont révélé des tendances ou des résultats mitigés : Smith et al., 1997 [161]; Moore et al., 2000 [162]; Kamali et al., 2001 [163]; Agarwal et al., 2004 [164]; Garavan et al., 1998 [165]. Une étude n'a pas trouvé de relation : Day et al. 2005 [166].

Une grande étude allemande réalisée par Schennach-Wolff et al. (2009), a révélé qu'une bonne conscience de la maladie était significativement prédictive des attitudes positives envers l'observance post-hospitalière [167].

Les résultats de l'analyse du lien entre la conscience des troubles et l'observance chez les anciens patients de notre étude, étaient statistiquement significatif ($p=0,034$).

IV. Les limites de l'étude

Certaines limites méthodologiques ont été soulevées dans ce travail de thèse:

- ✓ Le recrutement accidentel (échantillonnage non probabiliste) des patients qui expliquent la disparité entre les deux sexes.
- ✓ L'évaluation de la conscience des troubles se faisait par le praticien avec une échelle d'auto-évaluation (Birchwood Insight Scale).
- ✓ Le type de l'étude n'était pas adapté pour la recherche d'une relation entre l'insight et certaines variables (sociodémographiques, cliniques, traitement).

CONCLUSION

La schizophrénie est une psychose chronique dans laquelle la conscience des troubles est fréquemment altérée. L'insight chez le patient schizophrène est un concept complexe, multidimensionnel et dont l'origine de l'altération reste incertaine. Ce concept garde toute sa pertinence clinique, car il est corrélé à l'alliance thérapeutique et au pronostic.

L'étude transversale que nous avons menée a permis de dégager certaines caractéristiques liées à la conscience de la maladie chez le schizophrène hospitalisé. Il s'agit du mode d'hospitalisation, la symptomatologie (positive, négative et générale) et l'observance thérapeutique.

En guise de perspectives, nous suggérons la réalisation d'autres études suivant des protocoles originaux, portant sur des échantillons de patients homogènes, avec des mesures de l'insight adaptées, pour une meilleure identification des facteurs associés à la conscience du trouble et une meilleure prise en charge globale des patients.

RESUMES

Résumé

La schizophrénie est une maladie chronique qui touche 1% de la population mondiale et représente un enjeu majeur de santé publique. Elle est souvent associée à une méconnaissance du trouble, sévère et persistante. Notre étude prospective a été réalisée au sein du service psychiatrique du centre hospitalier universitaire Mohammed VI de Marrakech sur 100 patients hospitalisés entre Août 2012 et Février 2013, pour schizophrénie diagnostiquée selon les critères du DSM-IV R. Notre objectif était d'évaluer leur insight, et identifier les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques associées à cet insight. Un hétéro-questionnaire préétablie comportant des échelles d'évaluations standardisées a permis de recueillir les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents psychiatriques, toxiques et judiciaires ainsi que les caractéristiques cliniques et thérapeutiques de chaque patient. L'âge moyen de nos patients était de 32 ans, quatre-vingt-trois pourcent étaient de sexe masculin, quatre-vingt-douze pourcent avaient un mauvais insight en début d'hospitalisation, et la durée moyenne d'hospitalisation était de 29 jours. L'analyse bivariée a permis de dégager quelques résultats significatifs: un mauvais insight s'associait à une hospitalisation sous contrainte, à des scores plus élevés des symptômes positifs, négatifs, et généraux de l'échelle des symptômes positifs et négatifs (PANSS), et à une mauvaise observance thérapeutique. En conclusion, le manque de conscience du trouble est une dimension importante de la schizophrénie, pouvant être influencé par différents facteurs, et ayant un impact sur l'alliance thérapeutique, l'observance du traitement et le pronostic. Nous suggérons la réalisation d'autres études, suivant des protocoles originaux, portant sur des échantillons de patients homogènes, avec des mesures de l'insight adaptées, pour une meilleure identification des facteurs associés à la conscience du trouble, et une meilleure prise en charge globale de la maladie.

Abstract

Schizophrenia is a chronic disease that affects 1% of world population and represents a major public health issue. It is often associated with a severe and persistent lack of awareness of the disorder. Our prospective study was carried out at the psychiatric service of Mohammed VI Academic Medical Center in Marrakech on 100 patients hospitalized between August 2012 and February 2013, for schizophrenia diagnosed according to DSM-IV R criteria. The aim of our study was to assess their insight, and identify therapeutic socio-demographic, clinical, associated with this insight. A preestablished hetero-questionnaire with standardized assessment scales enabled us to collect sociodemographic characteristics, psychiatric, toxic and judicial antecedents and clinical characteristics, and treatment of each patient. The average age of our patients was 32 years, male gender was predominant (83%), ninety-two percent had poor insight at the beginning of hospitalization and the average hospital stay was 29 days. The bivariate analysis has identified some significant results: poor insight was associated with involuntary commitment status, with higher scores of positive, negative and general symptoms on the positive and negative symptoms scale (PANSS), and poor treatment adherence. In conclusion, lack of insight in schizophrenia is an important dimension that can be influenced by various factors, and having an impact on the therapeutic alliance, treatment adherence and prognosis. We suggest further studies, according to the originals designs, on homogeneous patients samples, with suitable measures of insight, for better identification of factors associated with awareness of the disorder, and better global management of the disease.

ملخص

يعتبر مرض الفصام مرضا مزمنًا ، يصيب 1% من سكان العالم و يعتبر تحديا كبيرا للصحة العمومية. يعاني مرضى الفصام من عدم الوعي بمرضهم ، و ذلك بشكل حاد و كبير و مستمر. قمنا بإنجاز دراسة مستقبلية بمصلحة الطب النفسي بالمركز الإستشفائي الجامعي محمد السادس بمراكش همت مائة مريض مصاب بالفصام الذي تم تشخيصه اعتمادا على شروط الدليل التشخيصي و الإحصائي للإضطرابات العقلية، الهدف منها تقييم درجة الوعي بهذا المرضى لدى المرضى و كذا تحديد العوامل المؤثرة به: العوامل السوسيوديمغرافية ، السريرية و المرتبطة بنوع العلاج. تمكنا بفضل استطلاع منجز يحتوي على مجموعة من معايير التقييم من تحديد الخصائص السوسيوديمغرافية و السوابق العقلية و السمومية و القانونية و كذا الخصائص السريرية و العلاجية لكل مريض. متوسط عمر مرضانا هو 32 سنة، 83% منهم كانوا رجالا و 92% كانوا غير واعين بمرضهم عند بداية الإيواء الإستشفائي. متوسط مدة هذا الأخير هو 29 يوما. لقد خلص التحليل ثنائي المتغير إلى وجود علاقة بين نقص درجة الوعي بالمرض و الإيواء المفروض بالمستشفى من جهة و كذا الأعراض السلبية و الإيجابية و العامة للمرض حسب استبيان بانس و تقبل العلاج و الإستمرار فيه من جهة أخرى. . في النهاية، يجب التذكير أن درجة الوعي بمرض الفصام تعد عاملا مؤثرا في تطور المرض و تقبل العلاج و العلاقة الإيجابية بين الطبيب النفساني و المريض. نقترح إنجاز دراسات أخرى تشمل عينات متجانسة من المرضى، مع قياس ملائم لدرجة الوعي من أجل تحديد أفضل للعوامل المرتبطة بالوعي بالمرض و كذا من أجل تكفل شامل بالمرض

ANNEXES

Annexe I:

Fiche d'exploitation

Dossier n° :

Date :

I Données sociodémographiques

Nom et prénom :

Age : ans

Sexe : 1-F 2-M

Situation familiale : 1-Célibataire 2-Marié(e) 3-Divorcé(e) 4-Veuf (Ve)

Enfant : 1-Sans 2-Avec enfants

Nombre d'enfants :

Niveau d'instruction : 1-Sans 2-Primaire 3-Secondaire 4-

Universitaire

Profession : 1-Sans 2-Femme au foyer 3-

Ouvrier

 4-Fonctionnaire 5-Cadre sup 6 Profession libérale 7-

Autres

Niveau économique : 1-Faible 2-Moyen 3-Elevé

II Antécédents

A-Personnels

1-Médicaux 1-oui 2-non

2-Chirurgicaux 1-oui 2-non

3-Judiciaires 1-oui 2-non

4-Psychiatriques 1-oui 2-non

5-Type d'ATCD psy: 1-Dépression 2-TS 3-Tb anxieux

4-Autre

6-Habitudes toxiques : 1-oui 2-non

7-Type d'habitudes toxiques :

1-Tabac 1-oui 2- non

2-Cannabis 1-oui 2-non

3-Alcool 1-oui 2-non

4-Autres toxiques (psychotropes, colle synthétique, cocaïne, héroïne...)

