

كلية الطب والصيدلة وطب الأسنان
FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET DE MÉDECINE DENTAIRE



جامعة سيدي محمد بن عبد الله - فاس
UNIVERSITÉ SIDI MOHAMED BEN ABDELLAH DE FES

Année 2022

Thèse N° 034/22

**ETUDE DE L'INSIGHT DANS LA SCHIZOPHRÉNIE ET LE TROUBLE BIPOLAIRE
CHEZ UNE POPULATION DE PATIENTS HOSPITALISÉS
(à propos de 59 cas)**

THESE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 20/01/2022

PAR

Mr. CHIBOUB ISMAIL

Né le 24 Février 1996 à Fès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

INSIGHT – SCHIZOPHRENIE – TROUBLE BIPOLAIRE

JURY

M. BERRAHO MOHAMED	PRÉSIDENT
Professeur d'Epidémiologie clinique	
M. AALOUANE RACHID	RAPPORTEUR
Professeur de Psychiatrie	
M. SOUIRTI ZOUHAYR.....	} JUGES
Professeur de Neurologie	
Mme. AARAB CHADYA.....	
Professeur Agrégée de Psychiatrie	
M. BOUT AMINE	MEMBRE ASSOCIÉ
Professeur Assistant de Psychiatrie	

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	10
OBJECTIFS	13
Section I : Etat des connaissances actuelles sur l'insight	14
I. L'insight en psychiatrie	15
1. Concept de l'insight	15
2. Dimensions de l'insight	17
3. Principaux outils d'évaluation de l'insight	21
II. Insight chez les patients schizophrènes	23
1. Spécificités de l'insight dans la schizophrénie	23
2. Impact de l'insight sur la schizophrénie	26
III. Insight chez les patients bipolaires	30
1. Spécificités de l'insight dans le trouble bipolaire	30
2. Impact de l'insight sur le trouble bipolaire	32
Section II: Notre étude	33
I. Objectifs de l'étude	34
1. Objectif principal :	34
2. Objectifs secondaires :	34
IV. Matériel et Méthodes :	34
1. Présentation de l'étude	34
2. Population d'étude	35
3. Mode de recueil des données	35
V. Résultats :	41
1. Résultats descriptifs :	41
1.1 caractéristiques sociodémographiques	41
a. Age	41
b. Sexe	42
c. Milieu de vie	43
d. Statut marital	44
e. Nombre d'enfants	45
f. Mode de vie	46
g. Scolarité	47
h. Activité professionnelle	48
i. Niveau socioéconomique	49

1.2 Caractéristiques cliniques	50
a. Antécédants	50
– Antécédents médicochirurgicaux	50
– Antécédents judiciaires	51
– Evènements traumatisants	52
– Usage de substance	53
– Antécédents familiaux psychiatriques	54
b. Caractéristiques de la maladie psychiatrique	55
– Diagnostic selon le DSM	55
– Age de début	56
– Durée d'évolution	57
– Nombre de rechutes	58
– Nombre d'hospitalisations	59
– Durée cumulative d'hospitalisation en jours	60
– Mode d'hospitalisation	61
– Motif d'hospitalisation actuelle	61
– Tentative de suicide	62
1.3 Résultats des échelles psychométriques	63
a. Echelle de PANSS	63
b. Echelle YMRS	64
c. Echelle de dépression de BECK	65
d. Echelle MMSE	65
e. Echelle de birchwood	66
f. Echelle du MINI	67
2. Résultats analytiques :	78
2.1 Analyse du lien entre l'insight et la schizophrénie	78
2.2 Analyse du lien entre l'insight et le trouble bipolaire	79
2.3 Analyse des corrélations : insight/schizophrénie/trouble bipolaire	80
2.4 Données sociodémographiques	80
2.5 Éléments biographiques et habitudes de vie	81
2.6 Échelles psychométriques	83
2.7 Caractéristiques de la maladie psychiatrique	84
2.8 MINI (comorbidités psychiatriques)	85

VI. DISCUSSION :	90
1. Argumentaire de l'étude	91
2. Comparaison des principaux résultats de notre étude avec ceux de la littérature	91
2.1. Données sociodémographiques.....	91
2.2.Rapport en l'insight et l'usage de substances.....	94
2.3.Rapport entre l'insight et les caractéristiques cliniques de la maladie....	94
2.4.Rapport entre l'insight et la prise en charge thérapeutique	98
VII. Apport et limites de l'étude.....	102
1. Apport de l'étude :.....	102
2. Limites de l'étude.....	102
VIII. Perspectives de l'étude	103
IX. RECOMMANDATIONS	104
CONCLUSION	105
RÉSUMÉ	107
ANNEXES	113
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	135

LISTE DES ABRÉVIATIONS

APA	: Accès psychotique aigue
ATD	: Antidépresseurs
CHU	: Centre hospitalier universitaire
DSM-V	: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
EDM	: Épisode dépressif majeur
NL	: Neuroleptiques
NLA	: Neuroleptiques atypiques
NLC	: Neuroleptiques classiques
NMDA	: Acide N-méthyl-D-aspartique
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PANSS	: Positive and Negative Symptoms Scale
TCC	: Thérapies cognitives et comportementales
TR	: Thymorégulateurs

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Résultats de l'analyse univariée entre les différentes données sociodémographiques et économiques, et le score de Birchwood.

Tableau 2. Résultats de l'analyse univariée entre les données biographiques et les habitudes de vie, et le score de Birchwood.

Tableau 3. Résultats de l'analyse univariée entre les scores des différentes échelles et le score de Birchwood.

Tableau 4. Résultats de l'analyse univariée entre les caractéristiques de la maladie psychiatrique et le score de Birchwood

Tableau 5. Résultats de l'analyse multivariée.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des patients selon la tranche d'âge

Figure 2 : Répartition des patients selon le sexe

Figure 3 : Répartition des patients selon le milieu de vie

Figure 4 : Répartition des patients selon le statut marital

Figure 5 : Répartition des patients selon s'ils ont des enfants

Figure 6 : Répartition des patients selon le mode de vie

Figure 7 : Répartition des patients selon la scolarité

Figure 8 : Répartition des patients selon l'activité professionnelle

Figure 9 : Répartition des patients selon le revenu familial mensuel

Figure 10 : Répartition des patients selon les antécédents médicaux–chirurgicaux

Figure 11 : Répartition des patients selon les ATCD judiciaires

Figure 12 : Répartition des patients selon les ATCDs d'évènements traumatiques

Figure 13 : Répartition des patients selon le type d'évènement traumatique

Figure 14 : Répartition des patients selon les habitudes toxiques

Figure 15 : Répartition des patients selon la prévalence des substances consommées

Figure 16 : Répartition des patients selon les ATCDs familiaux psychiatriques

Figure 17 : Répartition des patients selon le type de pathologie psychiatrique

Figure 18 : Répartition des patients selon le diagnostic DSM 5

Figure 19 : Répartition des patients selon l'âge de début du trouble

Figure 20 : Répartition des patients selon la durée moyenne d'évolution de la
maladie

Figure 21 : Répartition des patients selon le nombre de rechutes

Figure 22 : Répartition des patients selon le nombre d'hospitalisations

Figure 23 : Répartition des patients selon la durée cumulative d'hospitalisation en
jours

Figure 24 : Répartition des patients selon le motif d'hospitalisation

Figure 25 : Répartition des patients selon l'ATCD de TS

Figure 26 : Répartition des patients selon l'échelle YMRS

Figure 27 : répartition des patients selon l'échelle MMSE

Figure 28 : répartition des patients selon l'échelle de Birchwood

Figure 29 : Répartition des patients selon l'item épisode dépressif majeur actuel

Figure 30 : répartition des patients selon l'item épisode dépressif majeur passé

Figure 31 : Répartition des patients selon l'item dysthymie

Figure 32 : Répartition des patients selon l'item risque suicidaire actuel

Figure 33 : Répartition des patients selon l'item épisode maniaque actuel

Figure 34 : Répartition des patients selon l'item épisode maniaque passé

Figure 35 : Répartition des patients selon l'item trouble panique actuel

Figure 36 : Répartition des patients selon l'item agoraphobie actuelle

Figure 37 : Répartition des patients selon l'item dépendance alcoolique actuelle

Figure 38 : Répartition des patients selon l'item abus d'alcool actuel

Figure 39 : Répartition des patients selon l'item dépendance à une substance
actuelle

Figure 40 : Répartition des patients selon le type de substance

Figure 41 : Répartition des patients selon l'item abus de substance actuelle

Figure 42 : Répartition des patients selon l'abus de substance

Figure 43 : Répartition des patients selon l'item syndrome psychotique actuel

Figure 44 : Répartition des patients selon l'item syndrome psychotique vie entière

Figure 45 : Répartition des patients selon l'item syndrome psychotique vie entière

Figure 46 : Répartition des patients selon l'insight dans la schizophrénie

Figure 47 : Répartition des patients selon l'insight dans le trouble bipolaire

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1** : IS : échelle d'insight actuel
- Annexe 2** : Echelle d'insight de beck
- Annexe 3** : Positive and negative syndrome scale (PANSS)
- Annexe 4** : Mini mental state examination (MMSE)
- Annexe 5** : Fiche d'exploitation
- Annexe 6** : Mini international psychiatric interview(MINI)

INTRODUCTION

L'insight, ou la conscience de la maladie, est un concept multidimensionnel utilisé initialement pour les pathologies psychotiques. Le manque d'insight est considéré comme faisant partie du tableau clinique de la schizophrénie, sans qu'il soit spécifique à cette pathologie. [1] Les recherches récentes sur l'insight se sont intéressées à d'autres troubles mentaux, en particulier le trouble bipolaire. Ce trouble présente plusieurs points communs avec la schizophrénie, notamment en période d'excitation maniaque quand l'insight est au plus bas.

De nombreux auteurs ont montré que l'absence d'insight avait des conséquences délétères sur l'évolution et le pronostic de la maladie psychiatrique du fait d'une mauvaise observance thérapeutique, d'une augmentation du risque de rechute et d'une détérioration de la qualité de vie. [2 ; 3 ; 4] . La prise en charge des patients schizophrènes et bipolaires fait appel à l'amélioration de l'insight. Le travail sur l'insight devrait passer d'abord par la reconnaissance des facteurs qui influent sur cette dimension clinique pour chaque type de pathologie, tout en prenant en considération les aspects individuels en rapport avec le contexte psychique de chaque patient.

Toutes ces problématiques que pose la conscience de la maladie dans la schizophrénie et le trouble bipolaire font l'intérêt de notre étude, dont l'objectif est de comparer l'insight dans la schizophrénie et le trouble bipolaire et de vérifier si les facteurs influençant l'insight dans ces deux troubles sont les mêmes, afin d'en déduire des implications thérapeutiques.

La présente étude, au moyen d'un hétéroquestionnaire et des échelles d'évaluation, est consacrée à la recherche des facteurs influençant l'insight dans la schizophrénie et le trouble bipolaire chez une population des patients hospitalisés au service de psychiatrie du CHU Hassan II de Fès, et d'étudier les aspects cliniques associés à l'insight.

Après avoir exposé les dimensions de l'insight et ses spécificités dans la schizophrénie et le trouble bipolaire, les résultats de l'étude sont discutés à la lumière des publications internationales, en vue de déterminer l'impact de l'insight sur la prise en charge et le pronostic chez ces patients.

OBJECTIFS

L'objectif principal de notre étude est de comparer l'insight chez les sujets schizophrènes et bipolaires. Ensuite, en analysant les données sociodémographiques et cliniques, déterminer et comparer les différents facteurs impactant l'insight chez les deux populations à la recherche d'éventuelles perspectives thérapeutiques.

PARTIE THEORIQUE

I. L'insight en psychiatrie

1. Concept de l'insight

L'insight est un terme anglais traduit en français de manière approximative par différents mots : «conscience du trouble», «introspection», «déli», «anosognosie», «discernement». Ces traductions ne sont pas appropriées car chacun de ces mots a une histoire différente et renvoie à une discipline particulière. Par exemple, « l'anognosie » renvoie à une absence de connaissance de son hémicorps controlatéral à la lésion cérébrale alors que « le déli » et/ou « l'introspection renvoient à des processus inconscients avec une connotation psychodynamique. [5 ; 6]

De la même manière, la traduction de l'insight en gestalthérapie par « la découverte soudaine de la solution d'un problème » est très différente de sa traduction en psychologie cognitive par « la capacité cognitive » et/ou par « la théorie de l'esprit ». [7] Cette question qui n'est pas seulement un effet de genre ou de traduction est fondamentale car de nos jours le terme insight est de plus en plus utilisé dans la littérature scientifique sans que l'on comprenne à quoi cela renvoie. L'utilisation du mot « conscience » utilisé ci-dessous doit être, plutôt appréhendée sous un angle sémantique que celui d'une connotation conceptuelle habituelle.

Historiquement, le terme insight provient à l'origine de la clinique psychanalytique [58]. Il a désigné dans un premier temps la prise de conscience des conflits et des mécanismes de défense à l'œuvre dans la dynamique inconsciente de l'analysant, prise de conscience favorisée par les interprétations de l'analyste. Puis ce terme « insight » a rendu compte, plus généralement chez les patients, de l'ensemble des processus de prise de conscience de ses propres états mentaux permettant secondairement une résolution du symptôme par associations libres.

[59] Il a été définitivement associé à la conscience qu'un patient pouvait avoir de son état pathologique, le terme insight étant réservé aux troubles mentaux et son quasi-synonyme, le terme anosognosie proposé par Babinski [10] étant associé aux troubles neurologiques [5,42,56]. Le destin de ces deux termes a d'ailleurs suivi un chemin fort différent. Alors que l'anosognosie que l'on retrouve dans des maladies dégénératives comme la démence de type Alzheimer ou fronto-temporale correspondait à une lésion ou une anomalie cérébrale frontale ou pariétale, le défaut d'insight dans la schizophrénie a été attribué dans un premier temps à un mécanisme de défense psychologique, notamment le déni suite aux travaux de Freud. [5, 9, 25, 42]

Il est important de souligner que le déni correspond à un refus de prise en charge de certains éléments de la réalité alors qu'ils ont été perçus. Dans le cadre de certaines anosognosies, notamment pariétales, il s'avère que l'information sur l'anomalie touchant une partie du corps comme dans le syndrome de Babinski n'est pas perçue par le patient [55]. Dans le déni il s'agit bien d'un mécanisme, certes inconscient mais actif, se déroulant dans l'après-coup du phénomène perceptif [25] et non pas d'une anomalie perceptive. 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 [38]. Il est important de noter qu'un auteur comme Richflied [51], en avance sur son temps, avait déjà proposé de dichotomiser l'insight entre un insight intellectuel (intellectual insight) et un insight émotionnel (emotional insight) dans la prise en compte de la compréhension que pouvait avoir un patient de son trouble mental.

Trois types d'insight ont été proposés :

- L'insight clinique : défini par l'aspect de l'insight relatif à la conscience de la maladie.

- L'insight cognitif : défini comme la capacité du patient à reconnaître ses distorsions cognitives et à en faire des interprétations erronées [8].
- L'insight somato-sensoriel : défini comme la capacité du patient à reconnaître ses sensations somesthésiques [8 ; 9].

2. Dimensions de l'insight

L'insight est un concept multidimensionnel composé d'un certain nombre d'aspects distincts mais qui se chevauchent. De nos jours, l'existence d'un nombre important de définitions et d'échelles d'évaluation de l'insight explique en partie les résultats contradictoires retrouvés à partir des études empiriques. Dans ce sens, nous proposons de présenter les différents outils d'évaluation de l'insight à travers trois notions : l'insight clinique, l'insight cognitif et l'insight somatosensoriel.

a) Insight clinique :

L'insight clinique peut être défini comme l'aspect de l'insight relatif à la conscience de la maladie et son implication en termes d'une prise en charge thérapeutique. 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. [10] Progressivement, deux types d'évaluation ont été réalisés : catégorielle et dimensionnelle.

- L'exploration de l'insight selon une approche catégorielle :

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. Cette évaluation peut se faire en hétéro-évaluation par un seul item [10], par exemple item G12 de l'échelle de la PANSS (schizophrénie), item 17 de l'échelle d'Hamilton (dépression), item 11 de la Y-BOCS (trouble obsessionnel

compulsif : TOC), ou les items 104 et 105 dans le PSE (Present State Examination). 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 étant ce qui est possible de déduire de ces descriptions catégorielles.

- L'exploration de l'insight selon une approche dimensionnelle :

L'évaluation dimensionnelle de l'insight a été proposée pour saisir quantitativement et avec plus de détails certains des composantes explicitement définies de l'insight. McEvoy et al. ont été les premiers à développer un questionnaire permettant d'évaluer l'insight en 1989 : ITAQ (Insight and Treatment Attitude Questionnaire) chez les patients souffrant d'une schizophrénie [10]. Ce questionnaire est composé de 11 items, le score peut aller de 0 (pas d'insight) à 22 (insight maximal). Il est basé sur deux aspects. Premièrement, l'insight est défini comme l'attitude du patient face à son traitement et à l'hospitalisation. Deuxièmement, les scores d'insight sont explicitement basés sur l'idée que le patient est en accord avec le professionnel de santé sur ces attitudes. En conséquence, le concept empirique d'insight exploré par cette mesure insiste davantage sur les visions concordantes qu'ont les patients de leur prise en charge que sur une quelconque compréhension détaillée de leur expérience morbide. [10]

Une conceptualisation plus large de l'insight a été proposée par Greenfeld et al. en 1989 [10]. Ces auteurs proposent une évaluation qualitative de l'insight selon cinq dimensions : conscience de la maladie, des symptômes, de la nécessité d'un traitement, de l'étiologie de la maladie, et de la susceptibilité de rechuter. Ce concept plus large est davantage centré sur la compréhension des patients de ce qui leur arrive et du sens qu'ils donnent à leur expérience pathologique. Cependant, de

manière pragmatique, l'absence de score (car il s'agit d'évaluation qualitative) rend difficile la comparaison des groupes de patients. La nécessité de mesurer l'insight avec obtention d'un ou des scores a conduit les chercheurs à la création des outils de mesures basée sur le modèle multidimensionnel de l'insight. [10]

b) Insight cognitif

Beck introduit en 2004 le concept de l'insight cognitif qu'il définit comme la capacité de la conscience de présenter des distorsions cognitives et de faire des interprétations erronées. [11 ; 12] Il considère que quatre aspects de l'insight cognitif peuvent être retrouvés dans la psychose : altération de la capacité d'être objectif sur les expériences délirantes et les distorsions cognitives, incapacité de mettre ces expériences en perspective, incapacité de corriger les informations venant des autres et l'excès de confiance dans les jugements délirants. Cette théorisation a donné lieu à la mise en place d'une échelle d'autoévaluation de l'insight : la BCIS (Beck Cognitive Insight Scale) [11]. Elle est composée de 15 items répartis en deux sous-échelles : la réflexion sur soi « Self- Reflectiveness » et la certitude dans cette réflexion « Self-Certainty ». Dans cette conception étroite de l'insight on peut se demander à quel point une autoévaluation peut mesurer l'insight cognitif. Une hétéro-évaluation de l'insight cognitif a été proposée par Medalia et al. en 2008 [13]. Ces auteurs, en se basant sur le modèle conceptuel de la SUMD (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder), définissent l'insight cognitif comme la capacité du patient à reconnaître ses déficits cognitifs et à leur attribuer une cause. Ils ont proposé le MIC-CR (Measure of Insight into Cognition-Clinician Rated), qui permet d'évaluer trois dimensions cognitives : mémoire, fonctions exécutives et attention. Cette échelle comporte 12 items, cotés de 1 (insight total) à 5 (insight faible). Cette équipe a démontré que la mémoire joue un rôle peu important dans l'insight chez les patients souffrant d'une schizophrénie. L'équipe de Poitiers (Gil et

al. en 2001) a proposé une conceptualisation encore plus large et multidimensionnelle de l'insight en rapport avec la mémoire. [14] Dans cette définition, basée sur les travaux de William James, l'insight est défini comme englobant tout un éventail de perceptions concernant l'identité propre, la conscience du corps ; des processus mentaux (mémoire, autobiographie, pensées) et des jugements moraux. [14]

c) Insight processuel

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 [15]. 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. Cependant, les techniques d'imagerie cérébrale ont permis de trouver une corrélation entre un faible insight et d'autres parties du cerveau que le lobe frontal. Certains auteurs, en utilisant l'analyse morphométrique (voxel-based morphometry), rapportent une diminution de volume de la matière grise du cortex frontal, temporal, pariétal et cingulaire en rapport avec un faible insight, alors que d'autres études ne confirment pas cette idée [16]. Dans l'idée de trouver une localisation cérébrale à l'insight, l'équipe de Bechara en 2009 [17] propose de définir l'insight comme la capacité de reconnaître ses sensations somesthésiques chez les patients souffrant d'une addiction. Ces auteurs ont montré que la lésion du cortex insulaire chez les patients tabagiques entraîne une diminution de la capacité de reconnaissance du manque de la nicotine. Ainsi, l'arrêt du tabac chez ces patients serait plus simple que chez les patients souffrant d'une lésion cérébrale localisée ailleurs qu'au niveau du cortex cingulaire. Cette vision étroite du concept de l'insight permet une évaluation unidimensionnelle

de l'insight. Une nouvelle conceptualisation de l'insight somesthésique est proposée par l'équipe de Poitiers Belin et al. [17].

3. Principaux outils d'évaluation de l'insight

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 côtés, le stade de la maladie concerné (rechute ou stabilisation), ou encore la dimension de l'insight explorée. Toutes ces échelles se superposent largement, comme l'ont montré Sanz et al. [18].

a) L'échelle d'insight de Birchwood (BIS) (annexe 1)

C'est un instrument pertinent de par sa rapidité, simplicité, son aspect multidimensionnel et ses propriétés psychométriques satisfaisantes. Cet outil a l'avantage d'obtenir le point de vue du patient sur sa maladie, sans intervention des opérateurs.

Elle est composée de 8 questions qui, selon le groupe de Birchwood, mesurent trois dimensions : la conscience de la maladie, la conscience de la nécessité d'un traitement et l'attribution des symptômes à la maladie. Pour chaque item, le patient est invité à indiquer s'il est d'accord (score 2), en désaccord (score 0) ou incertain (score 1). La fourchette des scores totaux va donc de 0 à 16. Elle a ainsi été développée pour mesurer le degré de perspicacité au cours de la phase actuelle de la maladie et le degré de perspicacité dans une phase précédente de la maladie.

b) L'échelle d'insight cognitif de Beck (BCIS) (annexe 2)

Cet auto-questionnaire mesure les processus cognitifs impliqués dans l'évaluation des expériences anormales ou leur mauvaise interprétation selon deux dimensions :

- une échelle d'auto-réflexivité mesurant la capacité d'introspection et de reconnaissance de sa faillibilité ;
- une échelle d'auto-certitude mesurant la présence ou non d'une confiance augmentée du sujet sur ses croyances et jugements.

Dimension d'auto-réflexivité : somme des items : 1, 3, 4, 5, 6, 8, 12, 14, et 15.

Dimension d'auto-certitude : somme des items : 2, 7, 9, 10, 11 et 13.

c) L'échelle d'insight SUMD (annexe 3)

La SUMD est un entretien semi-structuré qui permet une évaluation multidimensionnelle de l'insight chez les patients souffrant de schizophrénie. Ce questionnaire peut être utilisé autant en recherche qu'en pratique clinique courante. Il prend en compte deux principales dimensions : la conscience et le processus d'attribution des symptômes dans deux aspects temporels (actuel et passé).

Le temps de passation est conséquent (entre 30 minutes et 1 heure selon le nombre de symptômes présents chez un individu), et requiert une formation spécifique pour pouvoir l'utiliser.

Chaque item est évalué sur une échelle de Likert à 5 points : 1 "conscient" ; 3 : "relativement conscient" ; 5 : "non conscient".

II. Insight chez les patients schizophrènes

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.

1. Spécificités de l'insight dans la schizophrénie

Historiquement en France, notamment après la thèse portant sur la conscience morbide de Charles Blondel, est apparue une rupture entre la conscience de soi normale et la conscience pathologique de soi qui accompagne les troubles mentaux, notamment la schizophrénie. [19]

Alors que la psychiatrie classique considérait jusque-là qu'il y avait une continuité entre le normal et le pathologique, la thèse de Blondel va entraîner chez les psychiatres, notamment français, l'idée que les patients souffrant de psychoses ne peuvent pas avoir en partie conscience de leurs troubles, délires et hallucinations. Cette idée va marquer la pratique des soignants en santé mentale et leur faire considérer qu'en grande partie le patient souffrant de psychose est « hors de compréhension ». [20]

Il demeure un fait clinique que l'évaluation de la conscience des troubles dans la schizophrénie se heurte à ce que Jaspers appelle « conscience morbide ». « Les patients apprennent par cœur et répètent les mots des psychiatres et des autres personnes sans connaître exactement leur signification ». [21]

Beck et al. [11], dans une conceptualisation plus récente de l'insight, ils différencient l'insight cognitif de l'insight émotionnel. Le premier s'approcherait du rationalisme morbide mais rendrait compte aussi de processus internes qui agiraient

afin de rendre cohérent des phénomènes internes vécus comme externes par les patients comme les hallucinations. Le second correspondrait à l'opinion subjective qu'ils portent sur leurs troubles.

Contrairement à des auteurs comme Jaspers [2,29], un ensemble de chercheurs vont différencier des niveaux d'insight et proposer que la conscience des troubles dans la schizophrénie soit considérée comme un phénomène continu et multidimensionnel. [5, 11, 13, 38] Cette considération que l'insight peut être à la portée des patients, du moins en partie, a laissé la place à une volonté depuis une vingtaine d'année d'étudier et formaliser l'insight à travers une conceptualisation multiple plus adaptée à un phénomène complexe.

En ce qui concerne l'étiologie des déficits de la conscience des troubles dans la schizophrénie, même si certaines études vont dans le sens d'une implication de certains processus de défense psychologiques [20,35], ce qui est retrouvé dans un ensemble de maladies d'origine somatique [45], le lien robuste entre déficits cognitifs et déficits de l'insight dans la schizophrénie privilégie [1] d'appréhender ce phénomène à travers une approche étiologique multi-déterminée [5,36].

En résumé, cet à priori de l'insight comme absolument hors de portée des patients a certainement retardé l'intérêt porté à la problématique de l'insight et son étude à travers des paradigmes plus expérimentaux. Les modèles scientifiques actuels en psychopathologie cognitive qui plaident pour un continuum entre le normal et le pathologique dans les maladies mentales y sont certainement pour beaucoup [12]. De plus, jusqu'à il y a peu, la plupart des praticiens se cantonnaient à évaluer l'insight au travers de l'entretien clinique [5, 7, 8, 17]. Aussi féconde qu'elle soit, cette approche éminemment subjective ne pouvait autoriser le recueil systématique de données objectives par le biais d'outils standardisés aux qualités métrologiques connues. Si la richesse des études de cas a permis de mettre en

exergue la complexité du phénomène, l'absence d'outils de mesure rendait donc difficile l'exploration et la réplication expérimentale de l'hypothèse avancée par les cliniciens selon laquelle les patients psychotiques auraient une conscience partielle de leurs troubles. Il était de surcroît impossible d'en cerner ses explications théoriques. Il aura fallu attendre 1973 et l'étude multicentrique de l'« International Pilot Study of Schizophrenia » menée par l'Organisation mondiale de la santé pour que des échantillons conséquents de patients fassent partie de protocoles opérationnalisant une définition de la conscience des troubles [19]. Dans étude mondiale, les différentes dimensions symptomatologiques de la schizophrénie furent analysées selon différentes cultures ethniques dans l'optique de faire émerger un ensemble de symptômes susceptibles de définir des sous-groupes homogènes et cliniquement valides de patients atteints de cette maladie [19]. Les troubles de la conscience de la symptomatologie psychiatrique étaient alors reconnus comme un phénomène transculturel. De plus, son intensité est envisagée comme un élément déterminant afin d'établir différents sous-types diagnostiques. Dans cette étude, l'absence d'insight était envisagée lorsqu'un patient déniait vigoureusement le fait d'être malade. Bien que cette approche de la conscience des troubles demeure relativement dichotomique, l'originalité de cette importante étude aura été d'illustrer de manière rigoureuse que l'insight constitue un élément essentiel de la symptomatologie schizophrénique.

2. Impact de l'insight sur la schizophrénie

Les données actuelles vont dans le sens que les patients schizophrènes avec un faible insight sont plus souvent hospitalisés et connaissent des périodes plus fréquentes et plus longues de mauvaise observance que les autres [6, 7]. Cela s'avère particulièrement vrai à des stades plus tardifs de la maladie, et à distance d'un premier épisode [8]. Il est important alors de souligner que l'insight semble être un bon facteur prédictif d'une bonne observance thérapeutique, tant en ce qui concerne l'épisode aigu que l'observance au long cours [9]. De plus, un faible insight a été rapporté comme facteur prédictif de moindres habilités psychosociales. Par exemple, chez les patients schizophrènes avec un faible insight, il a été démontré que les relations sociales étaient de moins bonne qualité et que les performances dans les centres de réhabilitation par le travail étaient moindres [9, 11]. Un faible insight est également corrélé à la sévérité de la maladie (aussi bien dans les symptômes positifs que négatifs), que ce soit au long cours [12] ou lors d'un premier épisode [13]. Paradoxalement, d'autres travaux ont suggéré qu'un bon insight pouvait conduire à toutes sortes de conséquences néfastes. Ainsi, R.J. Drake et al. rapportent qu'un niveau de conscience élevé des troubles, et ce dès le début de la maladie, est un facteur de risque important de dépression [14]. De la même façon, S. Mohamed et al. ont trouvé qu'une aggravation de la dépression coïncidait avec des modifications de l'insight [15]. Il s'agit probablement ici du fait que les personnes qui commencent à percevoir qu'elles sont malades se trouvent alors confrontées à la stigmatisation, c'est-à-dire aux croyances sociales stéréotypées et inexactes au sujet de la maladie mentale, comme la notion que cette dernière serait synonyme d'incompétence [16]. De plus, une étude a montré que les patients avec un bon insight qui s'étaient résignés à accepter la stigmatisation avaient de plus

faibles niveaux d'espoir et d'estime de soi que les patients qui n'acceptaient pas leur maladie [17]. Au-delà de la question de la dépression, un bon insight a aussi été corrélé à une plus faible qualité de vie [18], et serait un facteur de risque d'idéations et de passage à l'acte suicidaires [19]. À la suite de ces résultats, des efforts ont été réalisés pour déterminer un modèle sur les origines et la nature de l'insight dans la schizophrénie. Dans un résumé récent, K. Osatuke et al. ont identifié sept grands modèles étiologiques pour expliquer le manque d'insight. [20] Les deux premiers modèles considèrent l'insight comme un symptôme de la maladie. En effet, ils suggèrent que le manque de conscience de la maladie pourrait parfois être lui-même considéré comme un symptôme positif ou négatif de la schizophrénie. Ainsi, un faible insight pourrait être conceptualisé comme un délire ou comme une forme de retrait vis-à-vis de la réalité commune. Les quatre modèles suivants proposés par K. Osatuke et ses collègues considèrent le manque d'insight comme le résultat direct d'un dysfonctionnement cognitif : désorganisation cognitive, troubles neurocognitifs, troubles de la capacité métacognitive ou déficit neuro-anatomique. [20] Cet ensemble de théories peut être perçu comme une forme de diminution des capacités cognitives antérieurement disponibles. Autrement dit, tout se passe comme s'il y avait chez le sujet un obscurcissement de sa faculté de reconnaître ou d'identifier une série d'expériences chaotiques et gênantes telles qu'on en connaît dans la schizophrénie. Ainsi, du fait de leurs difficultés d'abstraction importantes, il se pourrait que les patients schizophrènes ne puissent formuler de description complexe et plausible de la maladie, en raison de la double contrainte que celle-ci leur impose : se protéger, d'une part, de la réalité de leur maladie et, d'autre part, du regard des autres. Le septième et dernier modèle suggère qu'un faible insight pourrait refléter une tentative d'adaptation face à l'image négative que renvoie la maladie. [20] Selon cette vision, il pourrait s'agir

d'un acte auto-protecteur ou d'un moyen d'éviter certaines difficultés inhérentes à la maladie, comme la stigmatisation ou la perte d'estime de soi.

À ce jour, la plupart des recherches ont examiné la possibilité que l'insight soit lié à un large ensemble de troubles cognitifs. De nombreuses études ont permis de mettre en évidence, chez les patients schizophrènes avec un faible insight, des troubles neurocognitifs, et tout particulièrement en rapport avec le fonctionnement du cortex préfrontal [21, 23]. D'autres études ont essayé de faire des corrélats entre le manque d'insight et les modifications morphologiques du cerveau, en particulier les diminutions de volume de la matière grise dans les régions temporales et pariétales [24]. Ainsi, en se basant sur les résultats de tests neuropsychologiques montrant une diminution de la flexibilité mentale, une pensée abstraite limitée et un niveau de fonctionnement cérébral diminué, il a pu être suggéré que les patients schizophrènes avec un faible insight auraient des difficultés particulières à percevoir et construire une représentation significative des symptômes de la maladie, et des conséquences de celle-ci [2].

Les modèles théoriques précédents apportent certes des explications, mais leur application génère des résultats contradictoires. Dans l'idée de trouver un compromis, deux autres modèles ont été proposés. Le premier, imaginé par P.H. Lysaker et K. Buck [2], est un modèle intégratif dans lequel les troubles cognitifs pourraient interférer avec l'insight, en rendant plus difficile l'élaboration par les patients d'une vision propre de leur condition, comprenant aussi bien certaines des idées socialement répandues au sujet de la maladie que les schémas les protégeant de ces représentations négatives. En d'autres termes, il est possible d'avancer que l'atteinte cognitive entraîne le sujet à se maintenir dans l'absence de reconnaissance de son trouble, celui-ci n'ayant ainsi pas à "faire le tri" des cognitions complexes, et parfois contradictoires, qu'induit le fait de se supposer malade. Le second est un

modèle évolutif de l'insight qui permettrait de penser qu'un défaut d'insight est probablement le résultat d'altération des capacités métacognitives. Le terme de "métacognition" renvoie à un ensemble de fonctions qui permettent aux personnes de réfléchir à leurs propres pensées et sentiments, et à ceux d'autrui [25]. D'une manière conceptuelle, la métacognition est un phénomène apparenté, mais pas synonyme de neuro-cognition, par exemple ; avoir une mauvaise mémoire n'est pas la même chose qu'être conscient de ses déficits mnésiques, ou que savoir dans quelles circonstances on peut toujours mémoriser efficacement. Dans cette perspective, le manque d'insight n'est pas considéré comme un refus d'admettre un certain nombre de faits au sujet de la maladie, mais bien comme un déficit de la capacité à raisonner par rapport à son propre état mental. À titre d'illustration, une relative incapacité à formuler une pensée sur la façon dont une tierce personne pourrait percevoir sa maladie entraînerait potentiellement chez le patient des difficultés à se représenter la maladie en général. En parallèle, un manque de conscience de ses propres pensées et sentiments peut parasiter le traitement correct et objectif d'une pensée ou croyance aberrante. Au-delà des déficits en neuro-cognition, les carences diverses de la métacognition peuvent interagir pour former la base d'un insight faible chez certains patients. Ces hypothèses sont étayées par les études qui ont mis en rapport théorie de l'esprit et faible insight [26, 27]. Cette idée est elle-même renforcée par une étude récente qui a montré que l'incapacité de penser à soi-même comme quelqu'un de potentiellement capable de résoudre des problèmes ainsi qu'un défaut de théorie de l'esprit étaient liés de façon exclusive et indépendante à un faible insight pour l'analyse des conséquences de la maladie [28] ; tandis que la conscience de ses propres pensées et sentiments était liée à la conscience des symptômes indépendamment des neuro-cognitions.

III. Insight chez les patients bipolaires

Le trouble bipolaire est une maladie chronique classiquement marquée par la répétition d'épisodes thymiques. Si certains patients rechutent malgré une bonne observance du traitement, d'autres, en revanche, sont peu ou pas observant, ce qui accroît considérablement le risque de récurrence. Cette non-compliance peut être expliquée par divers facteurs, dont une mauvaise conscience du trouble (ou mauvais insight) qui serait la première cause de non-compliance chez les patients bipolaires. Ainsi, l'insight est un élément central dans l'évaluation et la prise en charge d'une bipolarité.

1. Spécificités de l'insight dans le trouble bipolaire

Dans la littérature, contrairement à la schizophrénie, il y a globalement peu d'études sur l'insight dans les troubles bipolaires. [28] Dans une revue de la littérature publiée en 2012 par Latalova, on retrouve que l'insight est plus altéré lors d'un épisode thymique que lors d'une phase de rémission, dans les épisodes mixtes plutôt que dans les épisodes maniaques purs, dans le trouble bipolaire type II plus que dans le type I et dans la manie pure plus que dans la dépression bipolaire ou unipolaire. Il n'y a pas d'unanimité par les chercheurs sur ces données. [35] Cependant, deux éléments semblent jouer un rôle important : la présence des symptômes psychotiques et la polarité maniaque.

Il semblerait que le niveau de l'insight soit conditionné par l'existence des symptômes psychotiques. Ainsi, certaines études rapportent que la présence des éléments psychotiques dans une phase dépressive d'un trouble bipolaire (et non dans la phase maniaque) était associée à une altération plus marquée de l'insight. [23] Yen et al. en 2004 en utilisant l'échelle SAI pour évaluer l'insight, précisent que,

quelle que soit la phase du trouble bipolaire, l'existence des symptômes psychotiques chez les sujets de sexe masculin, avec une courte durée de la maladie, était associée à un faible insight seulement dans deux dimensions. De manière intéressante, une étude récente réalisée chez 101 patients bipolaires montre que l'insight est plus altéré par la présence des symptômes psychotiques que par les différentes phases thymiques de la bipolarité. Ces données ne sont pas confirmées par Smith et al. en 2014. [45] Ces auteurs, en évaluant l'insight avec l'item 11 de l'échelle YMRS chez 74 patients présentant un premier épisode maniaque, rapportent qu'un faible insight n'est ni associé avec des éléments psychotiques ni avec une mauvaise réponse thérapeutique ou des difficultés d'insertion sociale à 18 mois. Ces dernières années, de Assis da Silva et al. ont effectué plusieurs travaux sur l'insight dans la bipolarité avec des résultats contradictoires. [36] Cette équipe, en utilisant une évaluation catégorielle de l'insight (YMRS et HDRS), a rapporté une altération plus importante de l'insight lors des phases maniaques et des épisodes mixtes en comparaison aux phases dépressives et euthymiques. Cette même équipe, en utilisant l'échelle ISAD, ne retrouve pas d'altération de l'insight dans les épisodes mixtes comparativement aux autres phases, mais confirme une altération importante de l'insight pendant la phase maniaque. [29] Cette idée est confirmée par Cassidy en 2010 qui avait rapporté une altération plus élevée de l'insight dans les phases maniaques pures en comparaison aux phases dépressives, mixtes ou euthymiques. Cependant, ces études ne retrouvent aucun lien entre un faible insight et l'âge, les années d'évolution du trouble, l'âge du premier épisode thymique. Dans une revue de la littérature, Ghaemi et Rosenquist, en 2004, rapportent que l'insight dans les troubles bipolaires est dépendant de la phase (state dépendant), ce qui va dans le sens de considérer l'insight comme un état mental plutôt qu'un symptôme. [47] Les antécédents des accès maniaques à répétition engendrant une bipolarité à

polarité maniaque semblent avoir un impact important sur l'altération de l'insight. D'autres études ne vont pas dans ce sens et ne retrouvent aucune corrélation entre les épisodes affectifs antérieurs et l'insight actuel. [39] Les données concernant l'impact des nombres d'hospitalisation sur le niveau d'insight sont contradictoires. Certaines études rapportent une association entre un faible insight et peu d'hospitalisation alors que d'autres ne retrouvent pas de lien entre l'insight actuel et les hospitalisations antérieures. [53]

2. Impact de l'insight sur le trouble bipolaire

La relation entre insight clinique et l'observance thérapeutique chez les patients bipolaires est peu étudiée. Certaines études rapportent une absence de lien entre l'observance et l'insight dans cette population tandis que d'autres démontrent qu'un bon insight est associé avec une meilleure observance et alliance thérapeutique. [57] Le lien entre l'insight et le passage à l'acte suicidaire chez les patients bipolaires n'est pas clair. Dans une étude, de Assis Da Silva et al. ont retrouvé un lien entre un faible insight et les tentatives de suicide chez 60 patients bipolaires ; cependant, aucune corrélation n'a été retrouvée entre l'insight et les idéations suicidaires. [51] Une autre étude ne confirme pas ces données et rapporte que le désespoir et la conscience d'avoir un trouble mental étaient associés à des antécédents d'idéations suicidaire. [43] L'insight est un concept relationnel. Ses limites et ses champs d'application dans la dépression bipolaire restent difficiles. [32] Cependant, considérer l'insight comme un état mental permet de comprendre que la dépression n'est qu'un des facteurs pouvant entraîner son altération. [59] De manière pragmatique, il faut être vigilant face à un patient bipolaire dépressif avec un bon insight car le risque de passage à l'acte suicidaire reste élevé. [58]

PARTIE PRATIQUE

I. Objectifs de l'étude

1. Objectif principal :

L'objectif principal de notre étude est de comparer l'insight chez les sujets schizophrènes et bipolaires

2. Objectifs secondaires :

Les objectifs secondaires consistent à déterminer et à comparer les différents facteurs impactant l'insight chez les deux populations, en analysant les données sociodémographiques et cliniques, à la recherche d'éventuelles perspectives thérapeutiques.

II. Matériel et Méthodes :

1. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive et analytique portant sur les patients schizophrènes bipolaires hospitalisés entre Mai et Octobre 2021 à l'hôpital psychiatrique du CHU Hassan II de Fès. L'étude est réalisée en collaboration avec le service d'épidémiologie de la Faculté de Médecine et de pharmacie de Fès.

2. Population d'étude

a) Critères d'inclusion

Notre étude porte sur des patients bipolaires et schizophrènes hospitalisés en service de psychiatrie.

Le diagnostic de bipolarité et de schizophrénie répond aux critères du DSM 5.

b) Critères d'exclusion

Les patients présentant un retard mental ou une pathologie neurologique ont été exclus de notre étude.

3. Mode de recueil des données

a) Fiche d'exploitation (annexe 1)

Les données ont été recueillies sur une fiche d'exploitation, comprenant un hétéro-questionnaire qui collecte les renseignements sociodémographiques et ceux concernant l'histoire de la maladie, le volet clinique et le volet thérapeutique.

- Paramètres sociodémographiques :

Ils ont porté sur les données démographiques relatives au patient (âge, sexe, l'origine géographique...) et l'état social (niveau d'étude, niveau socio-économique...).

- Antécédents personnels et familiaux :

Les données cliniques ont porté sur les antécédents personnels somatiques, toxiques, judiciaires, et les antécédents des hospitalisations psychiatriques, ainsi que les antécédents psychiatriques familiaux.

- Caractéristiques de la maladie : les données cliniques ont porté sur le type de diagnostic selon le DSM 5, l'âge de début, la durée d'évolution, le nombre de rechutes, le nombre d'hospitalisations, la durée cumulée d'hospitalisation en jours.
- Modalités de prise en charge : les données cliniques ont porté sur les traitements antérieurs et en cours

b) Échelles psychométriques

• Échelle PANSS (annexe 2):

L'échelle du syndrome positif et négatif (PANSS) est l'un des instruments les mieux validés pour évaluer la psychopathologie positive, négative et générale associée à la schizophrénie. Le PANSS est un entretien clinique standardisé qui évalue la présence et la gravité des symptômes positifs et négatifs, ainsi que la psychopathologie générale des personnes atteintes de schizophrénie au cours de la semaine écoulée. Sur les 30 items, sept sont des symptômes positifs, sept sont des symptômes négatifs et 16 sont des symptômes psychopathologiques généraux. La gravité des symptômes pour chaque élément est évaluée en fonction des points d'ancrage de l'échelle à 7 points (1 = absent ; 7 = extrême) qui décrivent le mieux la présentation du symptôme. (version validée en français).

• Échelle YMRS (annexe 3):

L'échelle de Young (YMRS) est un outil de mesure utilisé pour coter la présence de symptômes de la phase maniaque du trouble bipolaire. L'échelle YMRS a été mise au point en 1978, et sa fiabilité inter-évaluateur est élevée. Elle comprend 11 éléments pour les symptômes maniaques : Euphorie, augmentation de l'activité/l'énergie motrice, intérêt sexuel, sommeil, irritabilité, discours (rythme et quantité), troubles du langage, contenu de la pensée, altération/agressivité du comportement, apparence, lucidité. Le score total est égal à la somme des notes

obtenues aux 11 items. Chaque item est évalué sur une échelle en 5 points de 0 à 4 (de 0 : absence de symptôme ; à 4 : symptômes extrêmes). Une description précise est donnée pour chaque point de l'échelle. La symptomatologie maniaque est évoquée pour des scores de 13 à 17 (< 6 : Euthymie, 7–20 : Episode hypomaniaque, > 20 : Episode maniaque).(version validée en français).

- **Échelle de BECK (annexe 4) :**

Cet outil permet une estimation quantitative de l'intensité des signes dépressifs. Il comporte 21 items de symptômes et d'attitudes, qui décrivent une manifestation comportementale spécifique de la dépression, gradués de 0 à 3 par une série de 4 énoncés reflétant le degré de gravité du symptôme (0–9 : dépression mineure ; 10–18 : dépression légère ; 19–29 : dépression modérée ; 30–63 : dépression sévère).(version validée en français).

- **Échelle MMSE (annexe 5):**

Le MMSE a été développé pour dépister les personnes souffrant d'une atteinte neurocognitive majeure. Il a ensuite été traduit dans diverses langues. Puis, diverses études ont conduit à la création de versions modifiées et à l'élaboration de directives pour la passation et la cotation. D'autres études ont permis d'examiner le potentiel de l'outil à être utilisé dans d'autres contextes, par exemple la mesure du changement. Actuellement, le MMSE sert également à assurer le suivi de l'état cognitif des personnes et à mesurer le déclin des fonctions cognitives chez les personnes qui souffrent d'atteintes neurocognitives. Le MMSE est essentiellement un questionnaire à réponses courtes. Les personnes évaluées doivent aussi accomplir quelques tâches simples. Les paramètres évalués sont regroupés en six sous-sections : orientation, enregistrement, attention et calcul, rétention mnésique, langage et praxie de construction.

La cotation de l'évaluation se fait directement sur la grille et simultanément à la passation. L'évaluateur doit inscrire les réponses de la personne et les coter, en administrant 1 point pour une réponse correcte et 0 point pour une réponse incorrecte. Un score maximal sur 30 points sera ainsi obtenu.(version validée en français).

- **Echelle de birchwood (annexe 6)**

Ce questionnaire bref permet une évaluation rapide de l'insight clinique du patient. Il est notamment utilisé dans le cadre de troubles psychotiques tels que la schizophrénie. Cette échelle est constituée de huit items.

Le patient peut choisir entre 3 réponses pour chaque item : "D'accord", "En désaccord", "Incertain". Il faut se référer au barème de cotation pour savoir combien de points attribués par réponse. Le score est obtenu par l'addition des scores des items, il peut aller de 0 à 4 pour chaque dimension :

Score maximal = 12 – Très bon insight

9 et plus = bon insight

Score minimal = 0 – Pas d'insight

Dimension "Conscience des symptômes" (items 1, 8) :

3 ou 4 = bon insight,

1 ou 2 = pauvre insight.

Dimension "Conscience de la maladie" (items 2, 7) :

3 ou 4 = bon insight,

1 ou 2 = pauvre insight.

Dimension "Besoin de traitement" (il faut additionner les items 3, 4, 5, 6 et les diviser par 2) :

3 ou 4 = bon insight,

1 ou 2 = pauvre insight.

(version traduite en français).

- **MINI (annexe 7)**

C'est un entretien diagnostique structuré, développé conjointement par des psychiatres et des cliniciens aux États-Unis et en Europe, pour les troubles psychiatriques DSM-V et CIM-10. Avec un temps d'administration d'environ 15 minutes, il a été conçu pour répondre au besoin d'un entretien psychiatrique structuré court mais précis pour les essais cliniques multicentriques et les études épidémiologiques et pour être utilisé comme première étape du suivi des résultats dans des contextes cliniques autres que la recherche.

Les pathologies évaluées sont : les idéations suicidaires, les troubles psychotiques, les troubles anxieux, la dépression, le trouble panique, le trouble obsessionnel compulsif, l'alcoolisme, la boulimie, l'anorexie, le trouble de la personnalité antisociale, le trouble bipolaire, les troubles liés à une substance et les états de stress post-traumatique. (Mini International Neuropsychiatric Interview validé en arabe dialectal marocain).

4. Analyse statistique

Nous avons d'abord décrit ce groupe de patients : âge, sexe, niveau socio-économique, activité professionnelle, histoire et évolution de la maladie psychiatrique.

Nous avons étudié l'insight chez cette population. Les patients ont été classés d'une manière typologique en fonction du tableau clinique, en deux groupes, suivant s'ils présentaient ou pas le critère clinique étudié à chaque fois. Puis nous avons cherché s'il existait un lien entre le critère clinique étudié et l'insight.

Les données du questionnaire ont été saisies et traitées sur Excel, ce qui nous a permis d'obtenir les résultats descriptifs de la population étudiée.

Une analyse descriptive a été réalisée pour l'ensemble des variables de l'étude.

L'analyse uni-variée pour mesurer les différentes associations entre les variables a été réalisée à l'aide du test Khi2.

Les corrélations entre les différents scores ont été évaluées par le coefficient r de Pearson. Le seuil de signification a été fixé à 0,05.

5. Aspects éthiques

Une fiche de consentement a été remplie auprès du patient ou de sa famille avant de l'inclure dans l'étude, et des explications simples et claires sur la nature de notre étude lui avaient été données conformément aux bonnes pratiques en épidémiologie. Le recueil des données s'est fait dans le respect de l'anonymat et de la confidentialité des informations.

IV. Résultats :

1. Résultats descriptifs :

Notre étude a porté sur 29 patients schizophrènes et 30 patients bipolaires hospitalisés en service psychiatrique du CHU Hassan II de Fès

a) Caractéristiques sociodémographiques

- **Age**

La moyenne d'âge de l'échantillon est de 35.27 ans (avec des extrêmes de 17 et 62 ans).

Deux catégories d'âge ont été distinguées : de 17 à 40 ans, et de 41 à 62 ans.

La répartition en fonction des deux tranches d'âge est la suivante :

- 44 patients âgés entre 17 et 40 ans, soit 74.5 % de notre échantillon ;
- 15 patients âgés entre 41 et 62 ans, soit 25.4 % de notre échantillon.

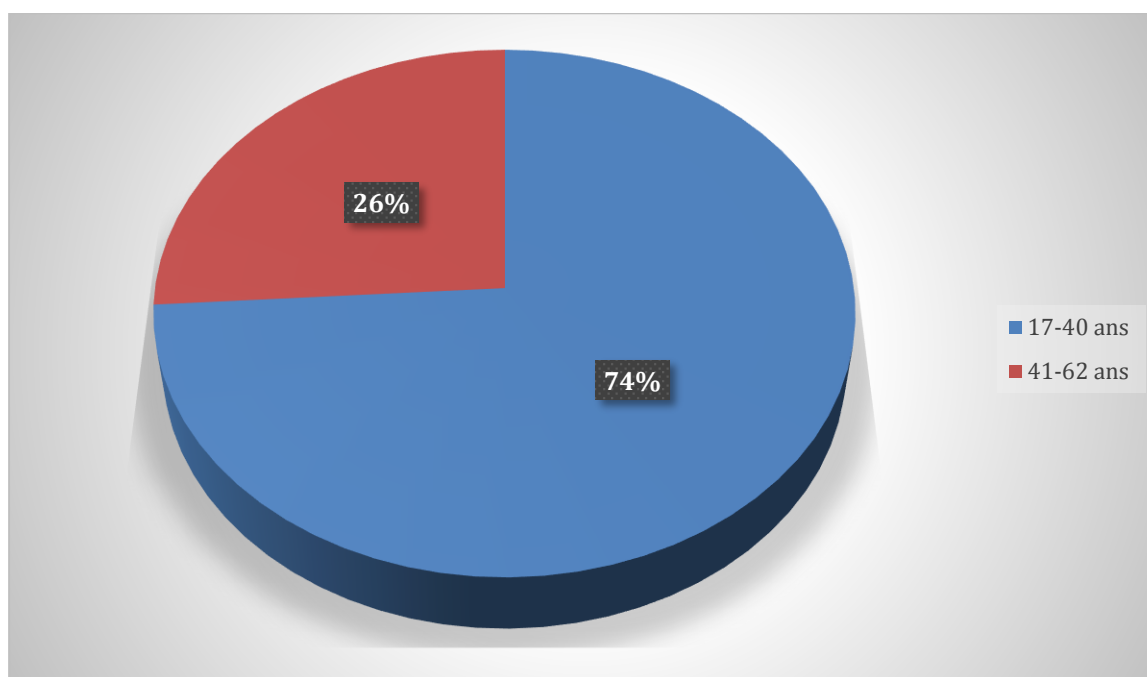


Figure 1 : Répartition des patients selon la tranche d'âge

- **Sexe**

L'échantillon des patients ayant répondu à notre questionnaire est composé de 51 hommes (86.4%) et 8 femmes (13.6 %) ; avec un sexe ratio F/H de 0,15.