Type d'hospitalisation actuelle : 1-Libre 2-Sous contrainte (famille, police)

Symptômes :

Délire : 1- Oui 2-non

Thème du délire: 1-Persécution 2-Ensorcellement 3-Influence 4-Grandeur

5-Mystique 6-Erotomanie 7-Jalousie 8-Revendication 9-Autres :

Hallucinations : 1-oui 2-non

Type d'hallucination : 1-Auditives 2-Visuelles 3-Olfactives 4-

Gustatives 5-Tactiles 6-Cénesthésiques 7- Psychiques

8-Autres

Agressivité : 1-Oui 2-Non

PANNS entrée : 1-Score positif 2-Score négatif 3-Score total

PANNS sortie : 1-Score positif 2-Score négatif 3-Score total

Attribution des symptômes: 1-Maladie mentale 2-Sorcellerie 3-Ne se dit pas malade 4-Autre

Dépression : 1-Oui 2-Non

Type de dépression: 1-Episode dépressif majeur caractéristiques mélancoliques 2-Episode dépressif majeur avec 3-Dysthymie

Score Hamilton dépression (voir page) :

Risque suicidaire : 1-Oui 2-Non

Au cours du mois écoulé, avez-vous :

C1	Pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e) ?	NON	OUI	1
C2	Voulu vous faire du mal ?	NON	OUI	2
C3	Pensé à vous suicider ?	NON	OUI	3
C4	Etabli la façon dont vous pourriez vous suicider ?	NON	OUI	4
C5	Fait une tentative de suicide ?	NON	OUI	5
C6	Au cours de votre vie, avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?	NON	OUI	6
	Y a-t-il au moins UN OUI ci-dessus Si, OUI spécifier le niveau du risque suicidaire comme ci-dessous : C1 ou C2 ou C3= oui : LEGER C3 ou (C2+C6)=oui : MOYEN C4 ou C5 ou (C3+C6)= ELEVE	NON Risque suicidaire actuel : Léger Moyen Elevé	OUI	

Echelle risque suicidaire : 1- léger 2-moderé 3-élevé

IV Prise en charge thérapeutique et pronostic

Pronostic :	1-Bon	2-Moyen	3-Sévère
Traitement :	1-Neuroleptiques classiques	2-Neuroleptiques atypiques	3-Thymorégulateurs
	4-Antidépresseurs	5-Anxiolytiques	6-Sismothérapie
	7-Ergothérapie		
Observance du traitement :	1-Irrégulière	2-Régulière	

Durée d'hospitalisation(en jours) :

V Evaluation de l'insight à l'entrée et à la sortie du malade

IS - (échelle d'insight)

Birchwood et al. 1994, Insight Scale for Psychosis - auteurs,
Traduction Sabrina Linder et Jérôme Favrod - 2006.

	D'accord	Pas d'accord	Incertain(e)
1. Certains des symptômes ont été créés par mon imagination	2	0	1
2. Je me sens psychologiquement bien	0	2	1
3. Je n'ai pas besoin de traitement médicamenteux	0	2	1
4. Mon séjour à l'hôpital était nécessaire	2	0	1
5. Le médecin a raison de me prescrire un traitement médicamenteux	2	0	1
6. Je n'ai pas besoin d'être vu(e) par un médecin ou un psychiatre	0	2	1
7. Si quelqu'un disait que j'avais une maladie nerveuse ou mentale il aurait raison	2	0	1
8. Aucune des choses inhabituelles que j'ai vécues n'est due à une maladie	0	2	1

Score du malade à l'entrée:

Score du malade à la sortie:

1-Pas d'insight 2-Mauvais insight 3-Bon insight 4- Très bon insight

Score maximal = 12 - Très bon insight

Score minimal = 0 - Pas d'insight

(9 et plus = bon insight)

Sous-échelles :

Items		Total Possible
1, 8	Conscience des symptômes	4 (3ou 4 = bon insight, 1 ou 2 = pauvre insight)
2, 7	Conscience de la maladie	4 (3or 4 = bon insight, 1 ou 2 = pauvre insight)
3, 4, 5, 6	Besoin de traitement (il faut additionner les items et les diviser par 2)	4 (3or 4 = bon insight, 1 ou 2 = pauvre insight)

Entrée Sortie

1 = Pas d'insight (score=0)

2=Mauvais insight (score entre 1 et 8)

3=Bon insight (score entre 9 et 11)

4= Très bon insight (score=12)

Entrée Sortie

Conscience des symptômes : 1-Pas d'insight (score=0)

2-Pauvre insight (score =1 ou 2)

3-Bon insight (score =3ou 4)

Conscience de la maladie : 1-Pas d'insight (score=0)

2-Pauvre insight (score =1 ou 2)

3-Bon insight (score =3ou 4)

Besoin du traitement : 1-Pas d'insight (score=0)

2-Pauvre insight (score =1 ou 2)

3-Bon insight (score =3ou 4)

Positive And Negative Symptoms Scale (P.A.N.S.S.) à l'entrée et à la sortie du malade

KAY S.R., OPLER L.A. et FISZBEIN A.

Traduction française : J.P. LEPINE

Entourer la cotation appropriée à chaque dimension.

Echelle positive

Abs Min Leg Mod M/S Sev Ext

1 – Idées délirantes	1	2	3	4	5	6	7
2 – Désorganisation conceptuelle	1	2	3	4	5	6	7
3 – Activité hallucinatoire	1	2	3	4	5	6	7
4 – Excitation	1	2	3	4	5	6	7
5 – Idées de grandeur	1	2	3	4	5	6	7
6 – Méfiance/persécution	1	2	3	4	5	6	7
7 – Hostilité	1	2	3	4	5	6	7

Echelle négative

	Abs	Min	Leg	Mod	M/S	Sev	Ext
1 – Eoussement de l'expression des émotions	1	2	3	4	5	6	7
2 – Retrait affectif	1	2	3	4	5	6	7
3 – Mauvais contact	1	2	3	4	5	6	7
4 – Repli social passif/apathique	1	2	3	4	5	6	7
5 – Difficultés d'abstraction	1	2	3	4	5	6	7
6 – Absence de spontanéité et de fluidité dans la conversation	1	2	3	4	5	6	7
7 – Pensées stéréotypées	1	2	3	4	5	6	7

Echelle de psychopathologie générale

	Abs	Min	Leg	Mod	M/S	Sev	Ext
1 – Préoccupations somatiques	1	2	3	4	5	6	7
2 – Anxiété	1	2	3	4	5	6	7
3 – Sentiments de culpabilité	1	2	3	4	5	6	7
4 – Tension	1	2	3	4	5	6	7
5 – Maniérisme et troubles de la posture	1	2	3	4	5	6	7
6 – Dépression	1	2	3	4	5	6	7
7 – Ralentissement psychomoteur	1	2	3	4	5	6	7
8 – Manque de coopération	1	2	3	4	5	6	7
9 – Contenu inhabituel de la pensée	1	2	3	4	5	6	7
10 – Désorientation	1	2	3	4	5	6	7
11 – Manque d'attention	1	2	3	4	5	6	7
12 – Manque de jugement et de prise de conscience de la maladie	1	2	3	4	5	6	7
13 – Troubles de la volition	1	2	3	4	5	6	7
14 – Mauvais contrôle pulsionnel	1	2	3	4	5	6	7
15 – Préoccupation excessive de soi (tendances autistiques)	1	2	3	4	5	6	7
16 – Evitement social actif	1	2	3	4	5	6	7

Entrée :

Score positif : |__|__|

Score négatif : |__|__|

Score général : |___|___|___|

Sortie :

Score positif : |___|___|

Score négatif : |___|___|

Score général : |___|___|___|

ECHELLE DE DEPRESSION DE HAMILTON HAMD-21

INSTRUCTIONS

Pour chacun des 17 items choisir la définition qui caractérise le mieux
Le malade et écrire dans la case la note correspondante

1 Humeur dépressive :

(Tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, autodépréciation).