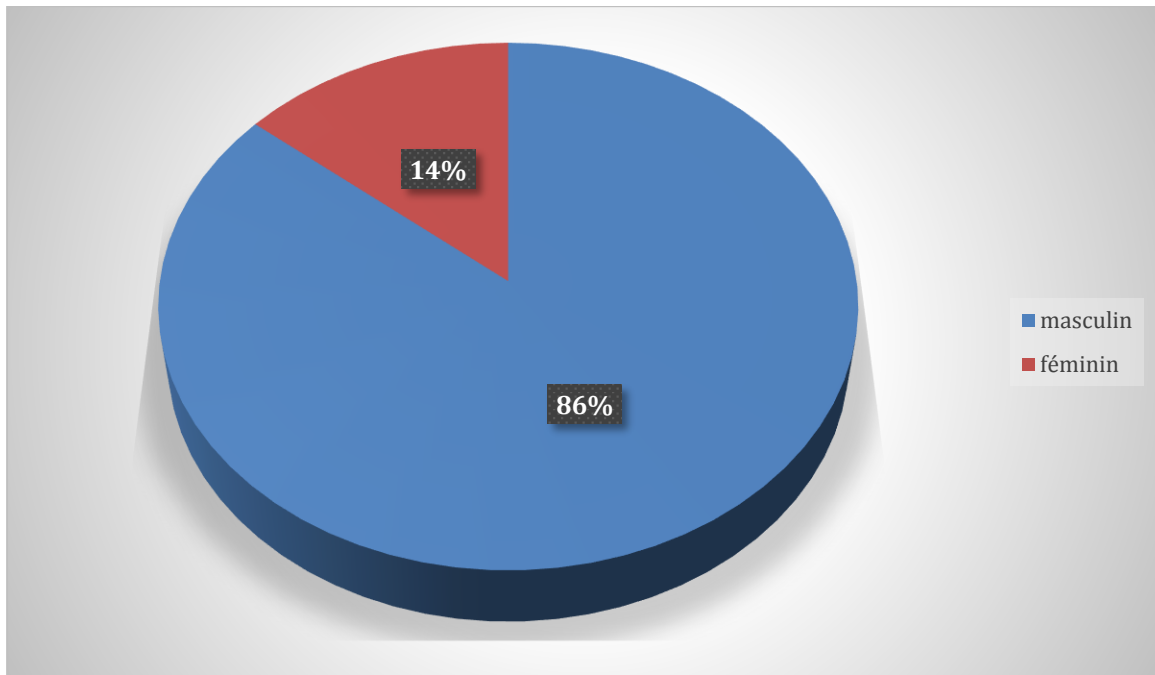


Figure 2 : Répartition des patients selon le sexe

– Milieu de vie

71.2 % des sujets de notre échantillon sont issus du milieu urbain tandis que les sujets issus du milieu rural ne représentent que 28.8%.

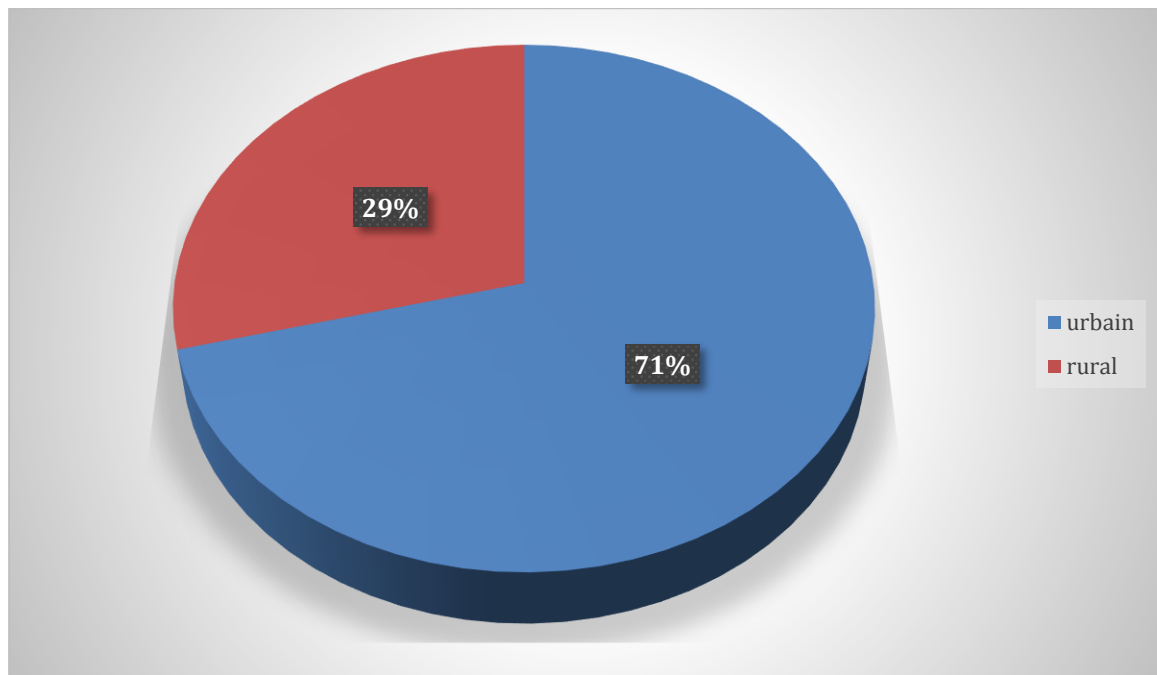


Figure 3 : Répartition des patients selon le milieu de vie

- **Statut maritale**

Dans notre échantillon, 84.7 % des patients étaient célibataires ; et 15.3 % étaient marié(e)s.

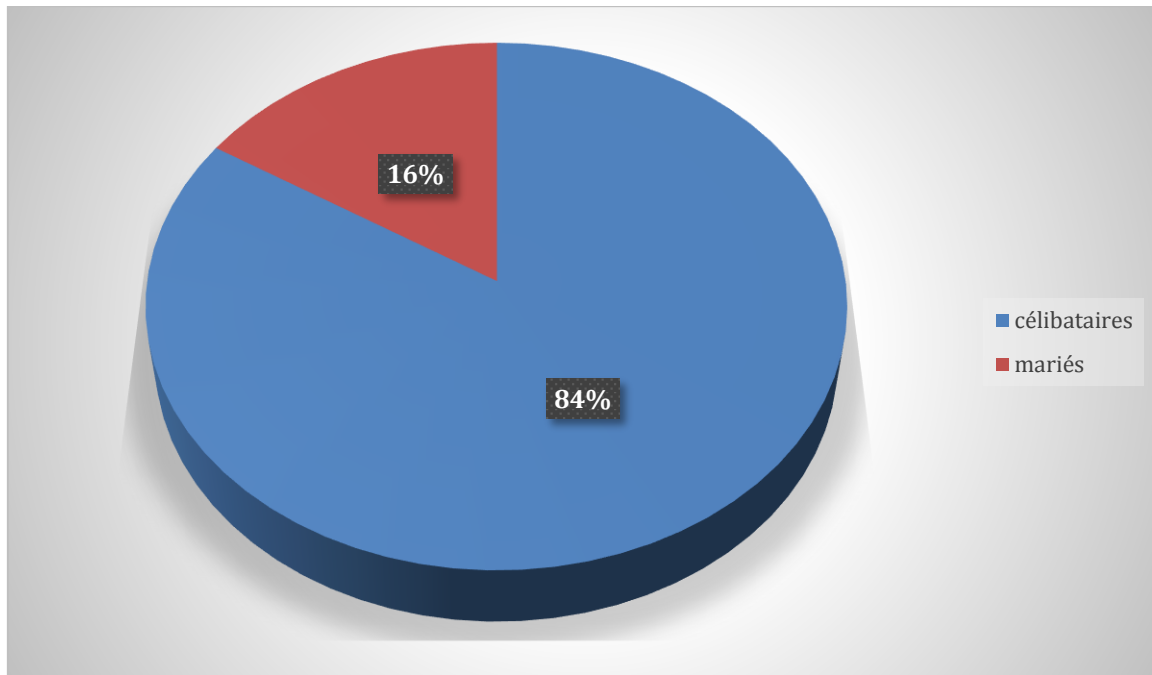


Figure 4 : Répartition des patients selon le statut marital

Nombre d'enfants

Dans notre échantillon d'étude, le nombre d'enfants par patient est estimé à 0.22 (extrêmes entre 0 et 3).

Deux catégories ont été distinguées, les patients n'ayant pas d'enfants, et ceux ayant entre 1 à 3 enfants. La répartition en fonction des deux tranches est la suivante :

- 52 patients soit 88 % n'ayant pas d'enfants ;
- 7 patients soit 12 % ayant entre (1 à 3) enfants.

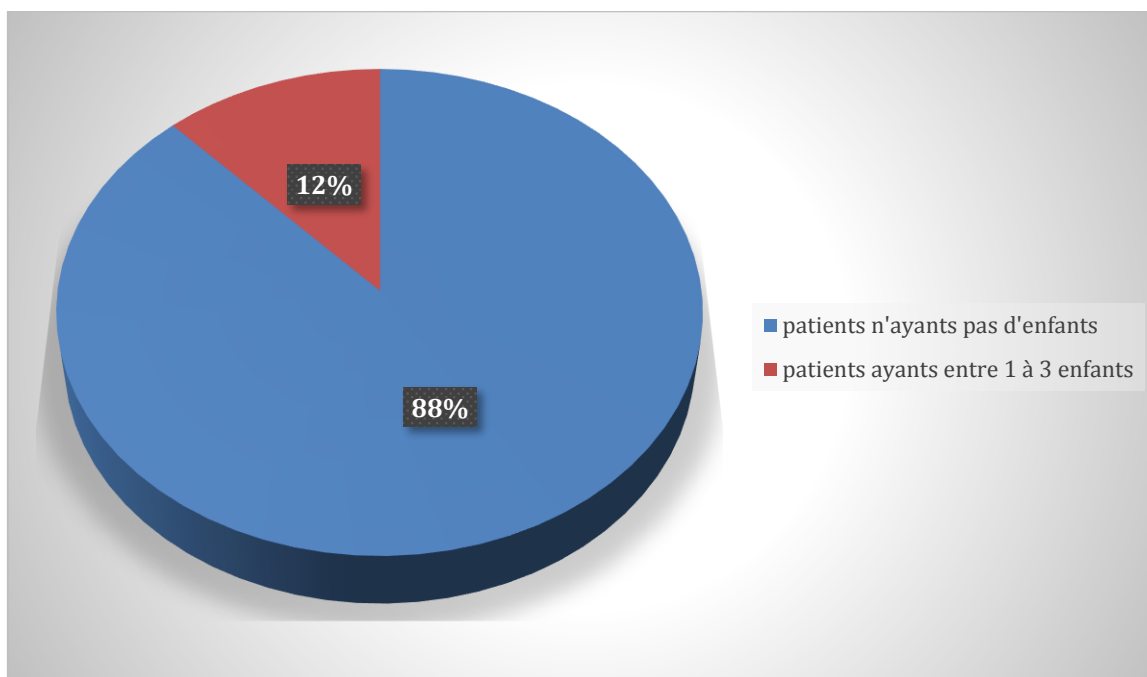


Figure 5 : Répartition des patients selon s'ils ont des enfants

- **Le mode de vie**

Dans notre échantillon d'étude, 78 % des patients vivaient avec au moins un membre de leur famille contre 22% qui vivaient seuls.

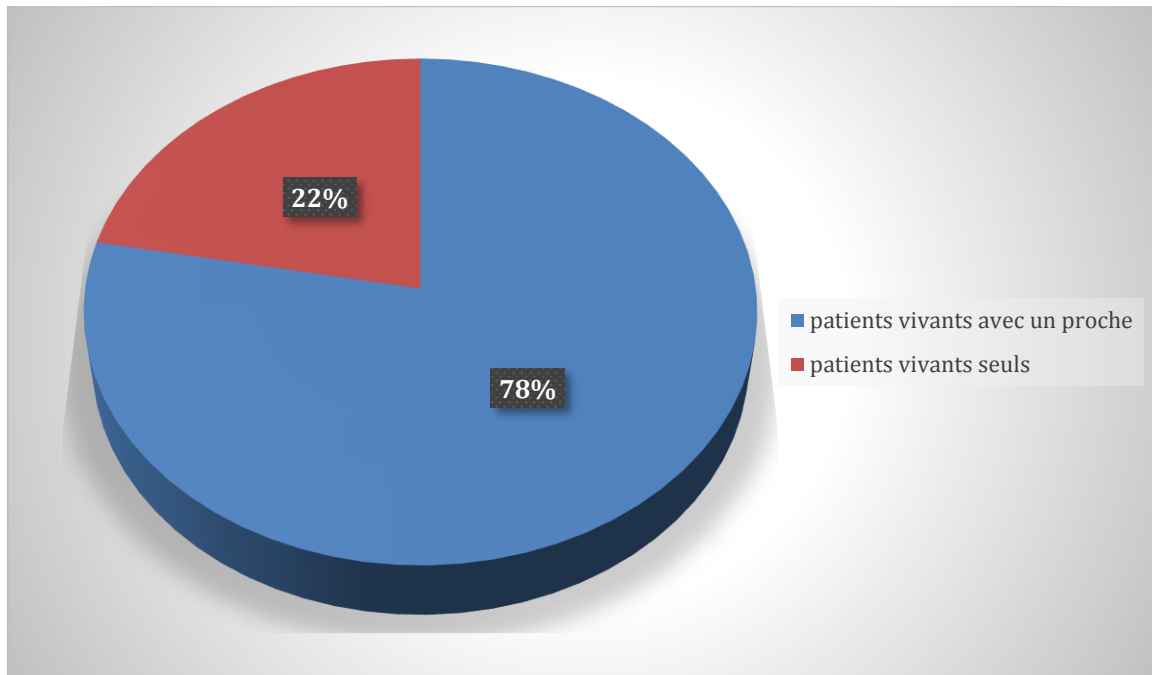


Figure 6 : Répartition des patients selon le mode de vie

- **Scolarité**

Dans notre échantillon d'étude, 6.8 % des patients n'ont jamais été scolarisés. 25.4 % avaient un niveau primaire, 44.1 % un niveau secondaire, et 23.7 % avaient atteint un niveau d'étude universitaire.

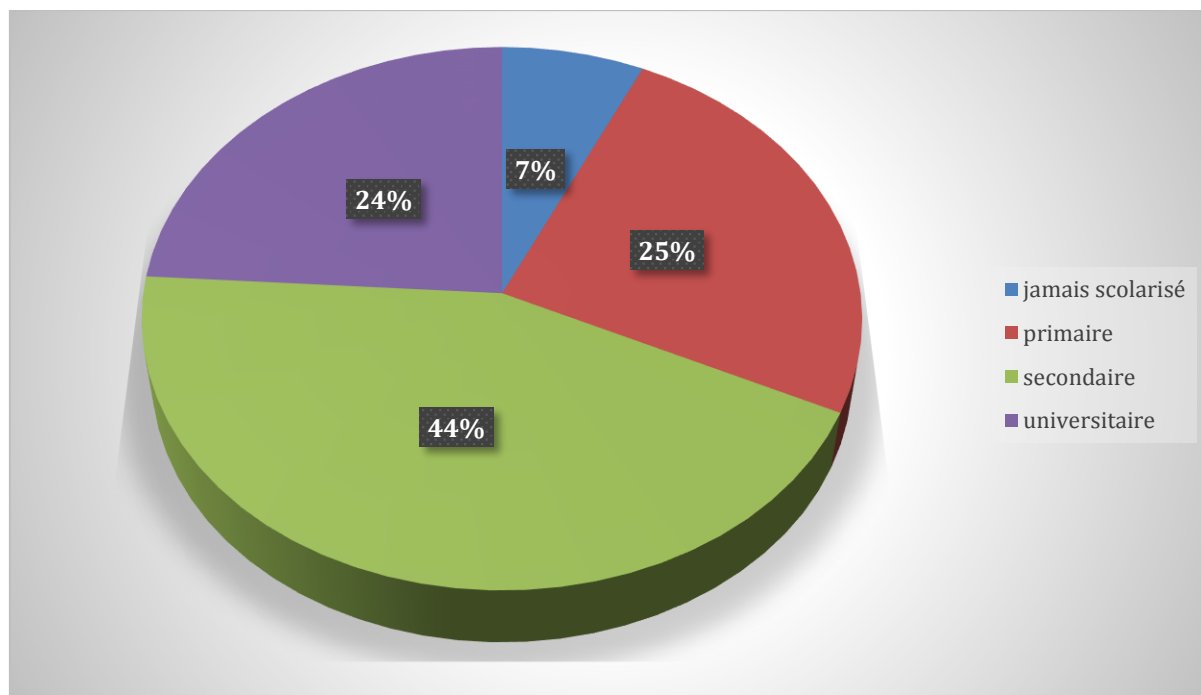


Figure 7 : Répartition des patients selon la scolarité

- **Activité professionnelle**

Notre échantillon d'étude comprend 40.7 % de patients sans activité professionnelle, 33.9 % avec une activité professionnelle irrégulière et 25.4 % avec une activité professionnelle régulière.

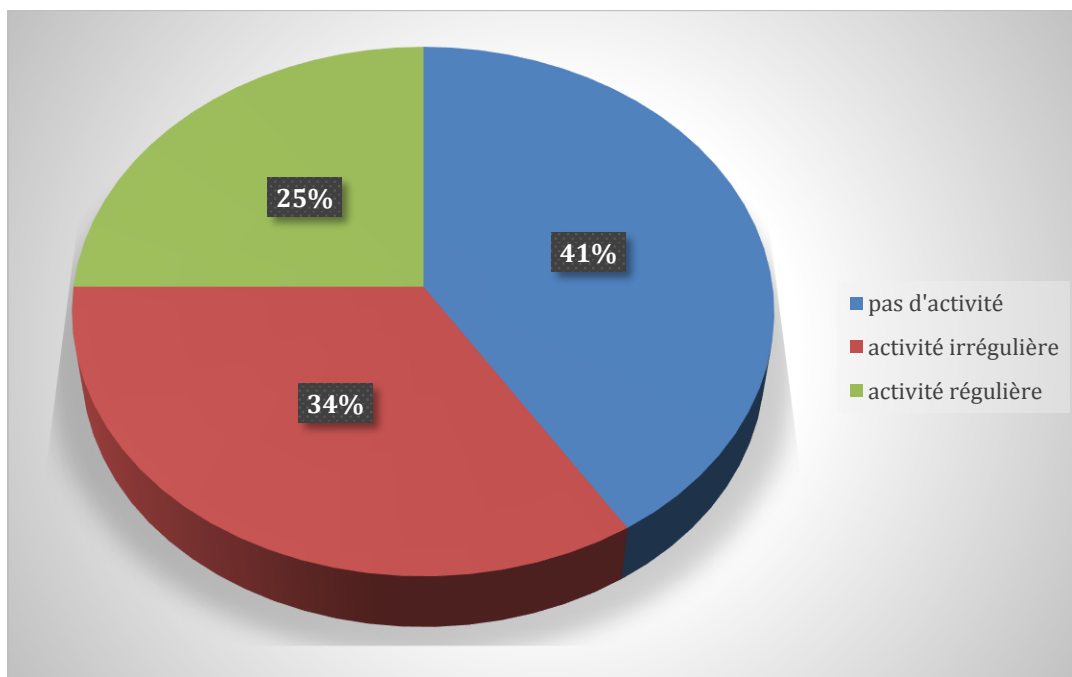


Figure 8 : Répartition des patients selon l'activité professionnelle

Niveau socioéconomique

18.7 % des patients ayant répondu à notre questionnaire avaient un niveau économique familial moyen, 10.2 % élevé, tandis que 71.2 % avaient un bas niveau économique.

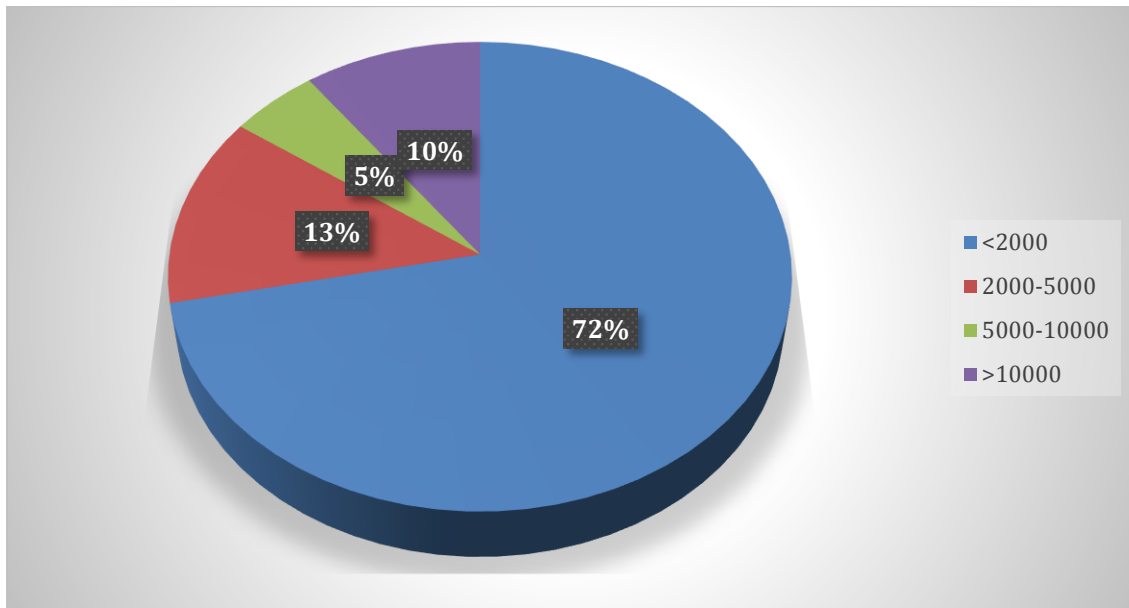


Figure 9 : Répartition des patients selon le revenu familial mensuel

b) **Caractéristiques cliniques**

- **Antécédents**

Antécédents personnels médico-chirurgicaux :

95% de nos patients (soit 56 patients) ne présentaient pas d'antécédent médico-chirurgical. Concernant les 5% qui en présentaient (soit 3 patients), ils étaient répartis comme suit :

- un patient avait une anémie
- un patient avait un diabète
- un patient avait une cardiopathie.

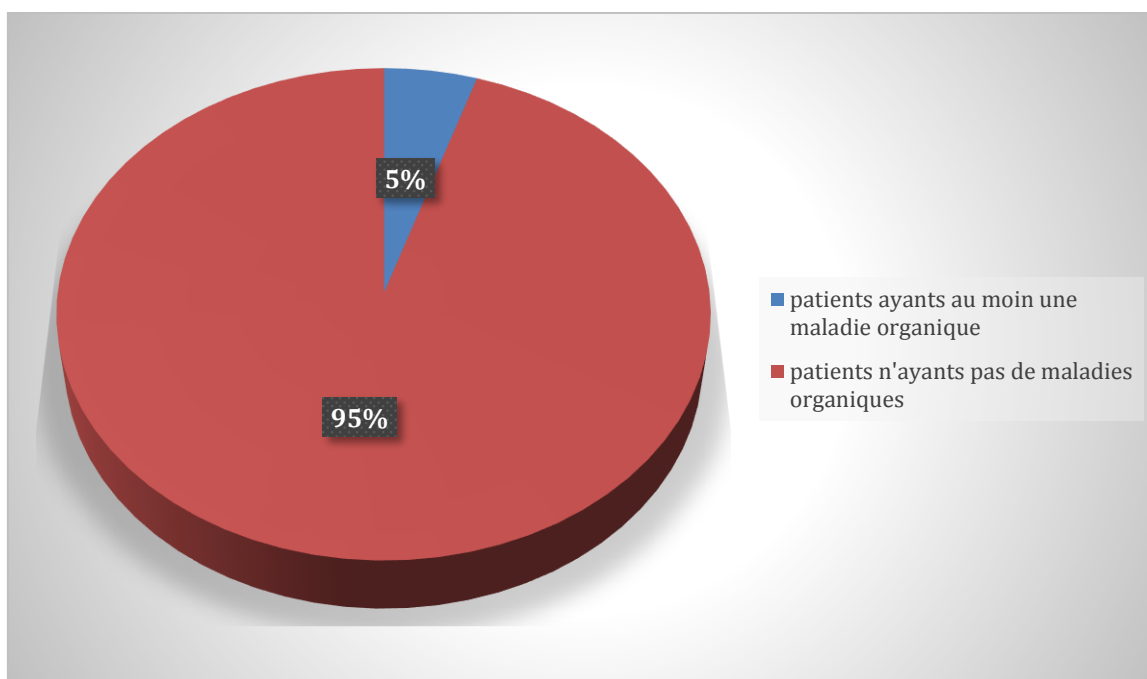


Figure 10 : Répartition des patients selon les antécédents médicaux-chirurgicaux

Antécédents personnels judiciaires

Sur l'ensemble des patients, 86.4 % (soit 51) n'avaient pas d'antécédents judiciaires contre 13.5 % (soit 8) ayant au moins un antécédent d'incarcération. Différents motifs d'incarcération ont été objectivés : vol, ivresse, vente de drogues, hétéro agressivité.