0. Absent.

1. Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet.

2. Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.

3. Le sujet communique ces états affectifs non verbalement ; par ex. par son
Expression faciale, son attitude, sa voix et sa tendance à pleurer.

4. Le sujet ne communique PRATIQUEMENT QUE ces états affectifs dans
Ses communications spontanées verbales et non verbales.

2 Sentiments de culpabilité :

0. Absent.

1. S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un
Préjudice à des gens.

2. Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou sur des
Actions condamnables.

3. La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.

4. Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations
visuelles menaçantes.

3 Suicide :

0. Absent.

1. A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.

2. Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée
Contre lui-même.

3. Idées ou geste de suicide.

4. Tentatives de suicide (coter 4 toutes tentatives sérieuses).

4 Insomnie du début de la nuit :

0. Pas de difficulté à s'endormir.

1. Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir ; par ex. de mettre plus d'une demi-heure.

2. Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.

5 Insomnie du milieu de la nuit :

0. Pas de difficulté.

1. Le malade se plaint d'être agité et troublé pendant la nuit.

2. Il se réveille pendant la nuit (coter 2 toutes les fois où le malade se lève du lit sauf si c'est pour uriner).

6 Insomnie du matin :

0. Pas de difficulté.

1. Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort.

2. Incapable de se rendormir s'il se lève.

7 Travail et activités :

0. Pas de difficulté.

1. Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.

2. Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente – ou bien décrite directement par le malade, ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations (il a l'impression qu'il doit se forcer pour travailler ou pour avoir une activité quelconque).

3. Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité. A l'hôpital : coter 3 si le malade ne passe pas au moins 3 heures par jour à des activités – aides aux infirmières ou thérapie occupationnelle (à l'exclusion des tâches de routine de la salle).

4. A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle. A l'hôpital, coter 4 si le malade n'a aucune autre activité que les tâches de routine de salle, ou s'il est incapable d'exécuter ces tâches de routine sans être aidé.

8 Ralentissement :

(Lenteur de la pensée et du langage ; baisse de la faculté de concentration ; baisse de l'activité motrice).

0. Langage et pensée normaux.

1. Léger ralentissement à l'entretien.

2. Ralentissement manifeste à l'entretien.

3. Entretien difficile.

4. Stupeur.

9 Agitation :

0. Aucune.

1. Crispations, secousses musculaires.
2. Joue avec ses mains, ses cheveux, etc.
3. Bouge, ne peut rester assis tranquille.
4. Se tord les mains, ronge ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres.

10 Anxiété psychique :

0. Aucun trouble.

1. Tension subjective et irritabilité.
2. Se fait du souci à propos de problèmes mineurs.
3. Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage.
4. Peurs exprimées sans qu'on pose de questions.

11 Anxiété somatique :

Concomitants physiques de l'anxiété tels que :

- Gastro-intestinaux**(bouche sèche, troubles digestifs, diarrhée, Coliques, éructations),
- Cardiovasculaires** (palpitations, céphalées),
- Respiratoires** (hyperventilation, soupirs),
- Pollakiurie**
- Transpiration**

0. Absente.

1. Discrète.
2. Moyenne.
3. Grave.
4. Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle.

12 Symptômes somatiques gastro-intestinaux :

0. Aucun.

1. Perte d'appétit, mais mange sans y être poussé par les infirmières. Sentiment de lourdeur abdominale.
2. A des difficultés à manger en l'absence d'incitations du personnel. Demande ou a besoin de laxatifs, de médicaments intestinaux ou Gastriques.

13 Symptômes somatiques généraux :

0. Aucun.

1. Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, Céphalées, douleurs musculaires. Perte d'énergie et fatigabilité.
2. Coter 2 au cas où n'importe quel symptôme est net.

14 Symptômes génitaux : symptômes tels que : perte de libido, troubles

Menstruels.

0. Absents.

1. Légers.

2. Graves.

15 Hypochondrie :

0. Absente.

1. Attention concentrée sur son propre corps.

2. Préoccupations sur sa santé.

3. Plaintes fréquentes, demandes d'aide, etc.

4. Idées délirantes hypochondriaques.

16 Perte de poids : (coter soit A, soit B)

A. (D'après les dires du malade).

0. Pas de perte de poids.

1. Perte de poids probable liée à la maladie actuelle.

2. Perte de poids certaine (suivant ce que dit le sujet).

**B. (Appréciation par pesées hebdomadaires par le personnel soignant
Lorsque des modifications actuelles de poids sont évaluées).**

0. Moins de 500 g de perte de poids par semaine.

1. Plus de 500 g de perte de poids par semaine.

2. Plus de 1 Kg de perte de poids par semaine.

17 Prise de conscience :

0. Reconnaît qu'il est déprimé et malade.

1. Reconnaît qu'il est malade, mais l'attribue à la nourriture, au climat, au Surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc.

2. Nie qu'il est malade.

Total des 17 premiers items :

Plus la note est élevée, plus la dépression est grave :

De 10 à 13: symptômes dépressifs légers

De 14 à 17: symptômes dépressifs légers à modérés

Plus de 18: symptômes dépressifs modérés à sévères

Annexe II:

Critères diagnostic de la schizophrénie DSM-IV R et classification de la schizophrénie

Critères diagnostiques de la schizophrénie selon le DSM-IV R :

- Critère A- Symptômes caractéristiques : présence de 2 ou plus des manifestations suivantes pendant au moins 1 mois (ou moins en cas de traitement) :
 - Idées délirantes.
 - Hallucinations.
 - Discours désorganisé (coq à l'âne fréquents ou incohérence).
 - Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.
 - Symptômes négatifs (émoussement affectif, alogie, ou perte de volonté).

NB : Un seul symptôme du Critère A est requis si les idées délirantes sont bizarres ou si les hallucinations consistent en une voix commentant en permanence le comportement ou les pensées du sujet, ou si, dans les hallucinations, plusieurs voix conversent entre elles.

- Critère B- Dysfonctionnement social/des activités : pendant une partie significative du temps depuis la survenue de la perturbation, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation (ou en cas de survenue dans l'enfance ou l'adolescence, incapacité à atteindre le niveau de réalisation interpersonnelle, scolaire, ou dans d'autres activités auquel on aurait pu s'attendre).
- Critère C- Durée: des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6mois. Cette période de 6mois doit comprendre au moins 1mois de symptômes (ou moins quand ils répondent favorablement au traitement) qui répondent au critère A (symptômes de la phase active) et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes de la perturbation peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs ou par deux ou plus des symptômes figurant dans le Critère A présents sous une forme atténuée (par exemple, croyances bizarres, perceptions inhabituelles).
- Critère D- Exclusion d'un trouble schizo-affectif et d'un trouble de l'humeur : un trouble schizo-affectif et un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés soit parce qu'aucun épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte n'a été présent simultanément aux symptômes de la phase active ; soit parce que si des épisodes thymiques ont été présents pendant les symptômes de la phase active, leur durée totale a été brève par rapport à la durée des périodes actives et résiduelles.
- Critère E- Exclusion d'une affection médicale générale/due à une substance: la perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (une drogue donnant lieu à un abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

- Critère F- Relation avec un trouble envahissant du développement: en cas d'antécédent de trouble autistique ou d'un autre trouble envahissant du développement, le diagnostic additionnel de schizophrénie n'est fait que si des idées délirantes ou des hallucinations prononcées sont également présentes pendant au moins un mois(ou moins quand elles répondent favorablement au traitement).

Classification de la schizophrénie selon le DSM-IV R :

- ❖ Paranoïde : répondant aux critères suivants :
 - Une préoccupation par une ou plusieurs idées délirantes ou par des hallucinations auditives fréquentes.
 - Aucune des manifestations suivantes n'est au premier plan: discours désorganisé, comportement désorganisé ou catatonique, ou affect abrasé ou inapproprié.
- ❖ Désorganisé : retenu quand toutes les manifestations suivantes sont au premier plan: discours désorganisé, comportement désorganisé, affect abrasé ou inapproprié.
- ❖ Catatonique : quand le tableau clinique est dominé par au moins deux des manifestations suivantes : immobilité motrice, activité motrice excessive, négativisme extrême, positions catatoniques, écholalie ou échopraxie.
- ❖ Indifférencié : qui correspond à un type de schizophrénie comprenant des symptômes répondant au critère A, mais ne répondant pas aux critères du type paranoïde, désorganisé ou catatonique.
- ❖ Résiduel : retenu devant l'absence d'idées délirantes manifestes, d'hallucinations, de discours désorganisé et de comportement grossièrement désorganisé ou catatonique et la persistance d'éléments de la maladie mais sous une forme atténuée.

Annexe III:

Liste des illustrations

Liste des figures

Figure 1: Répartition de la population étudiée selon l'âge.....	- 9 -
Figure 2: Répartition de la population selon le sexe	- 10 -
Figure 3: Répartition de la population selon le statut matrimonial	- 10 -
Figure 4: Répartition des patients selon le niveau d'instruction	- 11 -
Figure 5: Répartition de la population étudiée selon la profession	- 11 -
Figure 6: Distribution des patients selon le niveau socio-économique	- 12 -
Figure 7: Répartition des patients selon le type d'antécédents personnels.....	- 14 -
Figure 8: Répartition des patients selon la nature des substances toxiques consommées .	- 15 -
Figure 9: Distribution des patients selon le type d'addiction.....	- 15 -
Figure 10: Répartition des patients selon le type d'antécédents judiciaires.....	- 16 -
Figure 11: Distribution de la population selon la nature des antécédents psychiatriques familiaux	- 16 -
Figure 12: Répartition des patients en fonction du type de schizophrénie selon le DSM-IV R-	- 18 -
Figure 13: Distribution des patients selon l'âge de début du trouble	- 18 -
Figure 14: Répartition des patients selon le mode d'hospitalisation actuelle	- 19 -
Figure 15: Distribution des patients selon leur type de fonctionnement social	- 20 -
Figure 16: Répartition des patients selon leurs thématiques délirantes.....	- 21 -
Figure 17: Distribution des patients selon le type de leurs hallucinations.....	- 21 -
Figure 18: Répartition des patients selon l'association à une dépression.....	- 22 -
Figure 19: Répartition des patients selon le type de traitement reçu durant l'hospitalisation-	- 24 -
Figure 20: Répartition des patients selon le pronostic évalué par le médecin.....	- 25 -
Figure 21: Variabilité de l'insight des patients entre le début et la fin de l'hospitalisation.	- 25 -
Figure 22: Variabilité de la conscience des symptômes des patients entre le début et la fin de l'hospitalisation (sous-échelle 1 de la Birchwood Insight Scale, voir annexe)	- 26 -
Figure 23: Variabilité de la conscience de la maladie des patients durant l'hospitalisation (sous- échelle 2 de la Birchwood Insight Scale, voir annexe).....	- 27 -
Figure 24: Variabilité de la conscience du besoin de traitement des patients durant l'hospitalisation (sous-échelle 3 de la Birchwood Insight Scale, voir annexe)	- 27 -
Figure 25: Distribution des patients selon l'attribution des symptômes de la maladie	- 28 -
Figure 26: Rapport entre l'insight et le sexe.....	- 31 -
Figure 27: Rapport entre l'insight et les antécédents judiciaires	- 34 -
Figure 28: Rapport entre l'insight et la consommation de substances toxiques	- 35 -
Figure 29: Variabilité de l'insight en fonction du mode d'hospitalisation.....	- 37 -
Figure 30: Rapport entre l'insight et l'agressivité.....	- 38 -
Figure 31: Rapport entre l'insight et le risque suicidaire.....	- 40 -
Figure 32: Rapport entre l'insight et les neuroleptiques classiques	- 41 -

Figure 33: Rapport entre l'insight et les neuroleptiques atypiques.....	- 41 -
Figure 34: Rapport entre l'insight et les thymorégulateurs	- 42 -
Figure 35: Variabilité de l'insight selon l'observance chez les anciens patients	- 43 -
Figure 36: Modèle Vulnérabilité–stress de la schizophrénie (selon Lalonde P.)	49
Figure 37: Modèle d'Amador et al. (1991, 1993)	67

Liste des tableaux

Tableau I: Les caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée	- 13 -
Tableau II: Prévalence des antécédents personnels et familiaux dans la population étudiée-	17 -
Tableau V: Durée d'hospitalisation des patients	- 24 -
Tableau VI: Caractéristiques cliniques, thérapeutiques, évolutives de la schizophrénie dans la population étudiée et évaluation de l'insight	- 29 -
Tableau VII: Variabilité de l'insight selon le statut matrimonial.....	- 32 -
Tableau VIII: Variabilité de l'insight selon le niveau d'instruction.....	- 32 -
Tableau X: Variabilité de l'insight selon le niveau socio-économique	- 33 -
Tableau XI: Rapport entre l'insight et l'addiction aux substances toxiques.....	- 35 -
Tableau XII: Variabilité de l'insight selon le type de schizophrénie	- 36 -
Tableau XIII: Variabilité de l'insight selon l'âge de début du trouble.....	- 36 -
Tableau XIV: Rapport entre l'insight et la durée d'évolution de la schizophrénie des patients-	37
-	
Tableau XV: Rapport entre l'insight et le nombre d'hospitalisations antérieures.....	- 38 -
Tableau XVI: Variabilité de l'insight en fonction de la PANSS	- 39 -
Tableau XVII: Rapport entre l'insight et la durée d'hospitalisation	- 40 -
Tableau XVIII: Principales échelles d'évaluation de l'insight	- 69 -

BIBLIOGRAPHIE

1. **Hautecouverture S., Limosin F., Rouillon F.**
Epidémiologie des troubles schizophréniques.
EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) Psychiatrie 2006; 35:461-8.
2. **Asouab F., Agoub M., Kadri N., Moussaoui D., Rachidi S., TaziM.A., et al.**
Prévalence des troubles mentaux dans la population marocaine (enquête nationale, 2005).
D.E.L.M. Bulletin Epidémiologique 2005.
3. **Raffard S., Bayard S., Capdevielle D., Garcia F., Boulenger J.-P., Gely-Nargeot M.C.**
La conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie: une revue critique. Partie I :
insight et schizophrénie, caractéristiques cliniques de l'insight.
L'encéphale (Paris) 2008; 34:597-605.
4. **Bottéro A.**
Insight et psychose.
Neuropsychiatrie : Tendances et Débats 2008; 33:9 - 11.
5. **Jaafari N., Marková I.S.**
Le concept de l'insight en psychiatrie.
Annales Médico-Psychologiques 2011; 169:409-415.
6. **Jablenski A.**
Epidemiology of schizophrenia: a European perspective.
Schizophr Bull. 1986; 12:52-73.
7. **Husted J.A., Lim S., Chow E.W.**
Heritability of neurocognitive traits in familial schizophrenia.
AM J Med Genet B Neuropsychiatr Genet 2009; 150 B (6):845 -53.
8. **Tienari P., Wynne L.C., Moring J.**
Finnish adoptive family study: sample selection and adoptee DSM-III-R diagnoses.
Acta Psychiatr Scand 2000; 101(6):433-43.
9. **Thibaut F., d'Amato T., Campion D.**
Génétique de la schizophrénie.
Ouvrage collectif publié par John Libbey Eurotext, Edition Montrouge 2003.
10. **Cardno A.G., Marshall E.J.**
Heritability estimates for psychotic disorders.
Arch Gen Psychiatry 1999; 56: 162-8.