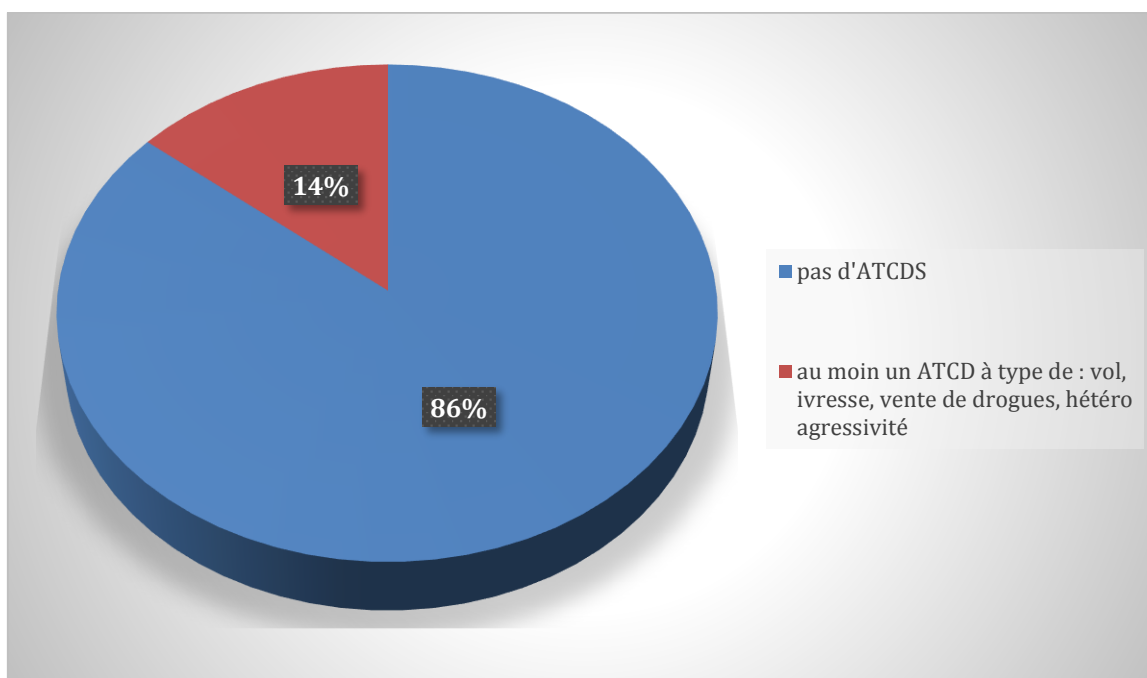


Figure 11 : Répartition des patients selon les ATCD judiciaires

Antécédent d'Évènements traumatisants

33.9% de nos patients (soit 20 patients) ont rapporté qu'ils ont vécu un événement traumatisant pendant leur enfance et/ou adolescence, alors que 66.1%(39) ont répondu négativement.

Des événements traumatisants retrouvés, le décès d'un proche représentait 18 %, l'incarcération 10 %, l'abus sexuel 54 % et un traumatisme lié à l'hospitalisation 18 %.

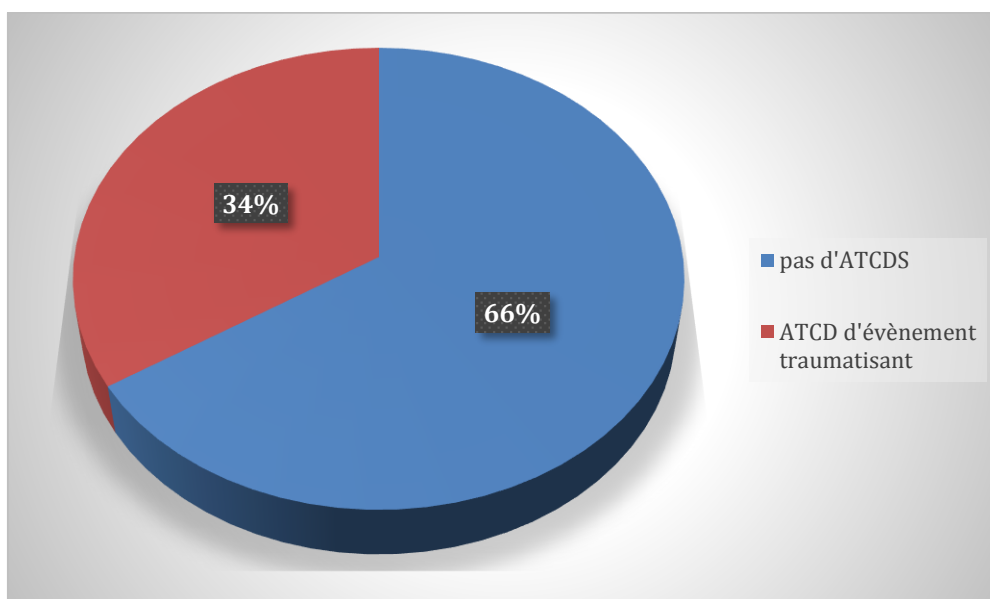


Figure 12 : Répartition des patients selon les ATCDs d'évènements traumatisants

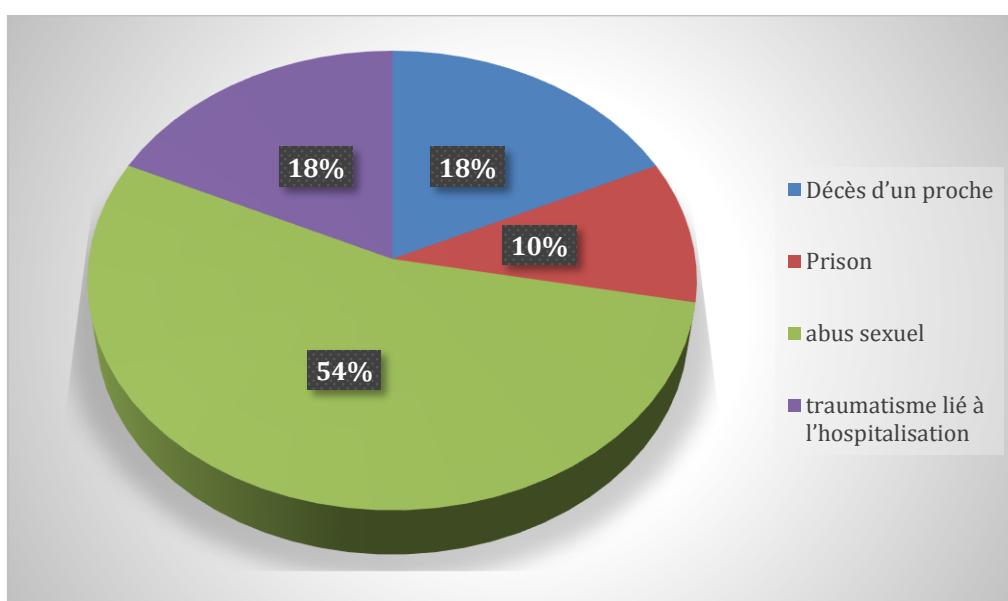


Figure 13 : Répartition des patients selon le type d'évènement traumatisant

Usage de substances

72.9 % des patients ayant répondu à notre questionnaire ont déclaré avoir une habitude toxique tandis que 27.1% n'en avaient pas.

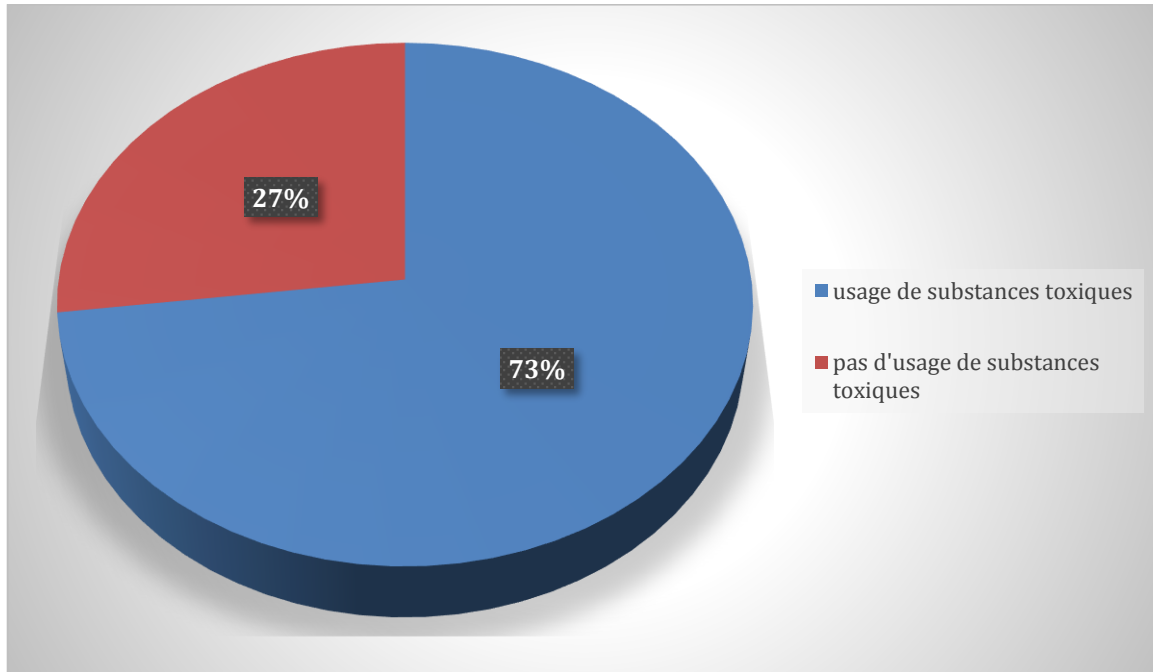


Figure 14 : Répartition des patients selon les habitudes toxiques

Le tabac était la substance la plus consommées (71.2%), suivi du cannabis (47.5%) et de l'alcool (6.8%).

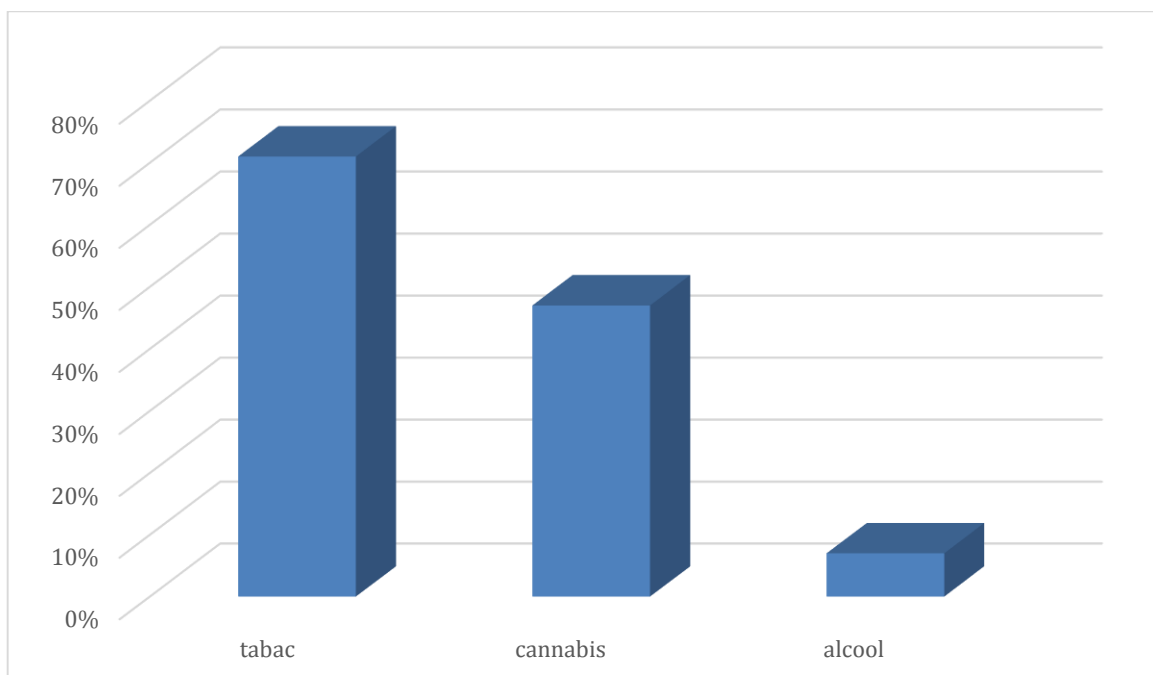


Figure 15 : Répartition des patients selon la prévalence des substances consommées

Antécédents familiaux psychiatriques

15.3 % de nos patients avaient des antécédents psychiatriques familiaux.

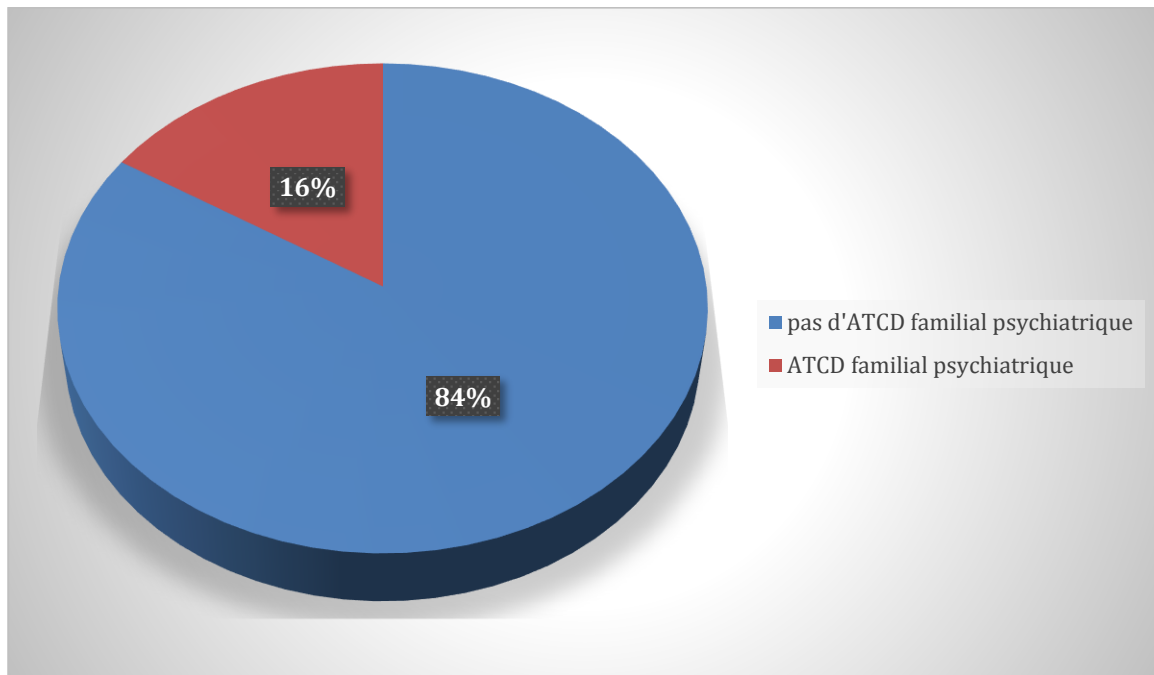


Figure 16 : Répartition des patients selon les ATCDs familiaux psychiatriques
Parmi les patients qui avaient des ATCD psychiatriques familiaux, la schizophrénie représentait 37% (3 patients) tandis que le trouble bipolaire représentait 63 % (6 patients).

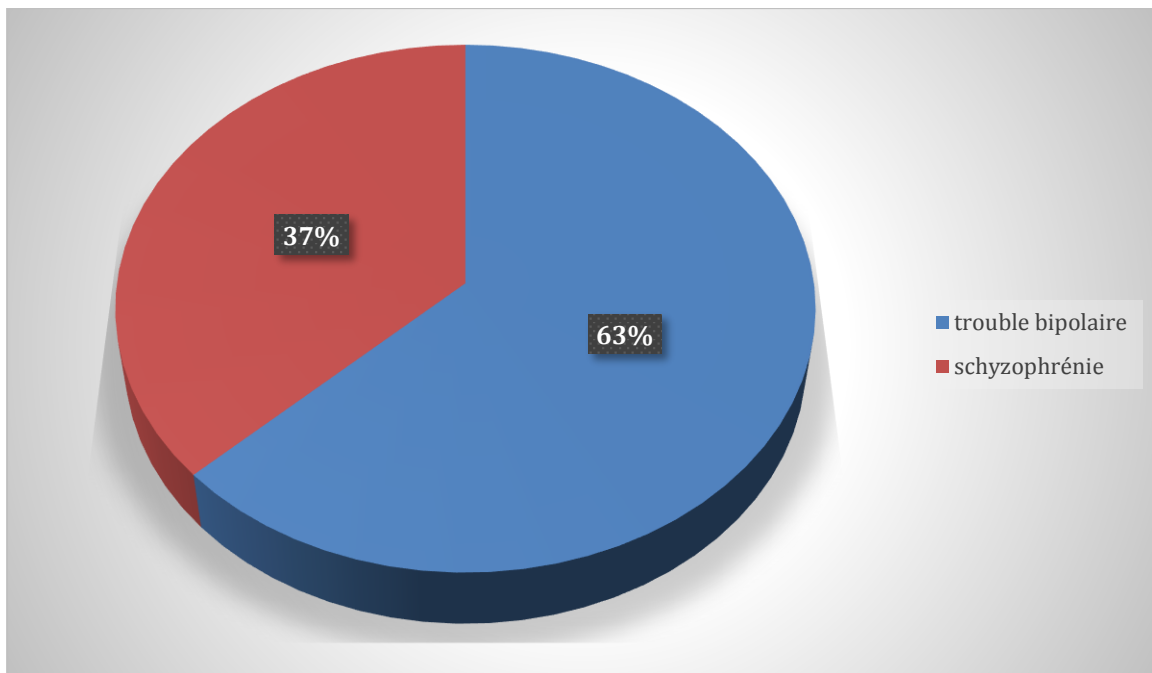


Figure 17 : Répartition des patients selon le type de pathologie psychiatrique

- **Caractéristiques de la maladie psychiatrique**

Diagnostic selon le DSM 5

Dans notre étude, 49.2 % des patients (soit 29 patients) présentaient le diagnostic de schizophrénie, contre 50.8 % (soit 30 patient) qui présentaient le diagnostic de trouble bipolaire.

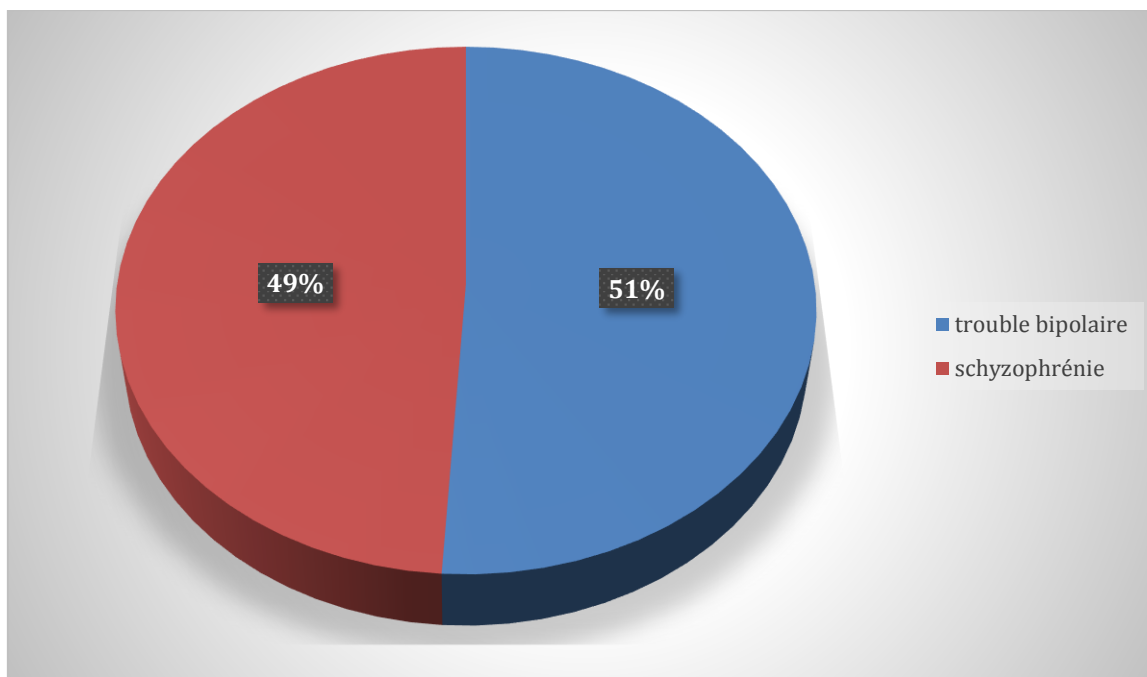


Figure 18 : Répartition des patients selon le diagnostic DSM V

Age de début

L'âge de début de la maladie dans notre étude est estimé à 25.78 ans, avec des extrêmes de 15 et 49 ans.

Deux catégories d'âge ont été distinguées : 15 ans à 32 ans, et 33 ans à 49 ans. La répartition en fonction des deux tranches d'âge est la suivante :

- 51 patients âgés entre 15 et 32 ans, soit 86.4 % de notre échantillon ;
- 8 patients âgés entre 33 et 49 ans, soit 13.6 % de notre échantillon.

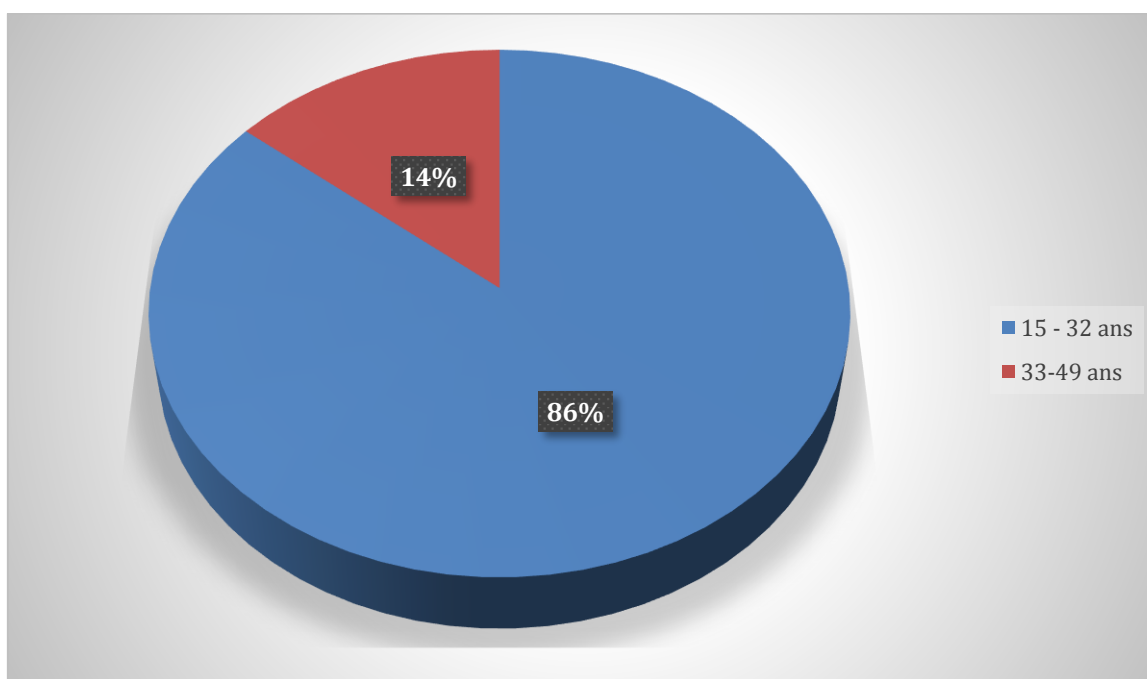


Figure 19 : Répartition des patients selon l'âge de début du trouble

Durée d'évolution

La durée moyenne d'évolution de la maladie psychiatrique dans notre étude est estimée à 9.78 années, avec des extrêmes de 1 an et 32 ans. Deux catégories ont été distinguées : de 1 à 16 ans, et de 17 à 32 ans. La répartition en fonction de ces deux catégories est la suivante :

- 46 patients ont présenté une durée d'évolution de leur pathologie entre 1 et 16 ans, soit 78 % de notre échantillon ;
- 13 patients ont présenté une durée d'évolution de leur pathologie entre 17 et 32 ans, soit 22 % de notre échantillon.

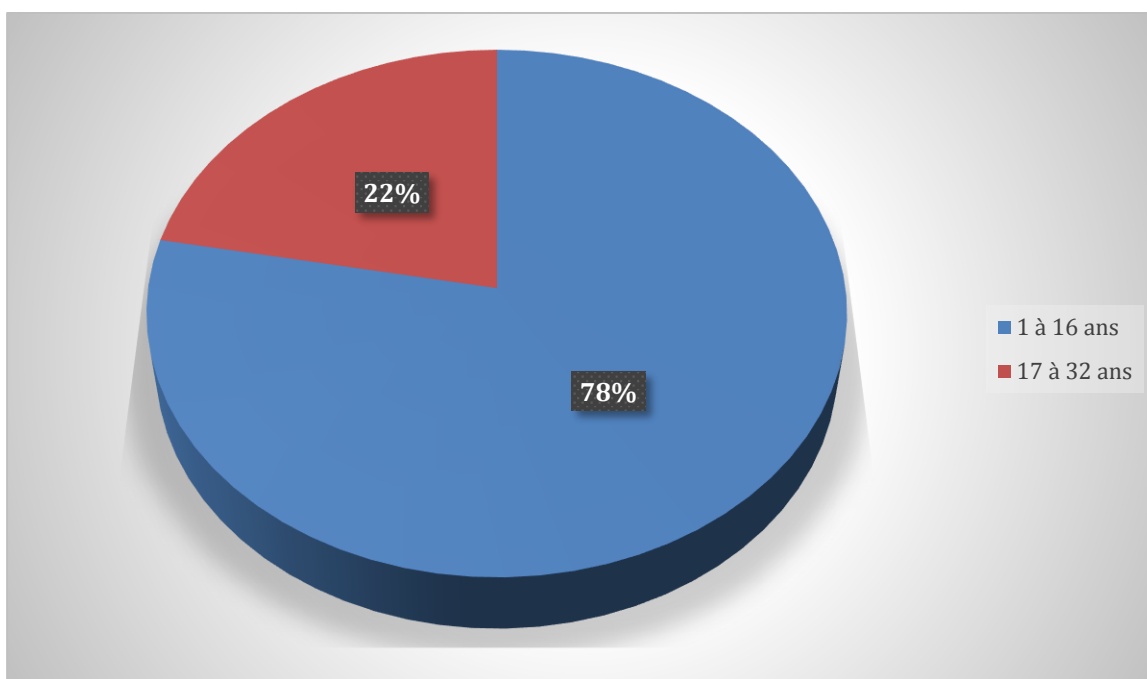


Figure 20 : Répartition des patients selon la durée moyenne d'évolution de la maladie

Nombre de rechutes

Le nombre de rechutes chez nos patients durant toute la durée d'évolution de la maladie (entre le moment du diagnostic de la maladie et celui de la dernière rechute) est estimé à 6.07 en moyenne, avec des extrêmes de 0 et 23 rechutes.