11. **Karayiorgou M., Gogos J.A.**
The molecular genetics of the 22q11-associated schizophrenia.
Brain Res Mol Brain Res 2004; 132(2):95-104.
12. **Howes O.D., Kapur S.**
The dopamine hypothesis of schizophrenia:version III-the final common pathway.
Schizophr Bull 2009;35(3):549-62.
13. **Coyle J.T.**
Converging evidence of NMDA receptor hypofunction in the pathophysiology of Schizophrenia.
Annals of the New York Academy of Sciences 2003; 318-27.
14. **Llorca P.M.**
La schizophrénie.
Encyclopédie Orphanet 2004;<https://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-schizo.pdf>, consulté le 22 avril 2013.
15. **Cannon M., Murray R.M.**
Neonatal origins of schizophrenia.
Arch Dis Child 1998; 78:1-3.
16. **Linkowski P., Jurysta F.**
La schizophrénie: une maladie aux étiologies méconnues de Belgique.
Revue Hospitas. BE 2001-4-N°247.
17. **Saoud M., d'Amato T.**
La schizophrénie de l'adulte, des causes aux traitements.
Paris: Masson 2006.
18. **Tsoi D.T.Y., Hunter M.D., Woodruff P.WR.**
History, aetiology, and symptomatology of schizophrenia.
*Psychiatry*2008; 7(10):404-409.
19. **Simonet M., Brazo P.**
Modèle cognitivocomportemental de la schizophrénie.
EMC (Elsevier Masson SAS, Paris)Psychiatrie 2005; 2:62-80.
20. **Dalery J., d'Amato T., et al.**
La schizophrénie: recherches actuelles et perspectives.
Paris Masson 2^{ème} édition révisée 1999; 254p.

21. **Arnold S.E.**
Neurodevelopmental abnormalities in schizophrenia: insights from neuropathology.
Dev. Psychopathol 1999; 11:439–56.
22. **Davies N., Russell A., Jones P., Murray R.M.**
Which characteristics of schizophrenia predate psychosis?
J Psychiatr Res 1998; 32:121–31.
23. **Harrison P.J.**
The neuropathology of schizophrenia. A critical review of the data and their interpretation.
Brain 1999; 122:593–624.
24. **Spencer K.M.**
Neural synchrony indexes disordered perception and cognition in schizophrenia.
National Academy of Sciences 2004; 101:17288–93.
25. **Minzenberg M.J., Laid A.R., Carter C.S.**
Meta-analysis of 41 functional neuroimaging studies of executive function in schizophrenia.
Arch Gen Psychiatry 2009; 66(8):811–22.
26. **Lalonde P., et al.**
Psychiatrie Clinique, une approche bio-psycho-sociale. Introduction et syndromes cliniques.
Montréal Ed. Gaëtan Morin 1999; tome I 248p.
27. **Franck N.**
Clinique de la schizophrénie.
EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) Psychiatrie 2013; 37–282–A–20.
28. **Pollet-Villard L.**
Schizophrénie et Psychomotricité. Le cas d'une U.M.D
Mémoire Diplôme d'Etat de Psychomotricienne, Toulouse 2012; 75 pages.
29. **Llorca P.M., Chéreau-Boudet I., Lachaux B., Lançon C., Lombertie E.R., Trarieux A.M.**
Les troubles psychotiques.
Paris Masson 2005.
30. **Dubuc M.**
Schizophrénies.
Corpus Médical de la Faculté de Médecine de Grenoble 2003; <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/psy/psyadulte/278a/leconimprim.pdf>, consulté le 12 mai 2013.

31. **Palazzolo J.**
Observance médicamenteuse et psychiatrie.
Elsevier Paris 2004.
32. **Jaeger J.**
Studying the effectiveness of neurocognitive remediation in schizophrenia.
Schizophr Bull 1999; 25(2):193-6.
33. **Kurtz M.M., Moberg P.J., Gur R.C., Gur R.E.**
Approaches to cognitive remediation of neuropsychological deficits in schizophrenia: a review and meta-analysis.
Neuropsychol Rev 2001; 11(4):197-210.
34. **Frommann N., Streit M., Wolwer W.**
Remediation of facial affect recognition impairments in patients with schizophrenia: a new training program.
Psychiatry Res 2003; 117(3):281.
35. **Wykes T., Reeder C., Corner J.**
The effects of neurocognitive remediation on executive processing in patients with schizophrenia.
Schizophr Bull 1999; 25(2):291-307.
36. **Atkinson J.M., Coia D.A., Gilmour W.H., Harper J.P.**
The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life.
Br J Psychiatry 1996; 168:199-204.
37. **Kemp R., Hayward P., Applewhaite G.**
Compliance therapy in psychotic patients: randomized controlled trial.
Br Med J 1996; 312:345-349.
38. **Palazzolo J.**
L'institut psychiatrique, le psychiatre, le malade et leur environnement.
Ellébore; Collection Champs Ouverts; Paris 2003.
39. **Marková I.S.**
Insight en psychiatrie. Traduction Jaafari et al.
Paris: Doin édition 2009.

40. **David A.S.**
To see ourselves as others see us. Aubrey Lewis's insight.
Br J Psychiatry 1999; 175:210-6.
41. **David A.S.**
Insight and psychosis.
Br J Psychiatry 1990; 156:798-808.
42. **Marková I.S., Jaafari N., Berrios G.E.**
Insight and obsessive-compulsive disorder: a conceptual analysis.
Psychopathology 2009; 42:277-82.
43. **Raffard S., Bayard S., Capdevielle D., Garcia F., Boulenger J.P., Gely-Nargeot M.C.**
La conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie: une revue critique. Partie II :
modèles explicatifs et hypothèses psychopathologiques.
L'encéphale (Paris) 2008; 34:511-516.
44. **Freud S.**
La perte de la réalité dans la névrose et la psychose. In : *Névrose, psychose et perversion.*
Paris: PUF ; 1973.
45. **Wahl O.F., Harman C.R.**
Family views of stigma.
Schizophr Bull 1989; 15:131-4.
46. **Kim C.H., Jayathilake K., Meltzer H.Y.**
Hopelessness, neurocognitive function and insight in schizophrenia: relationship to
suicidal behavior.
Schizophr Res 2003; 60:71-80.
47. **Mintz A.R., Dobson K.S., Romney D.M.**
Insight in schizophrenia: a meta-analysis.
Schizophr Res 2003; 61:75-88.
48. **Marková I.S., Berrios G.E.**
Insight in clinical psychiatry revisited.
Compr Psychiatry 1995; 36 (5):367-76.
49. **Larousse Médical.**
Anosognosie.
<http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/anosognosie/11206>, consulté le 6 juin
2013.

50. **Amador X.F., Strauss D.H., Yale S.A., et al.**
Awareness of illness in schizophrenia.
Schizophr Bull Review 1991; 17:113-32.
51. **McGlynn S.M., Schacter D.L.**
Unawareness of deficits in neuropsychological syndromes.
J Clin Exp Neuropsychol Review 1989; 11(2):143-205.
52. **Lysaker P., Bell M.**
Insight and cognitive impairment in schizophrenia. Performance on repeated administrations of the Wisconsin Card Sorting Test.
J Nerv Ment Dis 1994; 182:656-60.
53. **Morgan K.D., Dazzan P., Morgan C., et al.**
Insight, grey matter and cognitive function in first-onset psychosis.
Br J Psychiatry 2010; 197:141-8.
54. **Beck A.T., Baruch E., Balter J.M., et al.**
A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale.
Schizophr Res 2004; 68:319-29.
55. **Larousse.**
Métacognition.
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/m%C3%A9tacognition/50820>, consulté le 6 juin 2013.
56. **Frith C.D.**
The cognitive neuropsychology of schizophrenia.
Erlbaum: Hove 1992.
57. **Brune M.**
"Theory of mind" in schizophrenia: a review of the literature.
Schizophr Bull 2005; 31:21-42.
58. **Startup M.**
Awareness of own and others' schizophrenic illness.
Schizophr Res 1997; 26:203-11.