Deux catégories de nombre de rechutes ont été distinguées : de 0 à 11 rechutes, et de 12 à 23 rechutes. La répartition en fonction des deux catégories est la suivante :

- 50 patients ont présenté entre 0 à 11 rechutes, soit 84 % de notre échantillon ;
- 9 patients ont présenté entre 12 à 23 rechutes, soit 16 % de notre échantillon.

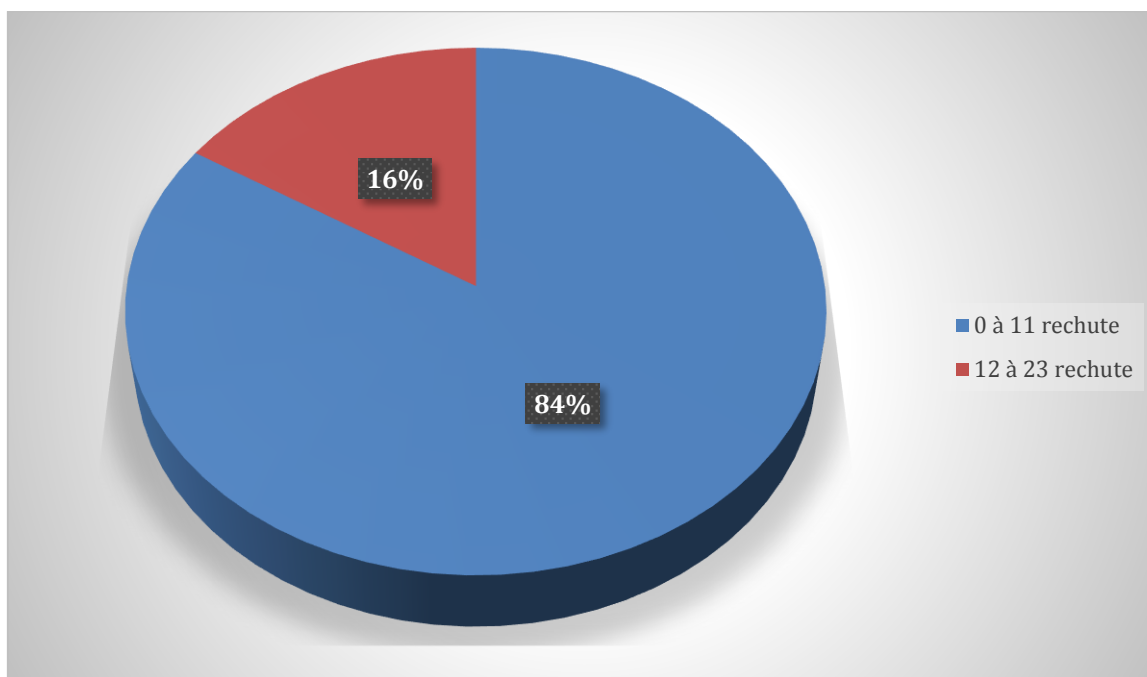


Figure 21 : Répartition des patients selon le nombre de rechutes

Nombre d'hospitalisations

Le nombre d'hospitalisations sur la durée d'évolution de la maladie pour chaque patient dans notre étude variait entre 1 et 20, avec une moyenne de 4 hospitalisations par patient.

Deux catégories de nombre d'hospitalisations ont été distinguées : de 1 à 10 hospitalisations, et de 11 à 20 hospitalisations. La répartition en fonction des deux catégories est la suivante :

- 56 patients (94%) ont été hospitalisés entre 1 à 10 fois ;
- 3 patients (6%) ont été hospitalisés entre 11 à 20 hospitalisations.

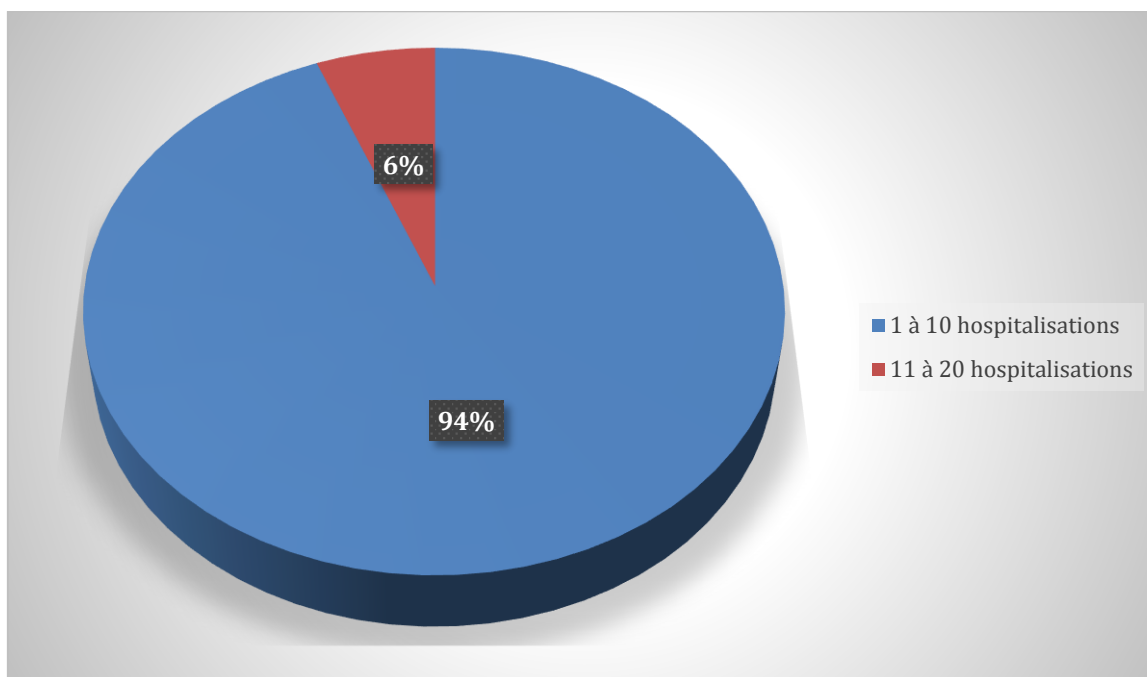


Figure 22 : Répartition des patients selon le nombre d'hospitalisations

Durée cumulative des hospitalisations

La durée cumulative des hospitalisations en jours des patients de notre étude variait entre 7 et 965 jours, avec une moyenne estimée à 59 jours par patient durant la durée d'évolution de la maladie psychiatrique.

Deux catégories ont été distinguées : de 7 à 486 jours, et de 487 jours à 965 jours. La répartition en fonction des deux catégories est la suivante :

- 34 patients ont été hospitalisés au total entre 7 à 100 jours, soit 57 % de notre échantillon ;
- 25 patients ont été hospitalisés au total entre 101 à 965 jours, soit 43 % de notre échantillon.
-

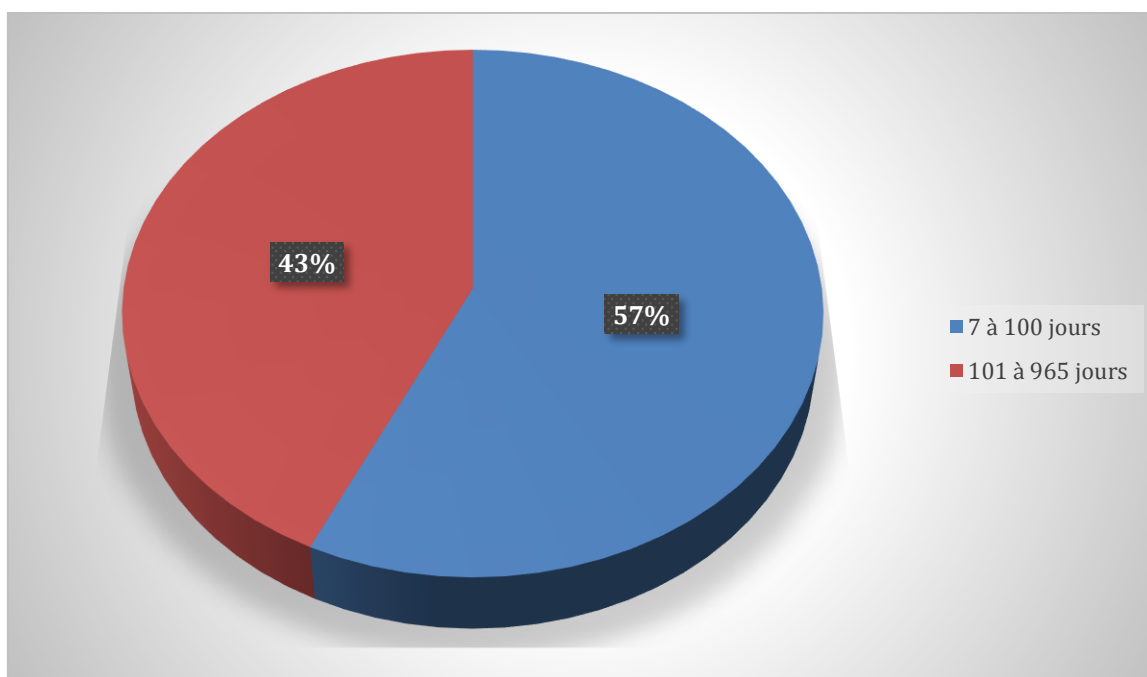


Figure 23 : Répartition des patients selon la durée cumulative d'hospitalisation en jours

Mode des hospitalisations

La totalité des hospitalisations réalisées pour les patients inclus dans notre étude a eu lieu pendant une rechute de la maladie sous la demande d'un tiers ou sur réquisition de police.

Motif de l'hospitalisation actuelle

Les différents motifs d'hospitalisation des patients de notre étude étaient les suivants :

- Agitation : 23 %
- Hétéro-agressivité : 44 %
- Trouble de l'ordre public : 22 %
- Tentative de suicide : 1 %
- Autres : 10 %
-

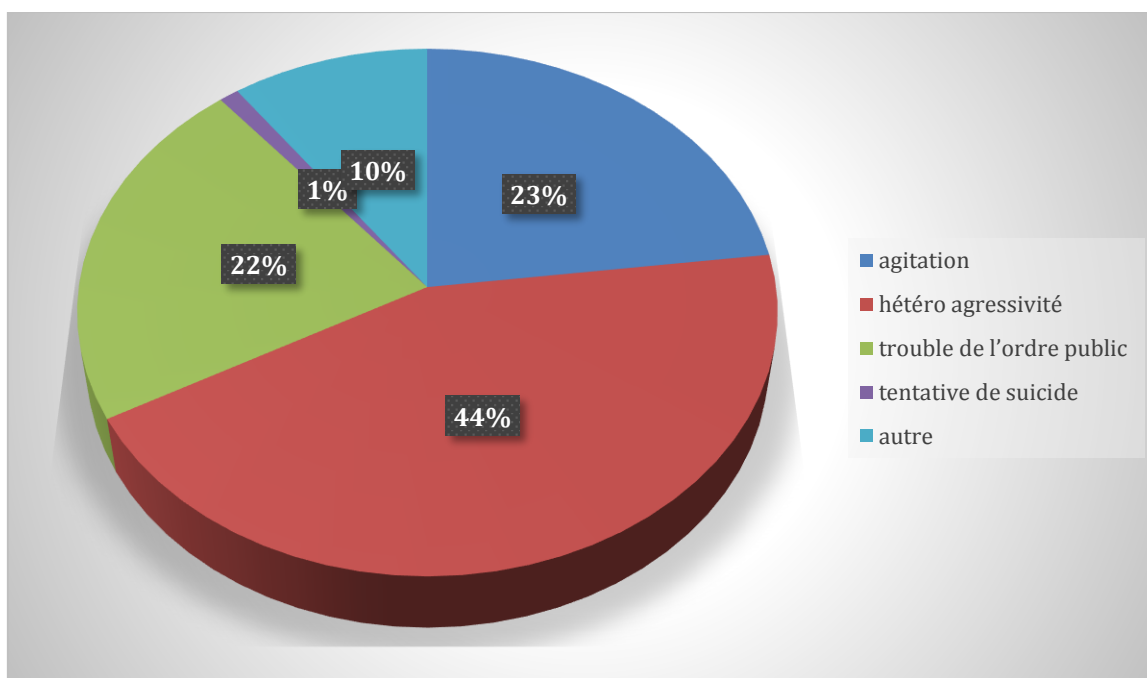


Figure 24 : Répartition des patients selon le motif d'hospitalisation

Tentatives de suicide

L'antécédent de tentatives de suicide chez les patients de notre étude concernait 5 patients schizophrènes (soit 17 % des patients schizophrènes) ainsi que 6 patients bipolaires (soit 20 % des patients bipolaires).

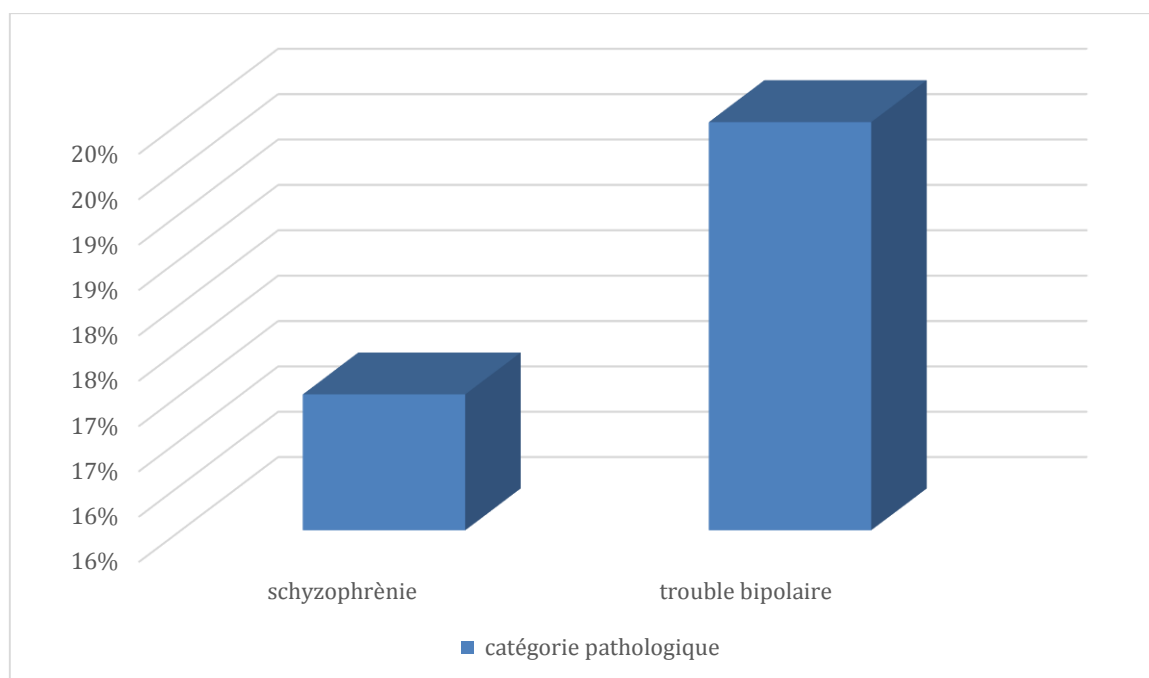


Figure 25 : Répartition des patients selon l'ATCD de TS

Le nombre de TS total était compris entre 1 et 3 tentatives durant l'évolution du trouble, avec une moyenne estimée à 1.6 tentative par patient ayant cet antécédent.

c) **Résultats des échelles psychométriques**

- **Echelle PANSS (positive and negative symptoms scale)**

La moyenne du score total de la PANSS des patients schizophrènes inclus dans notre étude était de 66.93 avec des extrêmes allant de 40 à 106.

Le score a permis de départager les patients en 4 catégories :

- Légèrement malade (score entre 40 à 65) : 11 patients soit 37.9 %
- Modérément malade (score entre 60 à 85) : 13 patients soit 44.8 %
- Notoirement malade (score entre 86 à 105) : 5 patients soit 17.2 %
- Sévèrement malade (score supérieur à 106) : 0 patient soit 0 %

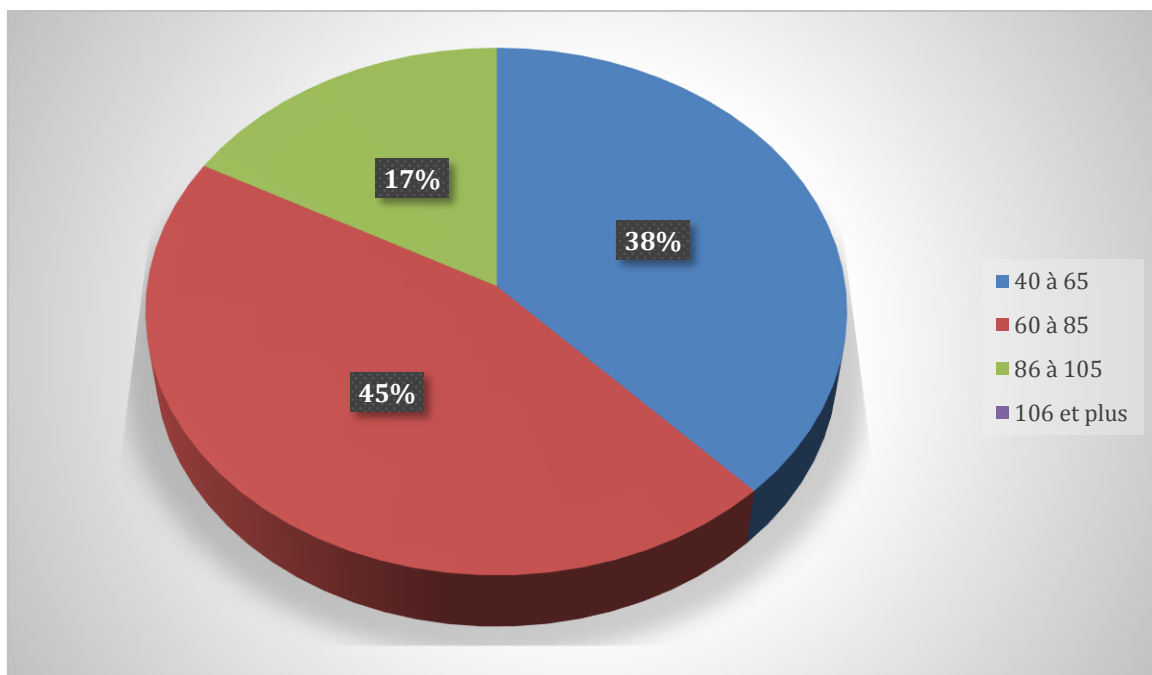


Figure 25 : Répartition des patients selon le score PANSS

- Échelle YMRS

La moyenne du score de l'échelle YMRS des patients bipolaires en rechute maniaque inclus dans notre étude est de 16.11 avec des extrêmes allant de 1 à 30.

Le score a permis de départager les patients en 2 catégories :

- Euthymie (score < 6) (patients ayant participé à nos étude quelques jours après leur hospitalisation, avec une bonne réponse au traitement) : 3 patients soit 10%
- Manie (score entre 6 et 30) : 25 patients soit 90 %

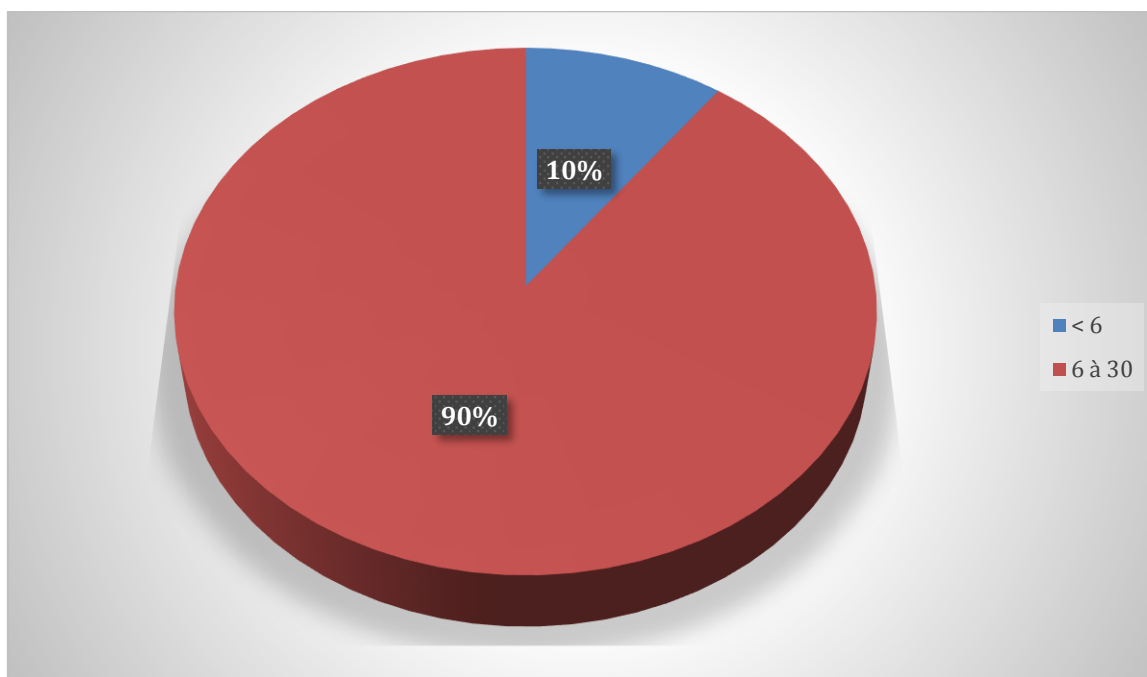


Figure 26 : Répartition des patients selon l'échelle YMRS

- Échelle de dépression de Beck

La moyenne du score de l'échelle de dépression de BECK dans notre étude était de 22 avec des extrêmes allant de 19 à 25.

Les différents seuils de gravité retenus par Beck et Beamesderfer sont :

- 0-4 : pas de dépression
- 4-7 : dépression légère
- 8-15 : dépression modérée
- Score ≥ 16 : dépression sévère et qui concernait 100 % des patients bipolaires en rechute dépressive inclus dans notre étude.

- Échelle MMSE

La moyenne du score de l'échelle MMSE des patients inclus dans notre étude est de 23.47 avec des extrêmes allant de 8 à 30.

La moyenne du score permet de départager les patients en 3 catégories :

- Possible atteinte cognitive (score entre 0 et 23) : 28 patients, soit 47.4 % ;
- État cognitif probablement conservé (score entre 24 et 26) : 14 patients soit 23.7 % ;
- État cognitif conservé (score entre 27 et 30) : 17 patients soit 28.8%.

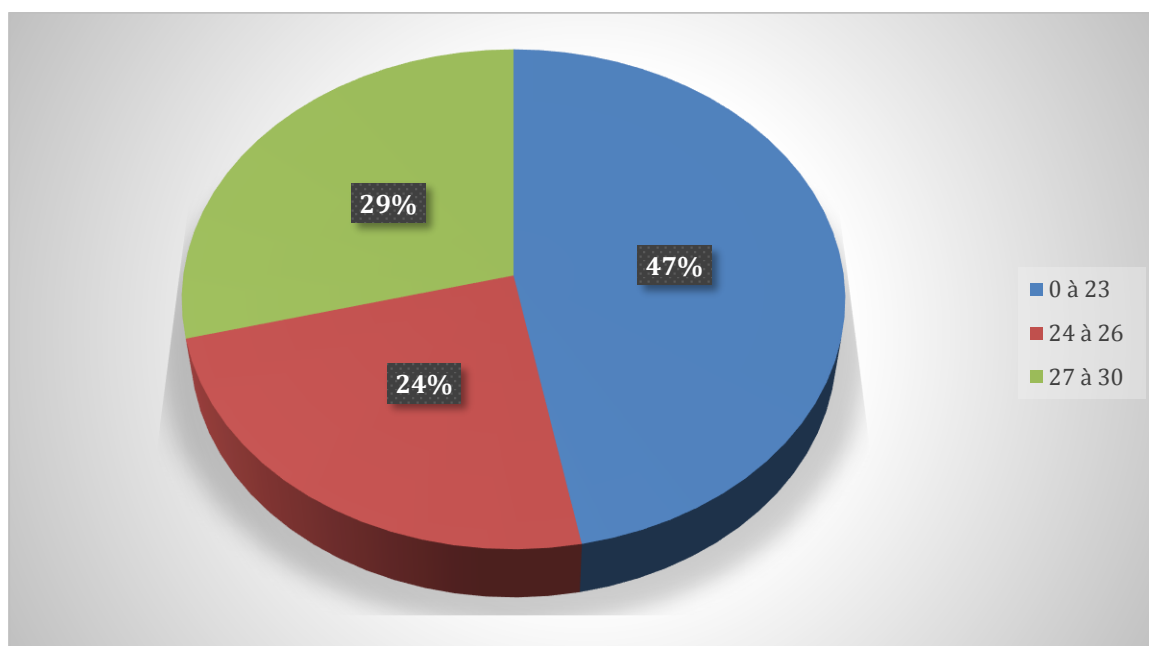


Figure 27 : répartition des patients selon l'échelle MMSE

- Échelle de Birchwood

La moyenne du score de l'échelle de Birchwood des patients inclus dans notre étude est de 6 avec des extrêmes allant de 0 à 12.

On peut schématiquement opposer deux groupes au sein de cette échelle :

- Un premier qui présente un score \geq 9, ayant donc un bon insight clinique, constitué par 18 patients (dont 5 schizophrènes et 13 bipolaires), soit 30 % des patients inclus dans notre étude
- Un deuxième groupe qui présente un score $<$ 9, ayant donc un mauvais insight clinique, constitué par 41 patients (dont 24 schizophrènes et 17 bipolaires), soit 70 % des patients inclus dans notre étude.

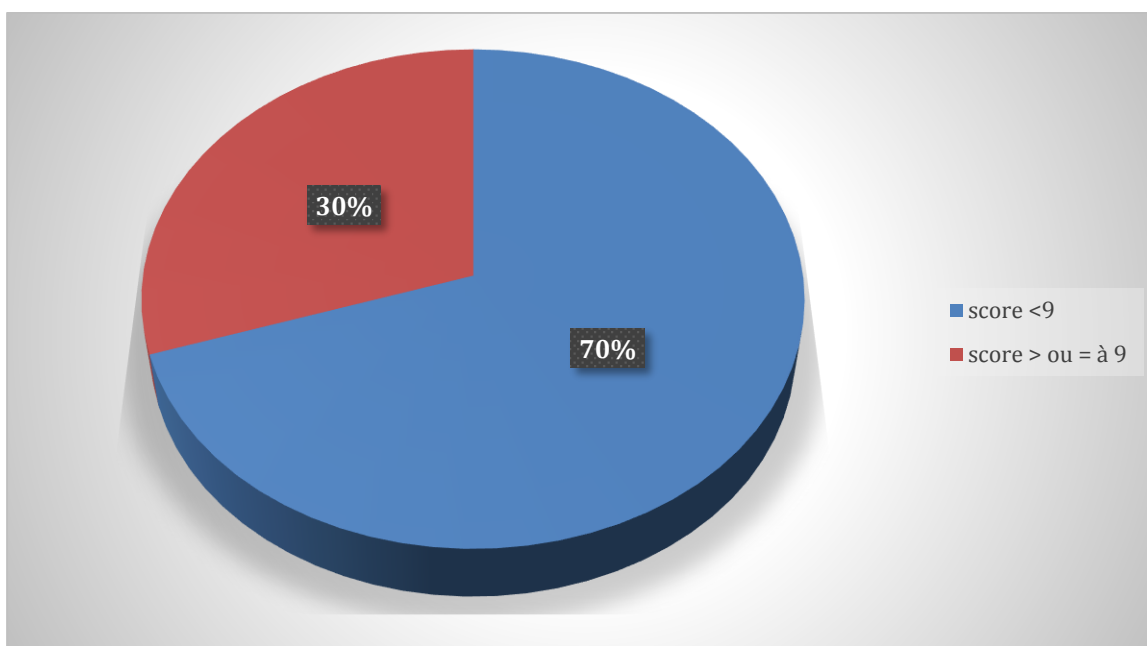


Figure 28 : répartition des patients selon l'échelle de Birchwood

- **Échelle du Mini**

Épisode dépressif majeur actuel

Dans notre étude, 18.6 % des patients (soit 11 patients) présentaient un épisode dépressif majeur lors de l'entretien, contre 79.7 % (soit 47 patients) qui n'en présentaient pas.

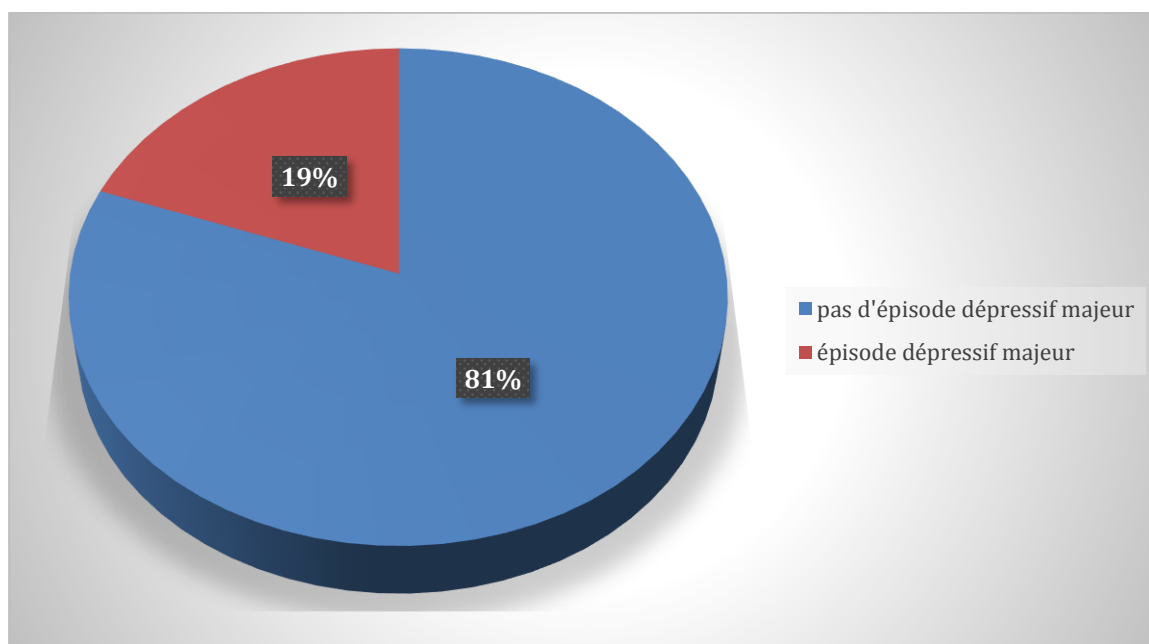


Figure 29 : Répartition des patients selon l'item épisode dépressif majeur actuel

Épisode dépressif majeur passé

Dans notre étude, 47.5 % des patients (soit 28 patients) ont présenté un épisode dépressif majeur passé, contre 52.5 % (soit 31) qui rapporte n'en jamais présenté.

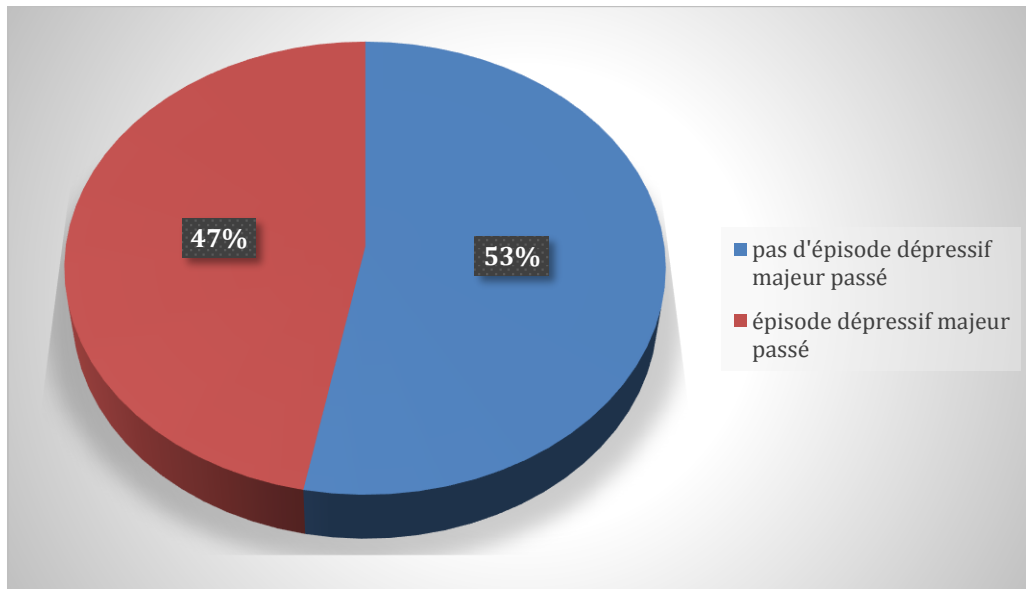


Figure 30 : répartition des patients selon l'item épisode dépressif majeur passé

Dysthymie

Dans notre étude, un patient (soit 1.7 %) présentait une dysthymie, contre 58 patients (soit 98.3 %) qui n'en présentaient pas.

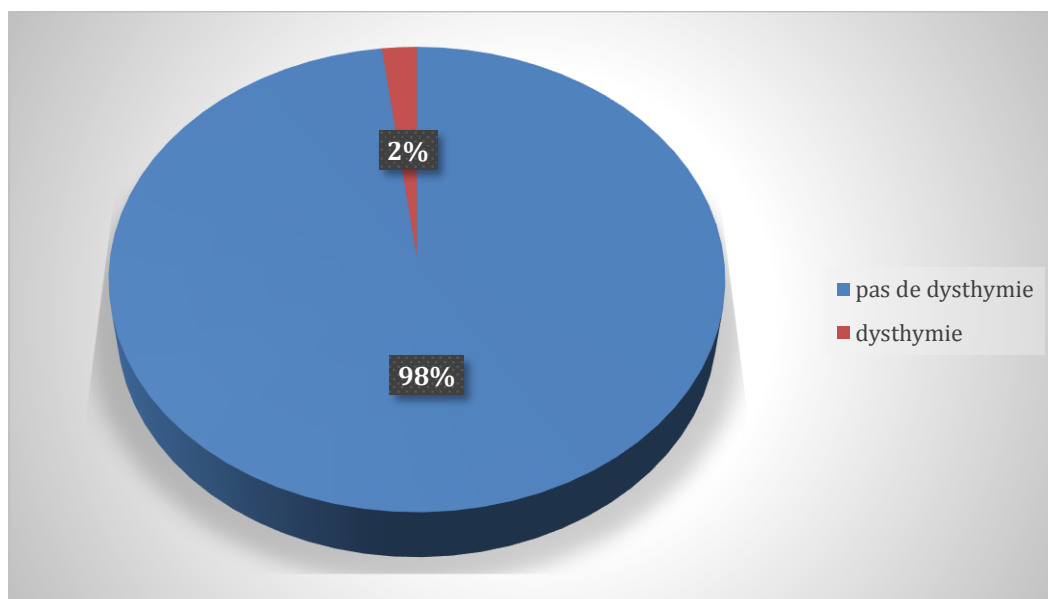


Figure 31 : Répartition des patients selon l'item dysthymie

Risque suicidaire

Dans notre étude, 5.1 % des patients (soit 3 patients) présentaient un risque suicidaire actuel, contre 94.9 % (soit 56 patients) qui n'en présentaient pas.

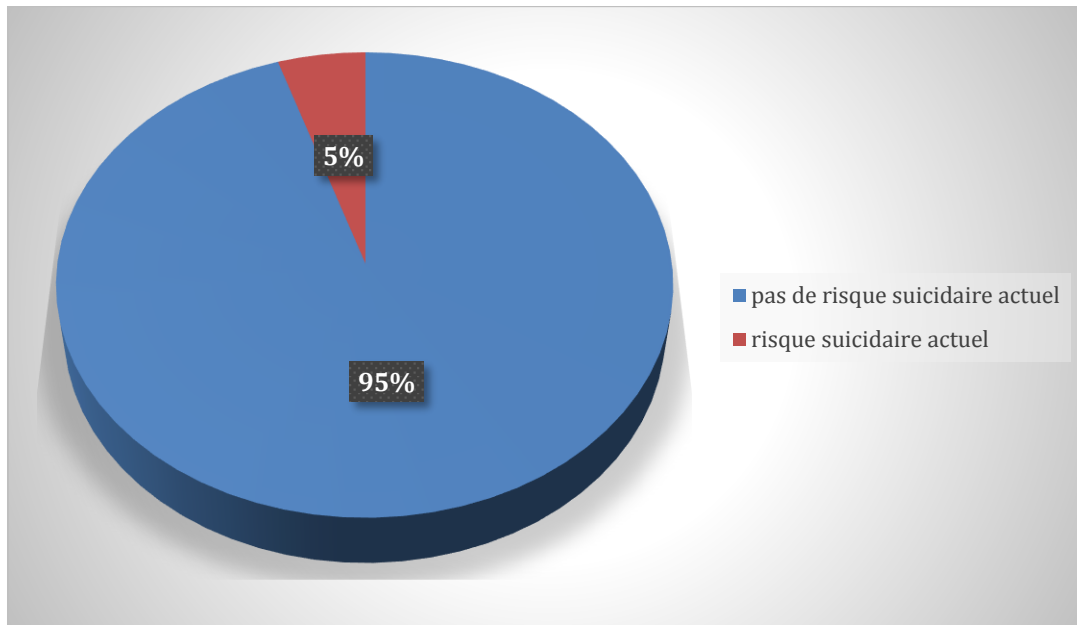


Figure 32 : Répartition des patients selon l'item risque suicidaire actuel

Épisode maniaque actuel

Dans notre étude, 51 % des patients (soit 30 patients) présentaient un épisode maniaque actuel, contre 49 % (soit 29 patients) qui n'en présentaient pas.

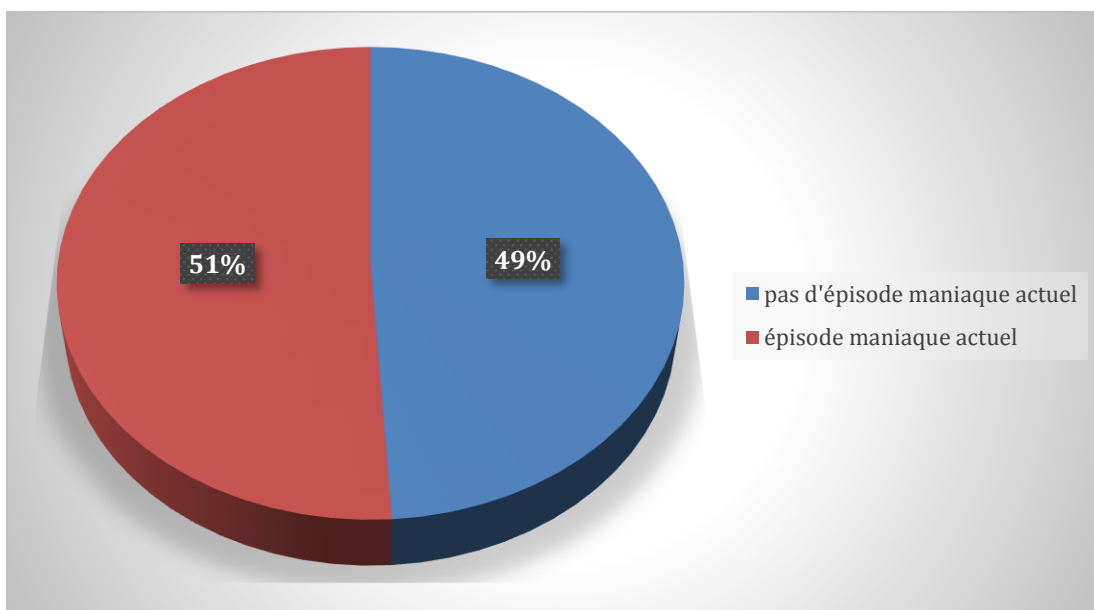


Figure 33 : Répartition des patients selon l'item épisode maniaque actuel

Épisode maniaque passé

Dans notre étude, 55.9 % des patients (soit 33 patients) avaient présenté un épisode maniaque passé, contre 42.4 % (soit 25 patients) qui rapportent n'en avoir jamais présenté.

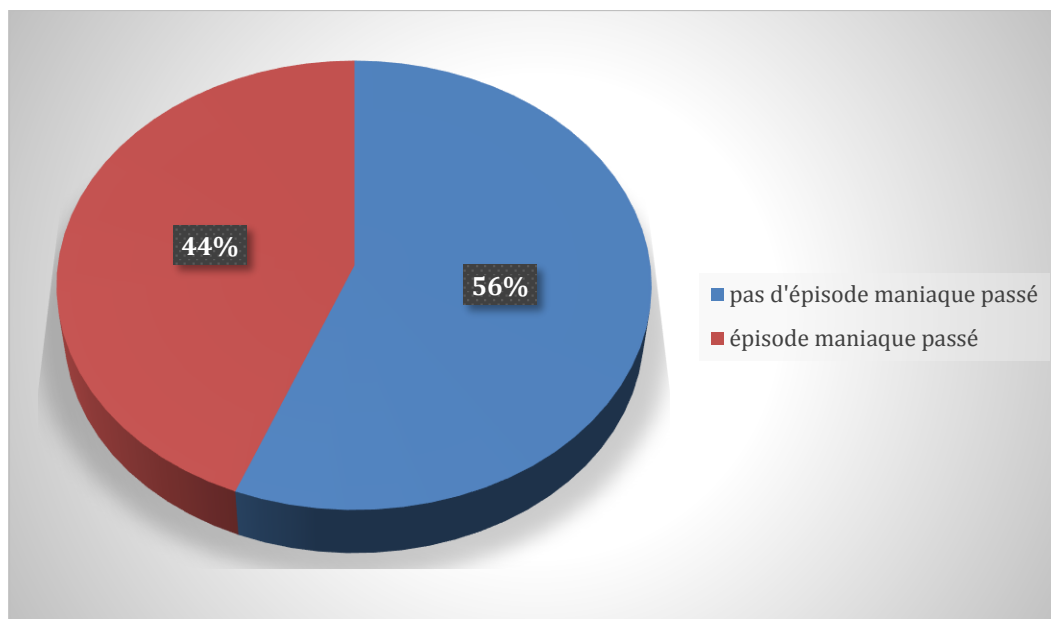


Figure 34 : Répartition des patients selon l'item épisode maniaque passé

Trouble panique

Dans notre étude, 5.1 % des patients (soit 3 patients) présentaient un trouble panique actuel, contre 94.9 % (soit 56 patients) qui n'en présentaient pas.

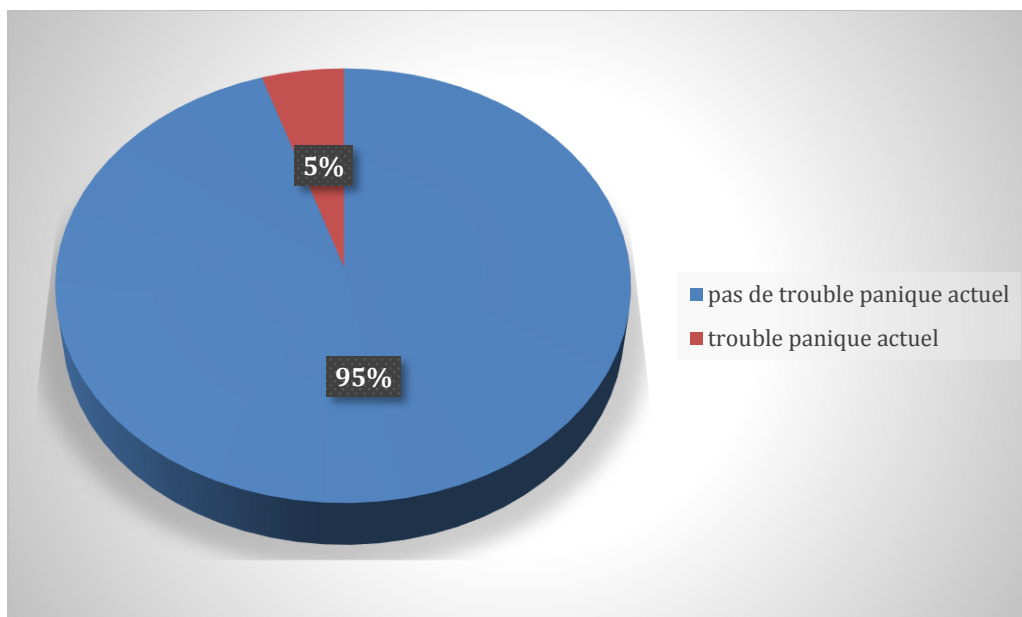


Figure 35 : Répartition des patients selon l'item trouble panique actuel
Agoraphobie

Dans notre étude, un seul patient présentait une agoraphobie actuelle.

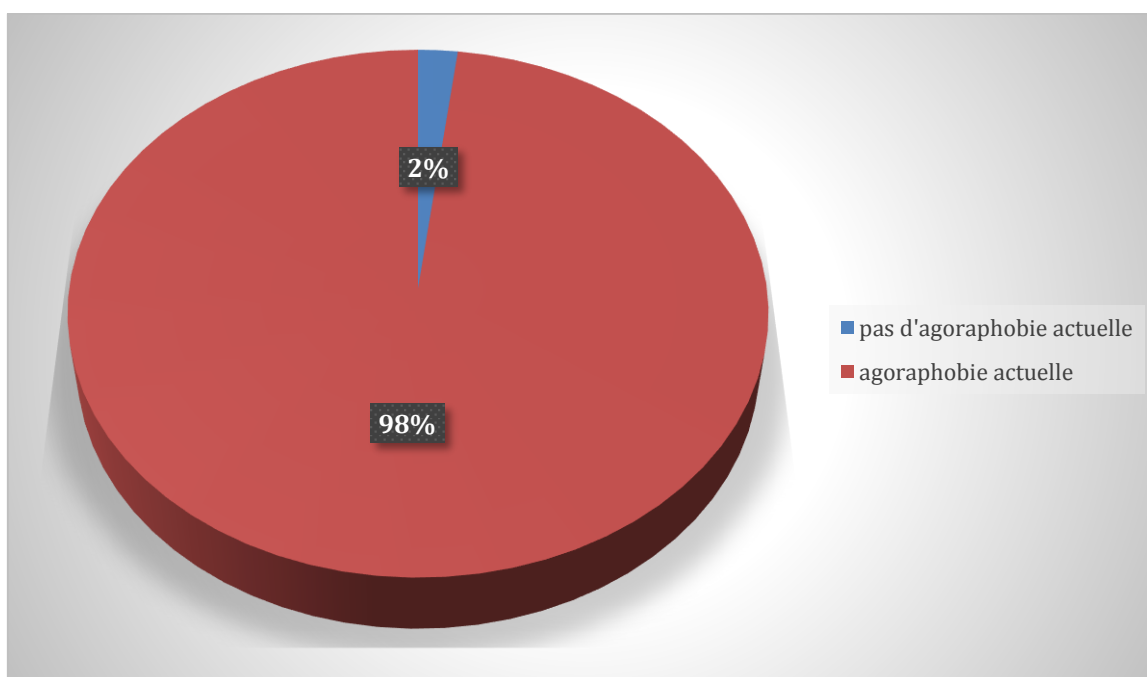


Figure 36 : Répartition des patients selon l'item agoraphobie actuelle

Phobie sociale

Dans notre étude, aucun patient ne présentait de phobie sociale actuelle.

Trouble obsessionnel compulsif

Dans notre étude, aucun patient ne présente de TOC actuel.

Dépendance alcoolique actuel

Dans notre étude, 6.8 % des patients (soit 4 patients) présentaient une dépendance alcoolique actuelle, contre 93.2 % (soit 55 patients) qui n'en présentaient pas.

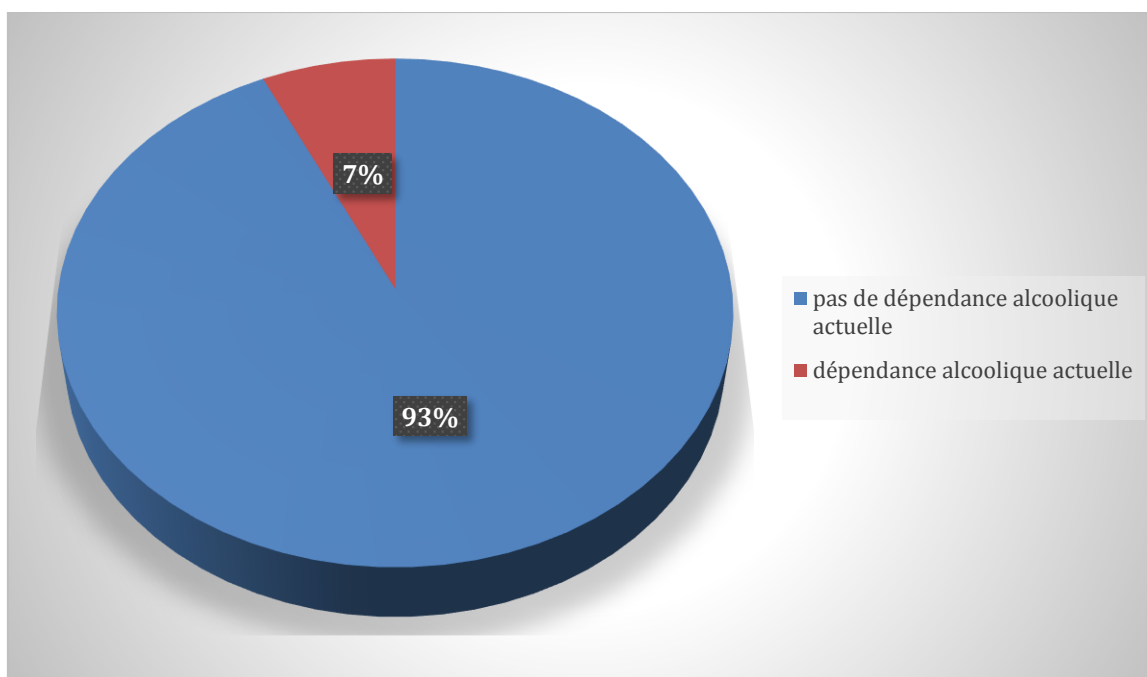


Figure 37 : Répartition des patients selon l'item dépendance alcoolique actuelle

Abus d'alcool

Dans notre étude, 3.4 % des patients (soit 2 patients) présentaient un abus alcoolique actuel, contre 96.6 % (soit 57 patients) qui n'en présentaient pas.

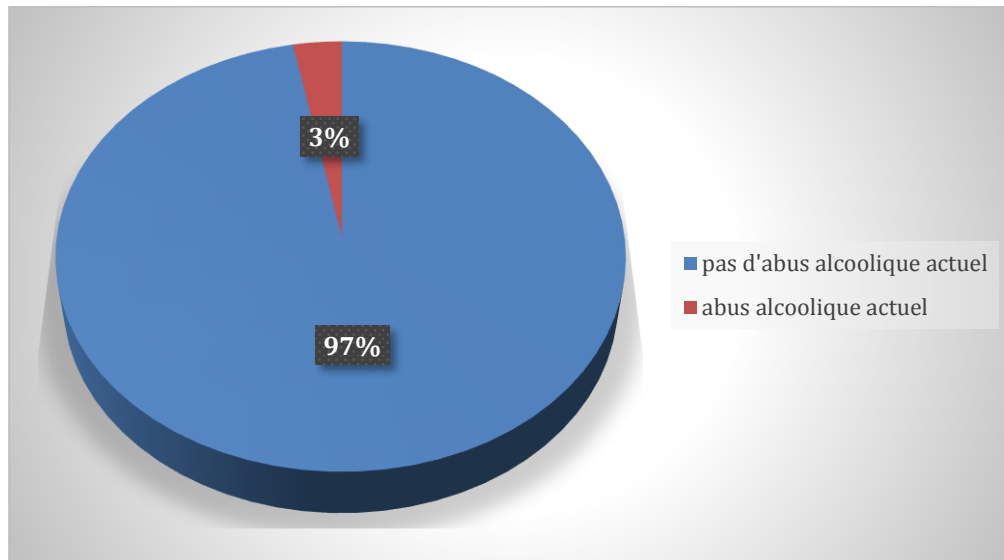


Figure 38 : Répartition des patients selon l'item abus d'alcool actuel

Dépendance à une substance actuelle

Dans notre étude, 69.5 % des patients (soit 41 patients) présentaient une dépendance à une substance actuelle, contre 30.5 % (soit 18 patients) qui n'en présentaient pas.