59. **Koren D., Seidman L.J., Poyurovsky M., Goldsmith M., Viksman P., Zichel S.**
The neuropsychological basis of insight in first-episode schizophrenia: a pilot metacognitive study.
Schizophr Res 2004; 70:195-202.
60. **Lysaker P.H., Carcione A., Dimaggio G., Johannesen J.K., Nicolo G., Procacci M., et al.**
Metacognition amidst narratives of self and illness in schizophrenia: associations with neurocognition, symptoms, insight and quality of life.
Acta Psychiatr Scand 2005; 112:64-71.
61. **Carsky M., Selzer M.A., Terkelsen K., et al.**
The PEH.A questionnaire to assess acknowledgment of psychiatric illness.
J Nerv Ment Dis 1992; 180:458-64.
62. **Cuesta M.J., Peralta V.**
Lack of insight in schizophrenia.
Schizophr Bull 1994; 20:359-366.
63. **Carpenter Jr. WT., Strauss J.S., Bartko J.J.**
Flexible system for the diagnosis of schizophrenia: report from the WHO international pilot study of schizophrenia.
Science 1973; 182:1275-1278.
64. **Amador X.F., Strauss D.H., Yale S.A., et al.**
Assessment of insight in psychosis.
Am J Psychiatry 1993; 150:873-879.
65. **McEvoy J.P., Apperson L.J., Applebaum P.S., et al.**
Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology.
J Nerv Ment Dis 1989; 177:43-47.
66. **Marková I.S., Berrios G.E.**
The assessment of insight in clinical psychiatry: a new scale.
Acta Psychiatr Scand 1992; 86:159-64.
67. **Amador X.F., Flaum M., Andreasen N.C., Strauss D.H., Yale S.A., et al.**
Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders.
Arch Gen Psychiatry 1994; 51:826-836.

68. **Amador X.F., Kronengold H.**
Understanding and assessing insight. In: Amador XF., David AS, editors. Insight and psychosis.
Oxford University Press 2004; p. 3-30.
69. **Bourgeois M.L.**
L'insight (conscience de la maladie mentale), sa nature et sa mesure.
Ann Méd Psychol 2002; 160:596-601.
70. **Gastal D., Januel D.**
Impact à long terme de l'annonce diagnostique sur l'insight de patients atteints de troubles schizophréniques.
L'Encéphale 2010; 36:195-201.
71. **Sanz M., Constable G., Lopez-Ibor I., Kemp R., David A.S.**
A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables.
Psychol Med 1998; 28:437-446.
72. **Young D.A., Campbell Z., Zakzanis K.K., Weinstein E.**
A comparison between an interview and a self-report method of insight assessment in chronic schizophrenia.
Schizophr Res 2003; 63 (1-2):103-109.
73. **Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A.**
The Positive and Negative Syndrome Scale - PANSS - for schizophrenia.
Schizophr Bull 1987; 13:261-76.
74. **Jaafari N., Daniel M.L., Paillot C.**
Échelle d'autoévaluation de l'insight de Birchwood. Évaluation clinique standardisée en psychiatrie, par Guelfi.
Paris Pierre Fabre édition 2011.
75. **Marks K.A., Fastenau P.S., Lysaker P.H., et al.**
Self-Appraisal of Illness Questionnaire (SAIQ): relationship to researcher-rated insight and neuropsychological function in schizophrenia.
Schizophr Res 2000; 45:203-11.
76. **Cuffel B.J., Alford J., Fischer E.P., Owen R.R.**
Awareness of illness in schizophrenia and outpatient treatment adherence.
J Nerv Ment Dis 1996; 184:653-659.

77. **Peralta V., Cuesta M.J.**
Factor structure and clinical validity of competing models of positive symptoms in schizophrenia.
Biol. Psychiatry 1998; 44:107-114.
78. **Matton C., Wampers M., De Hert M., Peuskens J.**
Ziekte-inzicht bij patiënten met schizofrenie.
Tijdschrift voor Psychiatrie 2004; 46:589-599.
79. **Bourgeois M.L., Koleck M., Jais E.**
Validation de l'échelle d'insight Q8 et évaluation de la conscience de la maladie chez 121 patients hospitalisés en psychiatrie.
Ann Med Psychol (Paris) 2002; 160:512-7.
80. **MacPherson R., Jerrom B., Hughes A.**
Relationship between insight, educational background and cognition in schizophrenia.
British Journal of Psychiatry 1996; 168:718-722.
81. **Ritsner M.S., Blumenkrantz H.**
Predicting domain-specific insight of schizophrenia patients from symptomatology, multiple neurocognitive functions, and personality related traits.
Psychiatry Research 2007; 149:59-69.
82. **De Hert M.A.F., Simon V., Vidovic D., Franic T., Wampers M., Peuskens J.**
Evaluation of the association between insight and symptoms in a large sample of patients with schizophrenia.
European Psychiatry 2009.
83. **Shad M.U., Muddasani S., Sahni S.D., Keshavan M.S.**
Insight and Prefrontal Cortex in First-episode Schizophrenia.
NeuroImage 2004; 22:1315-1320.
84. **Simon A.E., Berger G.E., Giacomini V., Ferrero F., Mohr S.**
Insight, symptoms and executive functions in schizophrenia.
Cognit Neuropsychiatry 2006; 11:437-51.
85. **Stefanopoulou E., Lafuente A.R., Saez Fonseca J.A., Huxley A.**
Insight, global functioning and psychopathology amongst in-patient clients with schizophrenia.
Psychiatr Q 2009; 80(3):155-65.

86. **Karow A., Pajonk F.G., Reimer J., Hirdes F., Osterwald C., Naber D., et al.**
The dilemma of insight into illness in schizophrenia: self- and expertrated insight and quality of life.
Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2008; 258(3):152-9.
87. **Zhang G.Y., Tan Y.G., Liu C.W.**
Analysis of the factors influencing the insight of schizophrenia (in Chinese).
Sichuan Mental Health 2009; 30:110-2.
88. **Xiang Y.T., Wang Y., Wang C.Y., et al.**
Association of insight with sociodemographic and clinical factors, quality of life, and cognition in Chinese patients with schizophrenia.
Comprehensive Psychiatry 2012; 53:140-144.
89. **Pham-Scottez A.**
Insight et schizophrénies.
L'Encéphale 2007; cahier 3; 33:383-91.
90. **McCabe., Priebe S.**
Explanatory models of illness in schizophrenia: comparison of four ethnic groups.
Br J Psychiatry 2004; 185:25-30.
91. **Turkington D., Kingdon D., Turner T.**
Insight into Schizophrenia Research Group.Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia.
Br J Psychiatry 2002; 180:523-7.
92. **Johnson S., Orell M.**
Insight and psychosis: a social perspective.
Psychol Med 1995; 25:515-20.
93. **Arango C., Barba A.C., Gonzalez-Salvador T., Ordonez A.C.**
Violence in inpatients with schizophrenia: a prospective study.
Schizophr Bull 1999; 25:493-503.
94. **Buckley P.F., Hrouda D.R., Friedman L., et al.**
Insight and its relationship to violent behavior in patients with schizophrenia.
Am J Psychiatry 2004; 161:1712-4.