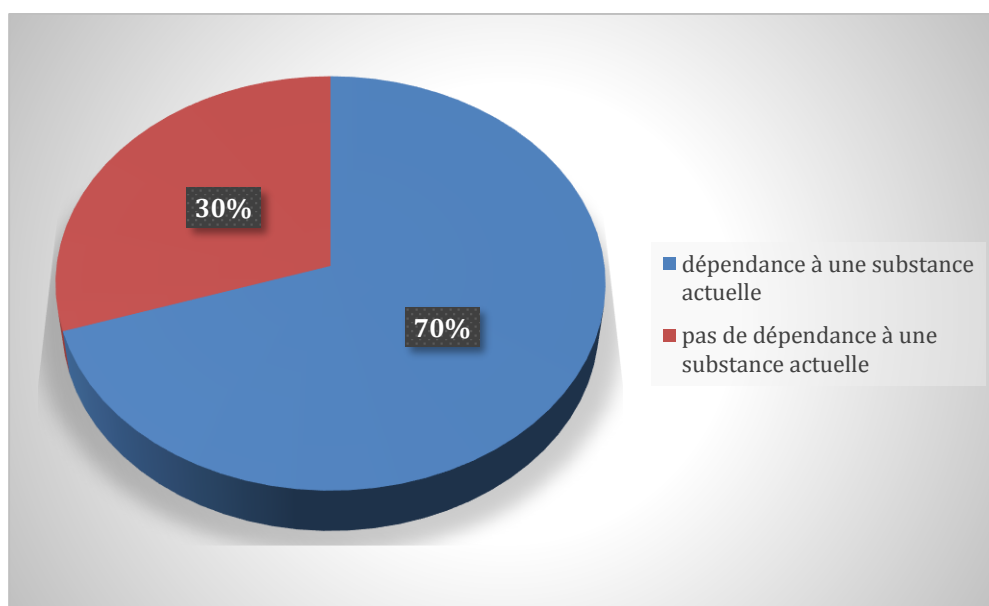


Figure 39 : Répartition des patients selon l'item dépendance à une substance actuelle

Parmi les patients présentant une dépendance à une substance actuelle, Les différents pourcentages relatifs à la dépendance aux substances retrouvées sont :

- Tabac : 90 % soit 36 sujets dépendants au tabac
- Cannabis : 60 % soit 24 sujets dépendants au cannabis

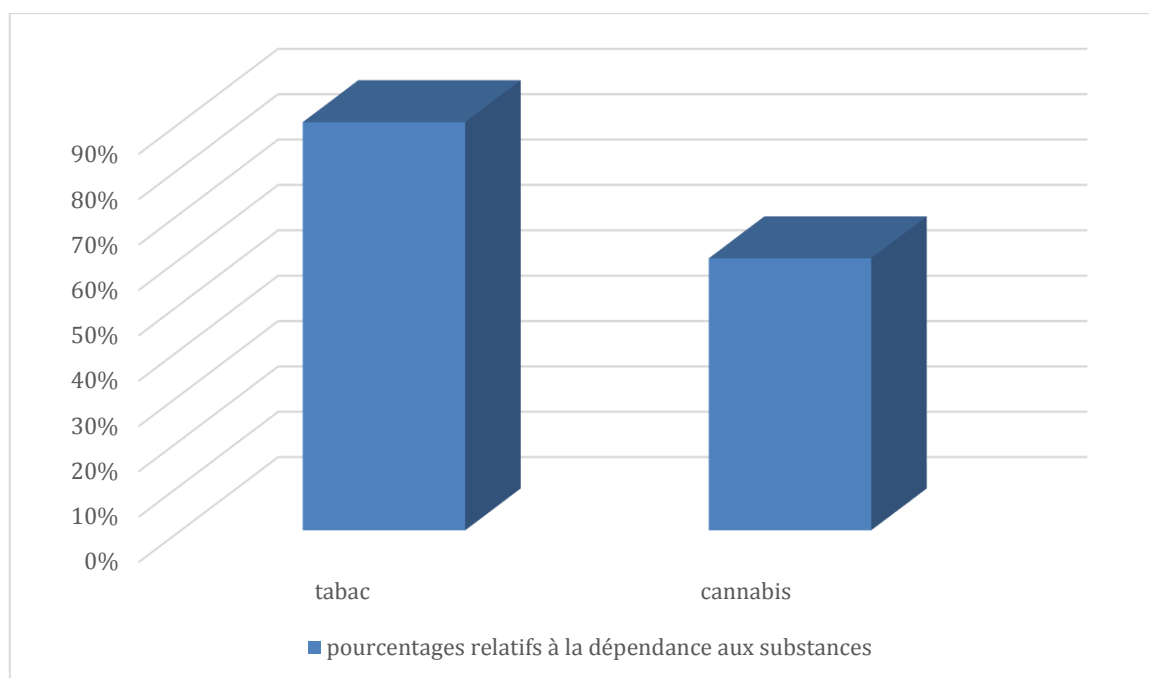


Figure 40 : Répartition des patients selon le type de substance

Abus de substance actuel

Dans notre étude, 35.6 % des patients soit (21) présentent un abus à une substance actuelle, contre 64.4 % soit (38) qui n'en présentent pas.

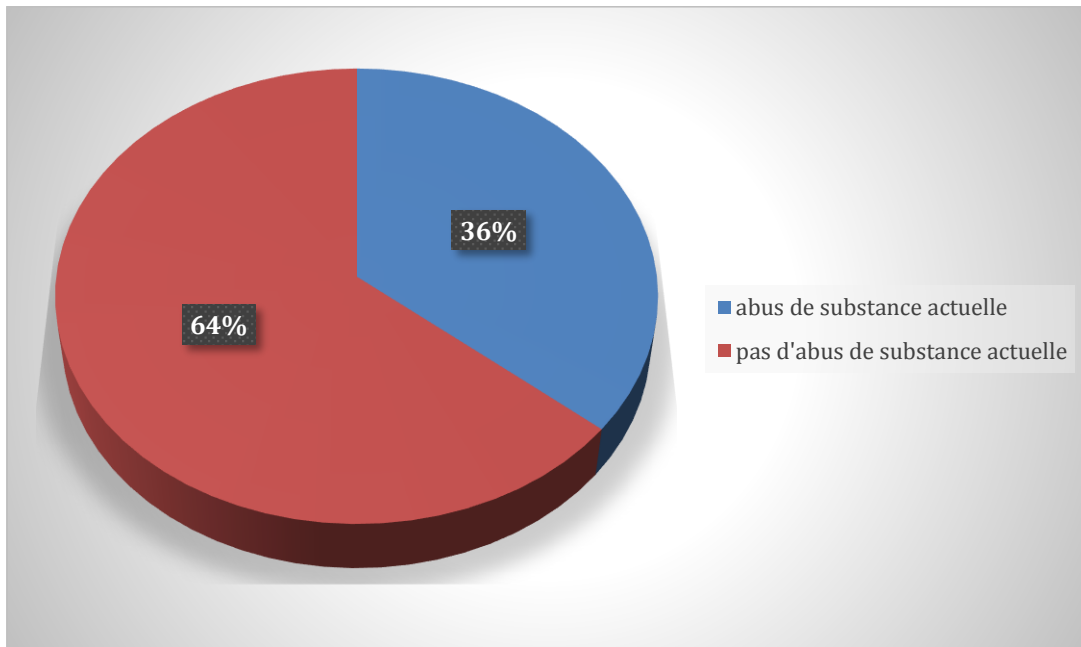


Figure 41 : Répartition des patients selon l'item abus de substance actuelle

Les différents pourcentages relatifs à l'abus des substances retrouvées sont :

- Tabac : 100 % soit 21 sujets abusants de la consommation de tabac
- Cannabis : 60 % soit 14 sujets abusants de la consommation de cannabis

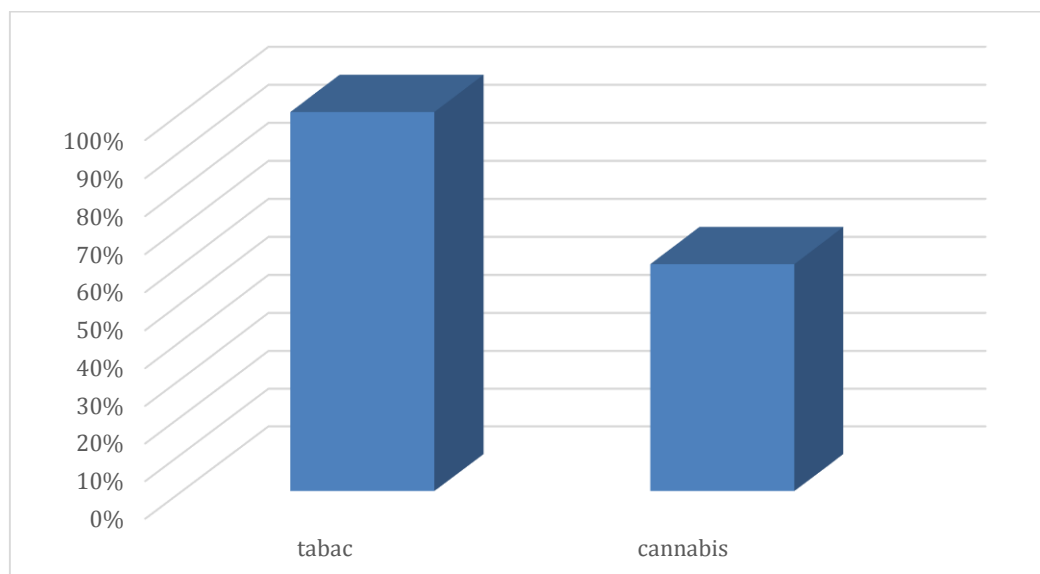


Figure 42 : Répartition des patients selon l'abus de substance

Syndrome psychotique actuel

Dans notre étude, parmi les différents patients (toutes pathologies psychiatriques confondues) 74.6 % des patients soit (44) présentent un syndrome psychotique actuel, contre 25.4 % soit (15) qui n'en présentent pas.

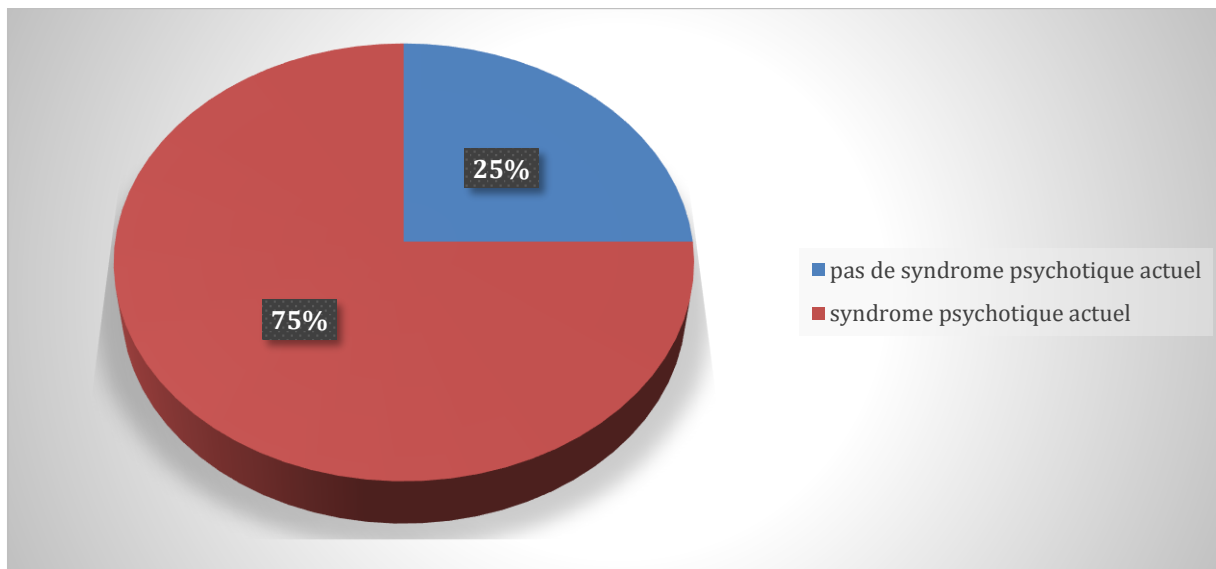


Figure 43 : Répartition des patients selon l'item syndrome psychotique actuel

Syndrome psychotique vie entière

Dans notre étude, 76.3 % des patients soit (45) ont déjà présenté un syndrome psychotique dans leur vie, contre 23.7 % soit (14) qui rapporte n'en avoir jamais présenté.

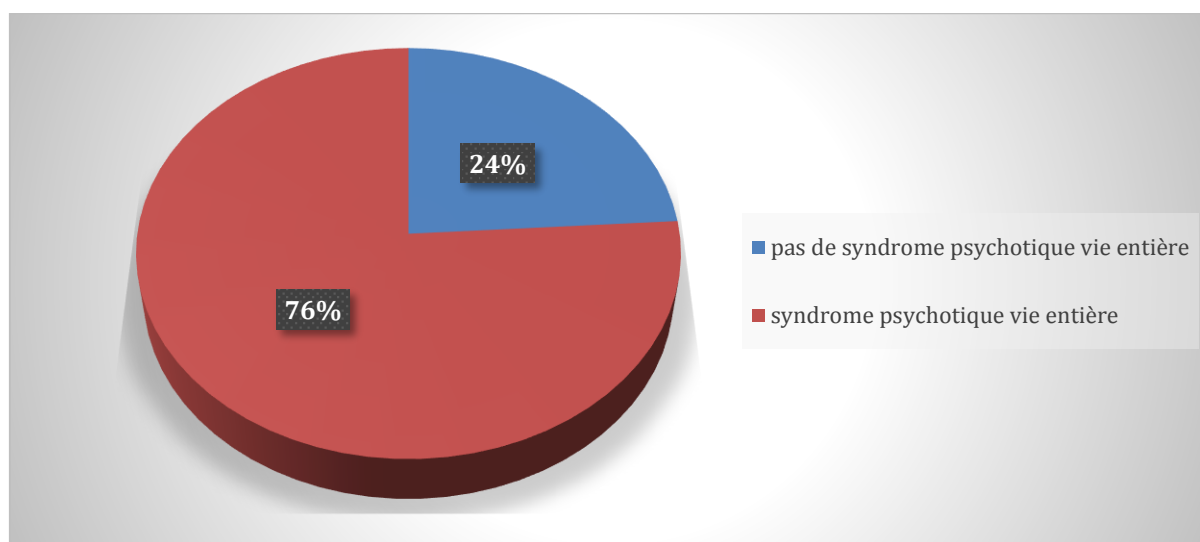


Figure 44 : Répartition des patients selon l'item syndrome psychotique vie entière

Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques actuel

Dans notre étude, 30.5 % des patients (soit 18 patients) présentaient un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques actuel, contre 69.5 % (soit 41 patients) qui n'en présentaient pas.

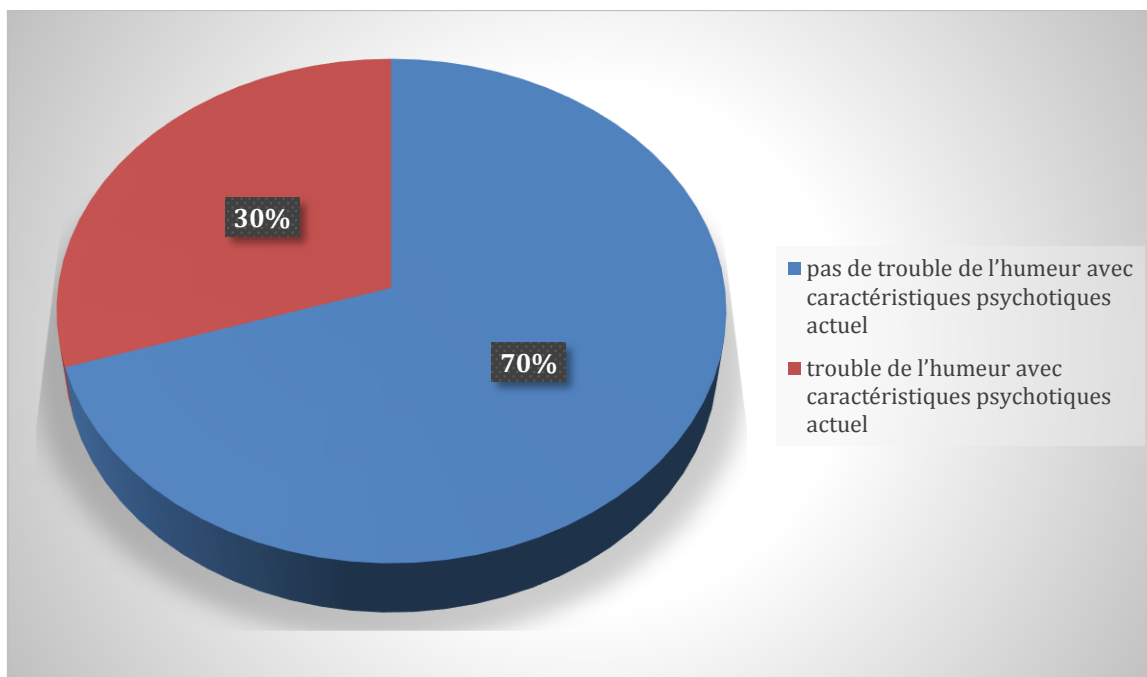


Figure 45 : Répartition des patients selon l'item syndrome psychotique vie entière

Anxiété généralisée actuelle

Dans notre étude, un seul patient présentait une anxiété généralisée actuelle.

2. Résultats analytiques :

a) Analyse du lien entre l'insight et la schizophrénie

La moyenne du score de l'échelle de Birchwood des patients schizophrènes inclus dans notre étude est de 4.83 avec des extrêmes allant de 0.5 à 12.

On peut schématiquement opposer deux groupes au sein de cette échelle :

- Un premier présentant un score \geq 9 et donc un bon insight clinique, constitué par 5 patients (soit 17.2 % des patients schizophrènes)
- Un deuxième groupe présentant un score $<$ 9 et donc un mauvais insight clinique, constitué par 24 patients (soit 82.8 % des patients schizophrènes).

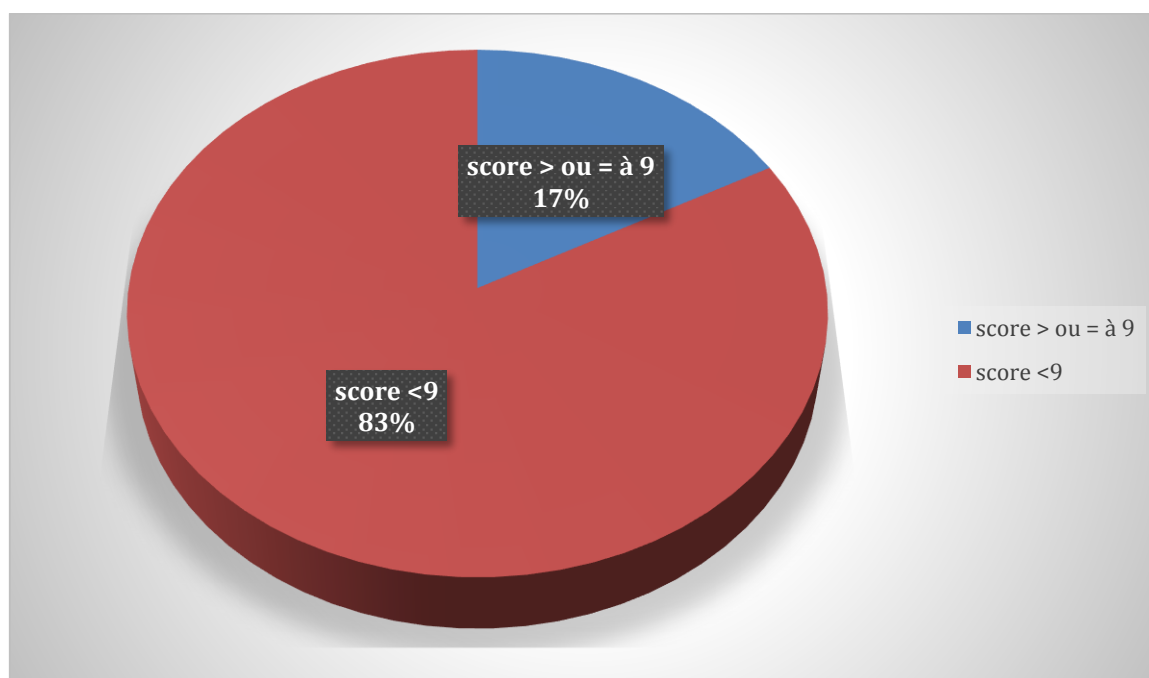


Figure 46 : Répartition des patients selon l'insight dans la schizophrénie

b) Analyse du lien entre l'insight et le trouble bipolaire

La moyenne du score de l'échelle de Birchwood des patients bipolaires inclus dans notre étude est de 7.2, avec des extrêmes allant de 0 à 12.

On peut schématiquement opposer deux groupes au sein de cette échelle :

- Un premier présentant un score \geq 9 et donc un bon insight clinique, constitué par 14 patients (soit 46.6 % des patients bipolaires)
- Un deuxième groupe qui présente un score $<$ 9 et donc un mauvais insight clinique, constitué par 16 patients (soit 53.4 % des patients bipolaires)

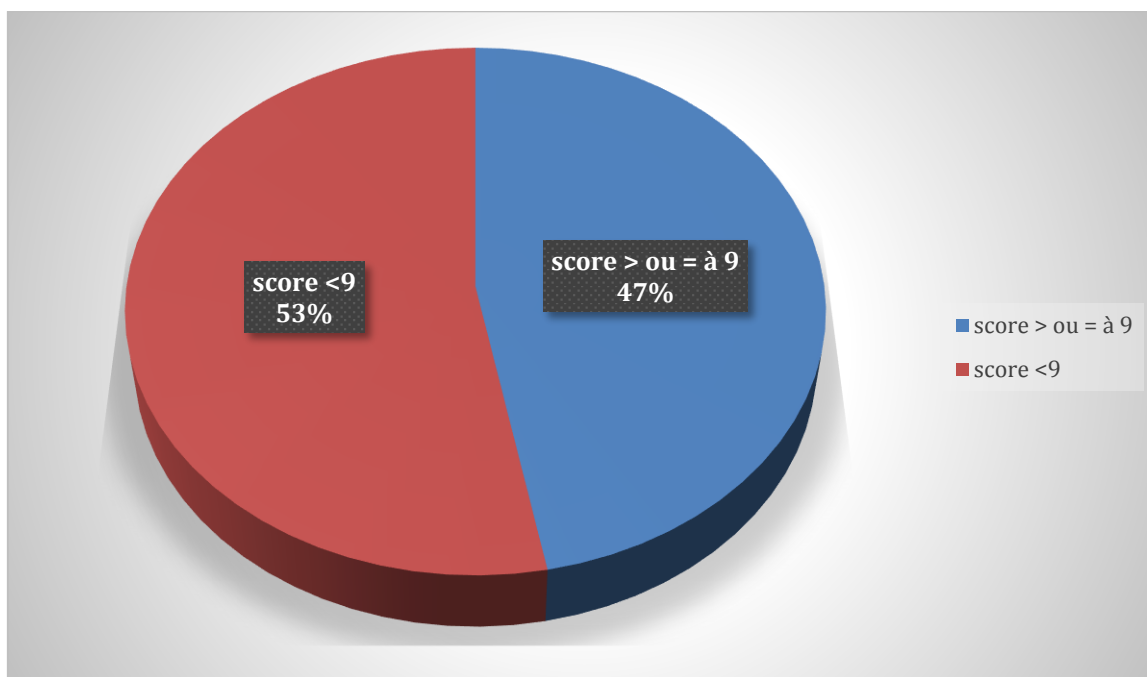


Figure 48 : Répartition des patients selon l'insight dans le trouble bipolaire

c) Analyse des corrélations : insight / schizophrénie / trouble bipolaire

Pour répondre aux objectifs de l'étude, nous avons effectué un croisement entre les scores des différentes échelles et d'autres variables d'intérêt à la recherche d'éventuelles associations. Parmi ces variables : le sexe, le statut marital, le mode de vie, le milieu de vie, le niveau scolaire, l'activité professionnelle, l'usage de substances, le type de la maladie psychiatrique, l'âge de début de la maladie et la durée d'évolution de la maladie. Puis, on a cherché une corrélation entre les scores des différentes échelles (le score PANSS pour les patients schizophrènes, le score YMRS pour les patients bipolaires, ainsi que les items du MINI).

d) Données sociodémographiques :

Sexe :

On constate que la répartition de l'insight selon le sexe dans notre étude est similaire entre les deux groupes, en effet l'insight est négatif chez environ 70% des sujets dans les deux groupes.

Statut marital

On constate que la répartition de l'insight selon le statut marital dans notre étude est similaire entre les deux groupes, en effet l'insight est négatif chez environ 70% des sujets dans les deux groupes.

Résidence

On constate que la répartition de l'insight selon le lieu de résidence dans notre étude est similaire entre les deux groupes, en effet l'insight est négatif chez environ 70% des sujets dans les deux groupes.

Mode de vie

On constate que la répartition de l'insight selon le mode de vie dans notre étude est similaire entre les deux groupes, en effet l'insight est négatif chez environ 70% des sujets dans les deux groupes.