95. **Foley S., Kelly B.D., Clarke M., McTigue O., Gervin M., Kamali M., et al.**
Incidence and clinical correlates of aggression and violence at presentation in patients with first episode psychosis.
Schizophr Res 2005; 72:161-168.
96. **Verma S., Poon L.Y., Subramaniam M., Chong S.A.**
Aggression in Asian patients with first-episode psychosis.
Int J Soc Psychiatry. 2005; 51:365-71.
97. **Alia-Klein N., O'Rourke T.M., Goldstein R.Z., Malaspina D.**
Insight into illness and adherence to psychotropic medications are separately associated with violence severity in a forensic sample.
Aggress Behav. 2007; 33:86-96.
98. **Lera Calatayud G., et al.**
Relationship between insight, violence and diagnoses in psychotic patients.
Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.) 2012; 5(1):43-47.
99. **Ellouze F., Ayedi S., Masmoudi S., Bakri L., et al.**
Schizophrénie et violence: incidence et facteurs de risque à propos d'une population tunisienne.
L'Encéphale 2009; 35:347-352.
100. **Regier D., Farmer M., Rae D., Locke B., Keith S.**
Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study.
Journal of the American Medical Association 1990; 264:2511-2518.
101. **Rouillon F.**
Consommation de toxiques et schizophrénies : données épidémiologiques.
L'Encéphale 2003; cahier 2; 29:16-19.
102. **Smith C.M., Pristach C.A.**
Utility of the Self-Administered Alcoholism Screening Test (SAAST) in schizophrenic patients.
Alcohol Clin Exp Res 1990; 14:690-4.
103. **Duffy J.D.**
The neurology of alcoholic denial: implications for assessment and treatment.
Can J Psychiatry 1995; 40:257-63.

104. **Weiler M.A., Fleisher M.H., McArthur-Campbell D.**
Insight and symptom change in schizophrenia and other disorders.
Schizophr Res 2000; 45:29-36.
105. **David A.S., van Os J., Jones P., Harvey I., Forester A., Fahy T., et al.**
Insight and psychotic illness: cross-sectional and longitudinal associations.
Br J Psychiatry 1995; 167:621-628.
106. **Kemp R., David A.**
Psychological predictors of insight and compliance in psychotic patients.
Br J Psychiatry 1996; 169:444-450.
107. **Rossell S.L., Coakes J., Shapleske J., Woodruff P.W.R., David A.S.**
Insight: its relationship with cognitive function, brain volume, and symptoms in schizophrenia.
Psychol Med 2003; 33:111-9.
108. **Sevy S., Nathanson K., Visweswarajah H., Amador X.F.**
The relationship between insight and symptoms in schizophrenia.
Compr Psychiatry 2004; 45:16-19.
109. **Schwartz R.C.**
Insight and suicidality in schizophrenia: a replication study.
J Nerv Ment Dis 2000; 188(4):235-7.
110. **Bouvet C., Ettaher N., Diot E.**
Insight, dépression, estime de soi et satisfaction de vie chez les personnes souffrant de schizophrénie.
L'évolution psychiatrique 2010; 75:471-483.
111. **Llorca.**
Les psychoses.
Paris John Libbey Eurotext 2001.
112. **Drake R.J., Pickles A., Bentall R.P., Kinderman P., Haddock G., Tarrier N., et al.**
The evolution of insight, paranoia and depression during early schizophrenia.
Psychol Med 2004; 34(2):285-92.

113. **Moore O., Cassidy E., Carr A., O'Callaghan E.**
Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia.
Eur Psychiatry 1999; 14:264-269.
114. **Saeedi H., Addington J., Addington D.**
The association of insight with psychotic symptoms, depression, and cognition in early psychosis: a 3-year follow-up.
Schizophr Res 2007; 89(1-3):123-8.
115. **Smith T.E., Hull J.W., Israel L.M., Willson D.F.**
Insight, symptoms, and neurocognition in schizophrenia and schizoaffective disorder.
Schizophr Bull 2000; 26:193-200.
116. **Kaiser S., Synder J., Corcoran R., Drake R.**
The relationship among insight, social support and depression in psychosis.
J Nerv Ment Dis 2006; 194:905-8.
117. **Misdrahi D., Denard S., Courtet P.**
Insight et schizophrénie : quels rôles dans le risque suicidaire ?
Annales Médico-Psychologiques 2011; 169:426-8.
118. **Casadebaig F., Philippe A.**
Mortality in schizophrenic patients. Three years follow-up of a cohort.
Encéphale 1999, 25:329-37.
119. **Limosin F., Loze J.Y., Philippe A.**
Ten-year prospective follow-up study of the mortality by suicide in schizophrenic patients.
Schizophr Res 2007; 94:23-8.
120. **Reutfors J., Brandt I., Jonsson E.G., et al.**
Risk factors for suicide in schizophrenia: findings from a Swedish population-based case-control study.
Schizophr Res 2009; 108:231-7.
121. **Amador X.F., Friedman J.H., Kasapis C., et al.**
Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness.
Am J Psychiatry 1996; 153:1185-8.

122. **Schwartz R.C., Smith S.D.**
Suicidality and psychosis: the predictive potential of symptomatology and insight into illness.
J Psychiatr Res 2004; 38:185-91.
123. **Bourgeois M.L., Koleck M., Roig-Morrier R.**
Mesure de la conscience du trouble chez 100 malades hospitalisés en psychiatrie.
Ann Med Psychol 2002; 160:444-50.
124. **McEvoy J.P., Appelbaum P.S., Geller J.L., Freter S.**
Why must some schizophrenic patients be involuntarily committed? The role of insight.
Compr Psychiatry 1989; 30:13-17.
125. **McEvoy J.P., Freter S., Everett G., Geller J.L., Appelbaum P., Apperson L.J., Roth L.**
Insight and the clinical outcome of schizophrenia.
J Nerv Ment Dis 1989; 177: 48-51.
126. **Yen C.F., Yeh M.L., Chen C.S., Chung H.H.**
Predictive value of insight for suicide, violence, hospitalization, and social adjustment for outpatients with schizophrenia: a prospective study.
Comprehensive Psychiatry 2002; 43:443-7.
127. **McEvoy J.P., Freter S., Merritt M., Apperson L.J.**
Insight about psychosis among outpatients with schizophrenia.
Hosp Community Psychiatry 1993; 44:883-4.
128. **Pallanti S., Quercioli L., Pazzagli A.**
Effects of clozapine on awareness of illness and cognition in schizophrenia.
Psychiatry Research 1999; 86:239-49.
129. **Buckley P.F., Hasan S., Friedman L., Cerny C.**
Insight and schizophrenia.
Comprehensive Psychiatry 2001; 42:39-41.
130. **CC.Aguglia E., De Vanna M., Onor M.L., Ferrara D.**
Insight in persons with schizophrenia: effects of switching from conventional neuroleptics to atypical antipsychotics.
Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry 2002; 26:1229-33.

131. **Dolder C.R., Lacro J.P., Leckband S., et al.**
Interventions to improve antipsychotic medication adherence: review of recent literature.
J Clin Psychopharmacol 2003; 23(4):389-99.
132. **Hogarty G.E., Anderson C.M.,**
Medication, family psychoeducation, and social skills training: first year relapse results of
a controlled study.
Psychopharmacol Bull 1986; 22(3):860-2.
133. **Buchkremer G., Klinberg S., Holle R., et al.**
Psychoeducational therapy for schizophrenic patients and their key relatives or
caregivers: results of a 2-year follow-up.
Acta Psychiatr Scand 1997; 96(6):483-91.
134. **Pekkala E., Merinder L.**
Psychoeducation for schizophrenia.
Cochrane Database Syst Rev 2002; 2:CD 002831.
135. **Kemp R., Kirov G.B., Hayward P., et al.**
Randomised controlled trial of compliance therapy - 18 months follow-up.
Br J Psychiatry 1998; 172:413-9.
136. **O'Donnell C., Donohoe G., Sharkey L., et al.**
Compliance therapy: a randomized controlled trial in schizophrenia.
BMJ 2003; 327(7419):834.
137. **Bell M., Greig T., Bryson G., et al.**
Neurocognitive enhancement therapy with work therapy: effects on neuropsychological
test performance.
Arch Gen Psychiatry 2001; 58(8):763-8.
138. **Robben N., De Hert M.A.F., Peuskens J.**
Gebrek aan ziekte-inzicht bij schizofrene patiënten. Een literatuuroverzicht.
Tijdschrift voor Psychiatrie 2002; 44:313-22.
139. **Yen C.H., Hsiao R.C., Chen C.C., et al.**
The role of insight to alcohol use disorders in insight to schizophrenia.
Comprehensive Psychiatry 2009; 50:58-62.

140. **Cheung P., Schweitzer I., Crowley K., Tuckwell V.**
Violence in schizophrenia: role of hallucinations and delusions.
Schizophr Res 1997; 26:181-90.
141. **Schwartz R.C.**
Insight and illness in chronic schizophrenia.
Comprehensive Psychiatry 1998; 39:249-54.
142. **Carroll A., Pantelis C., Harvey C.**
Insight and hopelessness in forensic patients with schizophrenia.
Aust N Z J Psychiatry 2004; 38:169-173.
143. **Chakraborty K., Basu D.**
Insight in Schizophrenia - A Comprehensive Update.
Reprinted from the German Journal of Psychiatry 2010; <http://www.gjpsy.uni-goettingen.de>; ISSN 1433-1055.
144. **Keshavan M.S., Rabinowitz J., DeSmedt G., Harvey P.D., Schooler N.**
Correlates of insight in first episode psychosis.
Schizophr Res 2004; 70:187-94.
145. **Becker R.E.**
Depression in schizophrenia.
Hosp Commun Psychiatry 1988; 39(12):1269-75.
146. **Mintz A.R., Addington J., Addington D.**
Insight in early psychosis: a 1-year follow-up.
Schizophr Res 2004; 67(2-3):213-7.
147. **.Mohamed S., Rosenheck R., McEvoy J., Swartz M., Stroup S., Lieberman J.A.**
Cross-sectional and longitudinal relationships between insight and attitudes toward medication and clinical outcomes in chronic schizophrenia.
Schizophr Bull 2009; 35(2):336-46.
148. **Chen E.Y.H.**
Insight and symptoms of psychosis: a prospective inpatient study.
Schizophr Res 1998; 29:34.
149. **Drake R.J., Haley C., Lewis S.W.**
Are insight measures related to other symptoms in first episode schizophrenia?
Schizophr Res 1998; 29:34.

150. **Bourgeois M., Swendsen J., Young F., et al.**
Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: results of the international suicide prevention trial.
Am J Psychiatry 2004; 161:1494-6.
151. **Drake R.E., Gates C., Cotton P.G., et al.**
Suicide among schizophrenics. Who is at risk?
J Nerv Ment Dis 1984; 172:613-7.
152. **Lincoln T.M., Lullmann E., Rief W.**
Correlates and Long-Term Consequences of Poor Insight in Patients with Schizophrenia: A Systematic Review.
Schizophr Bull 2007; 33:1324-42.
153. **Macpherson R., Jerrom B., Hughes A.**
Drug refusal among schizophrenic patients treated in the community.
J Ment Health 1997; 6:141-7.
154. **Smith T.E., Hull J.W., Goodman M., Hedayat-Harris A., Willson D.F., Israel L.M., et al.**
The relative influences of symptoms, insight, and neurocognition on social adjustment in schizophrenia and schizoaffective disorder.
J Nerv Ment Dis 1999; 187:102-108.
155. **Coldham E.L., Addington J., Addington D.**
Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis.
Acta Psychiatr Scand 2002; 106:286-290.
156. **Kozuki Y., Froelicher E.S.**
Lack of awareness and nonadherence in schizophrenia.
West J Nurs Res 2003; 25:57-74.
157. **Yen C.F., Chen C.S., Ko C.H., Yeh M.L., Yang S.J., Yen J.Y., et al.**
Relationships between insight and medication adherence in outpatients with schizophrenia and bipolar disorder: a prospective study.
Psychiatry Clin Neurosci 2005; 59:403-9.
158. **Watson P.W.P., Garety P.A., Weinman J., Dunn G., Bebbington P.E., Fowler D., et al.**
Emotional dysfunction in schizophrenia spectrum psychosis: the role of illness perceptions. *Psychol Med* 2006; 36:761-70.

159. **Mutsatsa S.H., Joyce E.M., Hutton S.B., Webb E., Gibbins H., Paul S. et al.**
Clinical correlates of early medication adherence: West London first episode schizophrenia study.
Acta Psychiatr Scand 2003; 108:439-446.
160. **Donohoe G., Owens N., O'Donnell C., Burke T., Moore L., Tobin A., et al.**
Predictors of compliance with neuroleptic medication among inpatients with schizophrenia: a discriminant function analyses.
Eur Psychiatry 2001; 16:293-8.
161. **Smith C.M., Barzman D., Pristach C.A.**
Effect of patient and family insight on compliance of schizophrenic patients.
J Clin Pharmacol 1997; 37:147-54.
162. **Moore A., Sellwood W., Stirling J.**
Compliance and psychological reactance in schizophrenia.
Br J Clin Psychol 2000; 39:287-95.
163. **Kamali M., Kelly L., Gervin M., Browne S., Larkin C., O'Callaghan E.**
Insight and comorbid substance misuse and medication compliance among patients with schizophrenia.
Psychiatr Serv 2001; 52:161-6.
164. **Agarwal M.R., Sharma V.K., Kumar K., Lowe D.**
Noncompliance with treatment in patients suffering from schizophrenia: a study to evaluate possible contributing factors.
Int J Soc Psychiatry 1998; 44:92-106.
165. **Garavan J., Browne S., Gervin M., Lane A., Larkin C., O'Callaghan E.**
Compliance with neuroleptic medication in outpatients with schizophrenia; relationship to subjective response to neuroleptics; attitudes to medication and insight.
Compr Psychiatry 1998; 39:215-9.
166. **Day J.C., Bentall R., Roberts C., Randall F., Rogers A., Cattell D., et al.**
Attitudes toward antipsychotic medication—the impact of clinical variables and relationships with health professionals.
Arch Gen Psychiatry 2005; 62:717-24.
167. **Schennach-Wolff R., Jäger M., Seemüller F., Obermeier M., Messer T., Laux G., et al.**
Attitude towards adherence in patients with schizophrenia at discharge.
J Psychiatr Res 2009.

قسم الطب

اقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي .

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف والأحوال

بإدلاء وسعي في استنقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق .

وأن أحفظ للناس كراماتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم .

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، بإدلاء رعائي الطبية للقريب

والبعيد، للصالح والطالح، والصدقي والعدو .

وأن أثابر على طلب العلم، أسخره لنفع الإنسان لا لأذاه .

وأن أوقر من علمني، وأعلم من صغرتني، وأكون أخاً لكل زميل في

المهنة الطبية

مُتعاونين على البر والتقوى .

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سرّي وعلانيتي ، نقيّة مما شئنها

تجاه الله ورسوله والمؤمنين .

والله على ما أقول شهيد



جامعة القاضي عياض
كلية الطب و الصيدلة
مراكش

أطروحة رقم 117

سنة 2013

دراسة درجة الوعي عند المرضى بالفصام
المعالجين بمصلحة الطب النفسي
بالمركز الاستشفائي محمد السادس بمراكش

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم.../.../2013

من طرف

الآنسة **مبولا كووتانك إمري ساندرين**
المزداة في 22 مارس 1988 بتكنير (كامرون)
لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية :

درجة الوعي - الفصام - بانس - الخصائص السريرية - متابعة.

اللجنة

الرئيس

السيد **م. ك. شولي**

أستاذ في علم الصيدلة العصبية

المشرف

السيدة **ف. عسري**

أستاذة في الطب النفسي

السيد **م. بنيس**

أستاذ في علم الأعصاب

الحكام

السيدة **ل. السعدوني**

أستاذ في الطب الباطني

السيد **م. أمين**

أستاذ مبرز في علم الوبائيات السريرية