Tableau 1. Résultats de l'analyse univariée entre les différentes données sociodémographiques et économiques, et le score de Birchwood

Variable	Catégorie	Nombre	% total	Score de Birchwood				P valeur
				Inférieur à 9		Supérieur ou égal à 9		
				N	%	N	%	
Sexe	Féminin	8	14%	5	63%	3	37%	0,457
	Masculin	51	86%	35	68%	16	32%	
Statut marital	Célibataire	50	85%	34	68%	16	32%	0,949
	Marié(e)	9	15%	6	66.6%	3	33.4%	
Résidence	Rural	17	29%	11	65.0%	6	35.0%	0,493
	Urbain	42	71%	29	69.0%	13	31.0%	
Le patient vit seul ?	Non	46	78%	30	65%	16	35%	0.059
	Oui	13	22%	10	76%	3	24%	

e) **Éléments biographiques et habitudes de vie :**

- **Niveau scolaire :**

On constate que la répartition de l'insight selon le niveau scolaire dans notre étude est variable entre fonction du niveau scolaire, en effet la répartition de l'insight en fonction des groupes est comme suit :

- L'insight est négatif chez 50 % des sujets n'ayant jamais été scolarisés
- L'insight est négatif chez 93 % des sujets ayant un niveau primaire
- L'insight est négatif chez 73 % des sujets ayant un niveau secondaire
- L'insight est négatif chez 35 % des sujets ayant un niveau universitaire

On a donc tendance à remarquer que l'insight se positiverait à mesure que le niveau scolaire est élevé dans notre étude.

- **Activité professionnelle**

On remarque que la répartition de l'insight selon l'activité professionnelle dans notre étude est variable entre les deux groupes, en effet l'insight est négatif chez environ 75% des sujets ayant une activité professionnelle contre seulement 58 % chez les sujets n'en ayant pas.

- **Usage de substances**

On remarque que la répartition de l'insight selon l'usage de substances dans notre étude est similaire entre les deux groupes, en effet l'insight est négatif chez environ 60 % des sujets dans les deux groupes.

Tableau 2. Résultats de l'analyse univariée entre les données biographiques et les habitudes de vie, et le score Birchwood

Variable	Catégorie	Nombre	% total	Score de Birchwood				P valeur
				Inférieur à 9		Supérieur ou égal à 9		
				N	%	N	%	
Niveau scolaire	Jamais scolarisé	4	7 %	2	50%	2	50%	0.211
	Primaire	15	25 %	14	93%	1	7%	
	Secondaire	26	44 %	19	73%	7	27%	
	Universitaire	14	24 %	5	35%	9	65%	
Activité professionnelle	Oui	35	59%	26	74%	9	26%	0.363
	Non	24	41%	14	58%	10	42%	
Usage de substances	Oui	43	72%	28	65%	15	35%	0.484
	Non	16	28%	10	62%	6	38%	

f) Échelles psychométriques :

- **Score de PANSS :**

On remarque que la répartition de l'insight selon l'échelle de PANSS dans notre étude est similaire entre les trois groupes, en effet l'insight est négatif chez environ 80% des sujets dans les trois groupes.

- **Score YMRS :**

On remarque que la répartition de l'insight selon l'échelle YMRS dans notre étude est variable entre les deux groupes, en effet l'insight est négatif chez environ 0 % des sujets en eu thymie contre environ 64% chez les sujets en état de manie.

Tableau 3. Résultats de l'analyse univariée entre les scores des différentes échelles et le score de Birchwood.

Variable	Catégorie	Nombre	% total	Score de Birchwood				P valeur
				Inférieur à 9		Supérieur ou égal à 9		
				N	%	N	%	
PANSS	Légèrement malade	14	48%	12	85%	2	15%	0.845
	Modérément malade	10	34%	8	80%	2	20%	
	Notoirement malade	5	17%	4	80%	1	20%	
YMRS	eu thymie	3	10%	0	0%	3	100%	0.121
	manie	25	90%	16	64%	9	36%	

g) Caractéristiques de la maladie psychiatrique :

- **Age de début :**

On remarque que la répartition de l'insight selon l'âge de début du trouble dans notre étude est variable entre les deux groupes, en effet l'insight est négatif chez environ 58 % des sujets âgés entre 15 et 32 ans contre environ 100% des sujets âgés entre 33 et 49 ans.

- **Durée d'évolution du trouble**

On remarque que la répartition de l'insight selon la durée d'évolution du trouble dans notre étude est variable entre les deux groupes, en effet l'insight est négatif chez environ 67% des sujets ayant une durée d'évolution de leur trouble comprise entre 1 à 16 ans contre environ 53% chez les sujets ayant une durée d'évolution de leur trouble comprise entre 17 à 32 ans.

Tableau 4. Résultats de l'analyse univariée entre les caractéristiques de la maladie psychiatrique et le score de Birchwood

Variable	Catégorie	Nombre	% total	Score de Birchwood				P valeur
				Inférieur à 9		Supérieur ou égal à 9		
				N	%	N	%	
Age de début	15-32 ans	51	86%	30	58%	21	42%	0.003
	33-49 ans	8	14%	8	100%	0	0%	
Durée d'évolution du trouble	1-16 ans	46	78%	31	67%	15	33%	0.144
	17-32 ans	13	22%	7	53%	6	47%	

h) **MINI (comorbidités psychiatriques) :**

- **Épisode dépressif majeur actuel :**

On remarque que la répartition de l'insight selon la présence d'un épisode dépressif majeur dans notre étude est variable entre les deux groupes, en effet l'insight est négatif chez environ 54 % des sujets répondant à l'item épisode dépressif majeur contre environ 68 % des sujets n'y répondants pas.

- **Dysthymie**

On remarque que la répartition de l'insight selon la présence de dysthymie dans notre étude est variable entre les deux groupes, en effet l'insight est négatif chez environ 100 % des sujets répondant à l'item dysthymie contre environ 63% des sujets n'y répondants pas.

- **Risque suicidaire**

On remarque que la répartition de l'insight selon la présence du risque suicidaire dans notre étude est variable entre les deux groupes, en effet l'insight est négatif chez environ 33 % des sujets répondant à l'item risque suicidaire contre environ 66% des sujets n'y répondants pas.

Épisode maniaque actuel

On remarque que la répartition de l'insight selon la présence d'un épisode maniaque actuel dans notre étude est similaire entre les deux groupes, en effet l'insight est négatif chez environ 65 % des sujets dans les deux groupes.

Épisode dépressif majeur passé

On remarque que la répartition de l'insight selon la présence d'un épisode dépressif majeur passé dans notre étude est variable entre les deux groupes, en effet l'insight est négatif chez environ 50% des sujets répondant à l'item épisode dépressif majeur passé contre environ 77 % des sujets n'y répondants pas.

- **Épisode maniaque passé**

On remarque que la répartition de l'insight selon la présence d'un épisode maniaque passé dans notre étude est variable entre les deux groupes, en effet l'insight est négatif chez environ 54 % des sujets répondant à l'item épisode maniaque passé contre environ 76 % des sujets n'y répondants pas.

- **Agoraphobie**

On remarque que la répartition de l'insight selon la présence d'agoraphobie dans notre étude est variable entre les deux groupes, en effet l'insight est négatif chez environ 100 % des sujets répondant à l'item agoraphobie contre environ 63 % des sujets n'y répondants pas.

- **Trouble panique**

On remarque que la répartition de l'insight selon la présence d'un trouble panique dans notre étude est similaire entre les deux groupes, en effet l'insight est négatif chez environ 65 % des sujets dans les deux groupes.

Dépendance alcoolique actuelle

On remarque que la répartition de l'insight selon la présence d'une dépendance alcoolique actuelle dans notre étude est variable entre les deux groupes, en effet l'insight est négatif chez environ 75 % des sujets répondant à l'item dépendance alcoolique actuelle contre environ 63% des sujets n'y répondants pas.

- **Anxiété généralisée actuelle**

On remarque que la répartition de l'insight selon la présence d'une anxiété généralisée actuelle dans notre étude est variable entre les deux groupes, en effet l'insight est négatif chez environ 100 % des sujets répondant à l'item anxiété généralisée actuelle contre environ 63% des sujets n'y répondants pas.

- **Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques actuel**

On remarque que la répartition de l'insight selon la présence d'un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques actuel dans notre étude est similaire entre les deux groupes, en effet l'insight est négatif chez environ 65% des sujets dans les deux groupes.

- **Syndrome psychotique vie entière**

On remarque que la répartition de l'insight selon la présence d'un syndrome psychotique vie entière dans notre étude est variable entre les deux groupes, en effet l'insight est négatif chez environ 68 % des sujets répondant à l'item syndrome psychotique vie entière contre environ 57 % des sujets n'y répondants pas.

- **Syndrome psychotique actuel**

On remarque que la répartition de l'insight selon la présence d'un syndrome psychotique vie entière dans notre étude est variable entre les deux groupes, en effet l'insight est négatif chez environ 72 % des sujets répondant à l'item syndrome psychotique actuel contre environ 46% des sujets n'y répondants pas.

- **Abus d'alcool**

On remarque que la répartition de l'insight selon la présence d'un abus d'alcool dans notre étude est variable entre les deux groupes, en effet l'insight est négatif chez environ 100 % des sujets répondant à l'item abus d'alcool contre environ 64% des sujets n'y répondants pas.

- **Dépendance à une substance actuelle**

On remarque que la répartition de l'insight selon la présence d'une dépendance à une substance actuelle dans notre étude est similaire entre les deux groupes, en effet l'insight est négatif chez environ 65% des sujets dans les deux groupes.

- **Abus de substance actuel**

On remarque que la répartition de l'insight selon la présence d'un abus de substance actuelle dans notre étude est similaire entre les deux groupes, en effet l'insight est négatif chez environ 65% des sujets dans les deux groupes.

Tableau 5. Résultats de l'analyse multivariée.

Variable	Catégorie	Nombre	% total	Score de Birchwood				P valeur
				Inférieur à 9		Supérieur ou égal à 9		
				N	%	N	%	
Épisode dépressif majeur actuel	oui	11	18%	6	54%	5	46%	0.514
	non	47	82%	32	68%	16	32%	
dysthymie	oui	1	2%	1	100%	0	0%	0.993
	non	58	98%	37	63%	21	37%	
Risque suicidaire	oui	3	5%	1	33%	2	66%	0.180
	non	56	95%	37	66%	19	33%	
Épisode maniaque actuel	oui	30	51%	19	63%	11	37%	0.427
	non	29	49%	19	65%	10	35%	
Épisode dépressif majeur passé	oui	28	47%	14	50%	14	50%	0.004
	non	31	53%	24	77%	7	23%	
Épisode maniaque passé	oui	33	55%	18	54%	15	46%	0.042
	non	26	45%	20	76%	6	24%	
agoraphobie	oui	1	2%	1	100%	0	0%	0.302
	non	58	98%	37	63%	21	37%	
Trouble panique	oui	3	5%	2	66%	1	33%	0.665
	non	56	95%	36	64%	20	36%	
Dépendance alcoolique actuel	oui	4	6%	3	75%	1	25%	0.501
	non	55	94%	35	63%	20	37%	
Anxiété généralisée actuel	oui	1	2%	1	100%	0	0%	0.121
	non	58	98%	37	63%	21	37%	
Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques actuel	oui	18	30%	12	66%	6	34%	0.458
	non	41	70%	26	63%	15	37%	
Syndrome psychotique vie entière	oui	45	76%	31	68%	14	32%	0.415
	non	14	24%	8	57%	6	43%	
Syndrome psychotique actuel	oui	44	74%	32	72%	13	28%	0.101
	non	15	26%	7	46%	8	54%	
Abus d'alcool	oui	2	3%	2	100%	0	0%	0.139
	non	57	97%	37	64%	21	36%	
Dépendance à une substance actuelle	oui	41	69%	26	63%	15	37%	0.978
	non	18	31%	12	66%	6	34%	
Abus de substance actuelle	oui	21	35%	13	61%	8	39%	0.799
	non	38	65%	25	65%	13	35%	

DISCUSSION

1. Argumentaire de l'étude

L'insight est un concept multidimensionnel utilisé d'abord dans la schizophrénie puis dans plusieurs troubles psychiatriques dont le trouble bipolaire. Son amélioration représente un enjeu majeur dans la prise en charge des patients.

Au Maroc, les études abordant l'insight dans la schizophrénie et le trouble bipolaire sont très rares, c'est pourquoi on a jugé nécessaire et opportun de mener cette étude et d'explorer les spécificités de l'insight dans ces deux pathologies.

L'objectif de notre étude était de comparer l'insight dans la schizophrénie et le trouble bipolaire chez les patients hospitalisés, identifier et comparer les facteurs influençant l'insight dans ces deux pathologies.

Nos résultats sont d'un grand intérêt et permettent d'évaluer l'insight chez les patients de l'hôpital psychiatrique du CHU Hassan II de Fès, les différents facteurs qui l'influencent et les implications thérapeutiques qui en découlent.

2. Comparaison des principaux résultats descriptifs et analytiques de notre étude avec ceux de la littérature

1. Données sociodémographiques :

a. 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, Ritsner et al. 2007, Xiang et al. 2012) [50], ce qui rejoint les résultats de notre étude ($p=0,457$). Seules quelques études ont mis en évidence cette relation, notamment l'étude faite par Cuffel et al. (1996) [43] et qui 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. Dans une autre étude prospective concernant 679 patients schizophrènes, Matton et al. (2004) [37] 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. L'étude prospective menée par De Hert (1999 à 2003) [41] et son équipe, sur un échantillon de 1213 patients schizophrènes, avait mis en évidence une association significative entre l'insight et le sexe, s'expliquant également par la sévérité des symptômes.

b. Statut marital

En 2002, deux études faites par Bourgeois et son équipe [57] sur respectivement 100 et 121 patients schizophrènes hospitalisés en psychiatrie, ont montré que l'insight était meilleur chez les patients vivant en couple. Par contre Xiang et al. (2012) [28], 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. Dans notre étude, la relation entre l'insight et le statut matrimonial n'a pas pu être analysée en raison du faible effectif des patients dans les différents attributs de cette variable.

c. Le niveau d'instruction

Certaines études ont révélé 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) [50] 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 meilleur. Ritsner et al. ont réalisé une étude (2007) [51] sur 107 patients schizophrènes stables et ont trouvé que les patients ayant un niveau d'éducation élevé avaient une mauvaise conscience de leur trouble. Une étude prospective réalisée par De Hert et son équipe (2009) [61] 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. D'autres études n'ont pas retrouvé de corrélation entre l'insight et le niveau éducationnel (Amador et al. 1994, Xiang et al. 2012) [49]. La relation entre l'insight et le niveau d'instruction n'a pas pu être analysée dans notre étude à cause du faible effectif des patients dans les différents attributs de cette variable.

d. 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) [47]. 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.

e. 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'a pas pu être étudiée en raison du faible effectif des patients dans les différents attributs de cette variable.

2. Rapport entre l'insight et l'usage de substances :

La relation entre l'insight et l'usage de substances reste peu traitée et élucidée dans la littérature. Yen et son équipe (2009) [37] 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.

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 consommée, n'étaient pas statistiquement significatifs (insight-habitudes toxiques : $p=0,978$; insight-alcool : $p=0,139$).

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

a. L'âge de début de la maladie

Certaines 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) [28] sur plus de 40 études a révélé que le début du trouble à un âge tardif et l'état aigu ou chronique du trouble jouaient le rôle de variables modératrices. Par ailleurs, 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) [31], l'étude de Xiang et al. (2012) [21].

La relation entre l'insight et l'Age de début de la schizophrénie n'a pas pu être étudiée dans notre travail à cause du faible effectif de patients dans la catégorie des

patients ayant un bon insight en cours d'hospitalisation (mauvais insight : 70%, bon insight : 30%).

b. La durée d'évolution de la maladie

L'étude menée par Ritsner et al. (2007) [55] 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. 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) et Xiang et al. (2012) [40].

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 : 70%, bon insight : 30%).

c. Le mode d'hospitalisation :

L'insight et le mode d'hospitalisation sont liés selon les données rapportées dans la littérature. En effet, Bourgeois et son équipe ont réalisé deux études en 2002 [34] qui ont montré que les patients schizophrènes hospitalisés en placement libre avaient un meilleur insight. Weiler et al. (2000) [37] ont mené une étude sur dix-neuf sujets hospitalisés pour schizophrénie et d'autres troubles psychiatriques majeurs. Celle-ci a révélé une forte corrélation entre les déficits d'insight et l'hospitalisation involontaire. 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 une hospitalisation involontaire en raison de leur manque de prise de conscience de la nécessité d'un traitement.

d. Le nombre d'hospitalisations :

Parmi les études faites sur l'insight dans la schizophrénie, certaines ont analysé 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) [21] sur 1213 patients schizophrènes a montré que le nombre d'hospitalisations était associé à l'insight. D'autres études n'ont pas objectivé ce lien (Ritsner et al. (2007), Xiang et al. (2012)) [46].

Notre étude n'a pas objectivé de relation statistiquement significative entre l'insight et le nombre d'hospitalisations.

e. La sévérité des symptômes :

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) [39] 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. Keshavan et al. (2004) [21] ont réalisé une étude sur 535 patients psychotiques qui a montré forte corrélation entre les déficits d'insight et les trois domaines de psychopathologie de la PANSS (positive, négative, générale). L'étude prospective de De Hert et al. (2009) [59] 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 contact, le retrait social, le sentiment de culpabilité sont les symptômes qui présentaient une plus forte corrélation avec l'insight. L'étude de Xiang et al. (2012) [46] 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.

Notre étude n'a pas pu objectivé une relation statistiquement significative entre l'insight et l'échelle de la PANSS au cours de l'hospitalisation des patients (insight-échelle de PANSS : $p= 0,845$).

f. 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. Toutefois, d'autres études 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) [53] ont retrouvé également une corrélation positive entre la dépression et le niveau d'insight. L'étude pilote menée par Bouvet et al. (2010) [46] en France sur vingt patients schizophrènes, a mis en évidence une corrélation positive, dans la schizophrénie, entre l'insight et la dépression, et une corrélation négative entre l'insight et l'estime de soi. 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 (11 patients).

g. 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. [45] ont analysé les données de 980 patients inclus dans la cohorte « International Suicide Prevention Trial ». L'étude a constaté que, lorsqu'il est considéré indépendamment des autres variables, l'insight est associé au risque

suicidaire. Ainsi, plus la conscience des troubles est bonne, plus élevé est le risque de suicide. Ils montrent que l'insight et le risque suicidaire sont liés par l'intensité de la symptomatologie dépressive et le sentiment de désespoir. Drake et al. avaient trouvé des résultats similaires, soulignant que la conscience douloureuse de la maladie psychotique constitue le facteur prédictif 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 ($p=0,180$). Cela peut s'expliquer par le faible effectif des patients ayant un risque suicidaire dans notre échantillon (5 %).

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

Peu d'études se sont intéressées au lien entre l'insight dans la schizophrénie et la durée d'hospitalisation. Bourgeois et al. (2002) [34] 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 durée d'hospitalisation brève.

Dans notre étude, nous n'avons pas pu établir un lien statistiquement significatif entre l'insight et la durée d'hospitalisation des patients.

Les résultats de notre étude montrent que l'insight est pauvre durant l'hospitalisation, aussi bien chez les patients schizophrènes que chez les patients bipolaires. Ce moment correspond à une période de décompensation psychotique pour les premiers et d'accès maniaque sévère pour les seconds conduisant à une hospitalisation souvent sous contrainte (situation qui correspond souvent à un insight pauvre chez ces patients). Toutefois, les scores d'insight sont significativement moins pauvres chez les patients bipolaires. Ces données sont généralement admises par la plupart des auteurs qui, d'une part, affirment que les

patients schizophrènes ont une moindre conscience de leur trouble comparativement aux patients bipolaires et d'autre part, que l'insight chez ces derniers est surtout altéré pour ceux qui présentent un trouble bipolaire de type I, notamment en période d'accès maniaque . Dans son étude, Amador avait trouvé des scores comparables entre les patients présentant une symptomatologie maniaque sévère et des patients schizophrènes. [41] L'évolution positive des scores de l'insight chez les schizophrènes et les bipolaires à la fin de l'hospitalisation (qui correspond à une phase d'amélioration clinique) a été retrouvée par la plupart des auteurs. L'amélioration nette de la conscience de la maladie chez les patients bipolaires confirme les données de la littérature qui considèrent que l'absence de l'insight dans la manie est un état transitoire et non un trait de la maladie, et qu'il dépend donc de la sévérité du tableau clinique. Quant aux patients schizophrènes, les scores de l'insight sont plus élevés chez ceux qui ont plusieurs antécédents d'hospitalisations par rapport à ceux qui sont hospitalisés pour la première fois. Les données de la littérature sont encore divergentes sur ce point, ainsi, l'étude de Thomson et al. [49] avaient attribué moins d'insight aux patients présentant un premier épisode psychotique, alors que Varga et al. (39) n'ont pas trouvé de corrélation entre le nombre d'hospitalisations et l'insight. Dans notre étude, le fait de ne pas vivre en couple était lié à des scores d'insight faibles, ce qui souligne l'importance de la présence d'une personne proche du patient et du soutien familial en général, facilitant ainsi la réhabilitation de ces patients. De plus, la présence d'un bon insight, le fait de vivre en couple et d'avoir une activité professionnelle constituent des éléments importants pour une meilleure qualité de vie chez les patients schizophrènes.

Par ailleurs, les scores de l'insight augmentent avec l'âge chez les patients schizophrènes, ce qui pourrait correspondre à une prise de conscience des

symptômes et de l'intérêt du traitement qui s'installe avec les expériences de plusieurs rechutes psychotiques. Mais ce facteur d'âge n'a pas toujours été signalé par les auteurs. Ritsner et al. n'ont pas trouvé de lien entre l'insight et l'âge, alors que leurs résultats confirment ceux de notre étude concernant l'absence de lien entre l'insight et le sexe des patients. [45]

La présence d'antécédents d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide est liée à des scores élevés d'insight chez les patients schizophrènes et bipolaires. [43] Cela s'explique surtout par le fait que la prise de conscience du caractère pathologique des troubles, de leurs conséquences et de la stigmatisation qu'ils engendrent, peut être responsable d'une altération de l'estime de soi et d'une augmentation des affects dépressifs avec une majoration du risque suicidaire. [47] La présence d'un lien entre l'insight, la dépression et le risque suicidaire a été largement débattue, et la plupart des auteurs confirment cette association, aussi bien chez les schizophrènes que chez les bipolaires. [49]

Cependant, il faut garder à l'esprit que le manque d'insight constitue aussi un facteur de risque de passage à l'acte auto et hétéro-agressif, et que le travail psychothérapique qui vise cette composante doit prendre en considération tous ces aspects et adapter pour chaque type de patient une attitude spécifique à son trouble, sa symptomatologie et son contexte psychosocial. Ainsi, dans la population schizophrène, il semble plus judicieux de travailler sur la prise de conscience des symptômes et surtout sur le besoin de traitement, dont l'amélioration serait plus bénéfique en matière de prévention de rechutes et d'adaptation sociale par rapport à la prise de conscience de la maladie. [54] Pour les patients bipolaires, il serait souhaitable de commencer d'abord par l'amélioration de l'insight en matière de besoin du traitement, qui est liée à un bon pronostic. Plusieurs auteurs ont confirmé l'utilité des mesures psycho-éducatives précoces et des interventions

psychothérapies individuelles et de groupe. [51] Parmi les méthodes utilisées, les techniques cognitivo-comportementales et motivationnelles ont montré leur intérêt, notamment en utilisant les techniques de mise en situation, les expériences des autres patients et les documents écrits et audiovisuels. Ces mesures permettent d'améliorer les différents niveaux de la conscience du trouble, en insistant sur la reconnaissance des facteurs déclenchants, l'identification des signes annonçant une rechute et l'évaluation des conséquences de l'arrêt du traitement, avec comme objectif final d'atteindre une meilleure alliance thérapeutique. [50] Les indications précises et l'organisation de ces interventions sont encore peu étudiées et requièrent une attention particulière dans l'avenir.

Il faut enfin noter que la prévalence élevée des idéations suicidaires en rapport avec des scores élevés d'insight oblige à ce que ce travail thérapeutique soit accompagné d'une valorisation de l'estime de soi et d'un véritable monitoring des affects négatifs et des pensées de désespoir afin de dépister, gérer et, si nécessaire traiter à temps des complications dépressives ou des idéations suicidaires.

APPORT ET LIMITES DE L'ÉTUDE

a. Apport de l'étude :

Les études explorant la dimension de l'insight chez les patients schizophrènes et bipolaires sont rares dans le contexte marocain. Cette étude nous a fourni un ensemble d'informations d'un point de vue descriptif et analytique. Nous avons pu enquêter un effectif de 59 patients, ce qui permet une comparaison avec d'autres études similaires qui se sont intéressées à ce sujet. Notre travail a porté sur la comparaison de l'insight et des facteurs associés dans la schizophrénie et le trouble bipolaire.

Notre travail nous a permis d'étudier les facteurs cliniques et thérapeutiques liés à l'insight : sévérité symptomatique, dépression, fonctions cognitives et adhésion au traitement.

b. Limites de l'étude

Certaines limites méthodologiques ont été soulevées dans ce travail :

- Les facteurs étudiés ne couvrent pas tous les aspects cliniques, sociodémographiques, psychopathologiques et neurocognitifs qui peuvent interférer avec le degré de l'insight, notamment en ce qui concerne la présence d'éléments psychotiques chez les patients bipolaires, et la sévérité des symptômes psychotiques chez les schizophrènes.
- Le nombre réduit des patients inclus. la prédominance du sexe masculin.
- L'utilisation des échelles psychométriques non validées en arabe dialectal marocain.
- Le nombre des échelles d'évaluation et le temps consacré à la passation.
- les facteurs étudiés ne couvrent pas tous les aspects cliniques, sociodémographiques, psychopathologiques et neurocognitifs qui peuvent interférer avec le degré de l'insight, notamment en ce qui concerne la présence d'éléments psychotiques chez les patients bipolaires.

PERSPECTIVES DE L'ÉTUDE

Il s'agit d'une première étude réalisée au service de psychiatrie du CHU Hassan II de Fès, en collaboration avec le service de psychiatrie et laboratoire d'épidémiologie clinique de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès, portant sur la comparaison de l'insight chez les patients schizophrènes et bipolaires.

Dans les perspectives de l'étude, nous évoquons les axes suivants :

- Elargissement de la taille de l'échantillon, en vue de mieux cerner les facteurs associés à l'insight dans les deux pathologies.
- Etude de l'insight et cognition dans la schizophrénie et le trouble bipolaire, le recrutement des patients est en cours.
- Exploration de la dimension de l'insight par l'IRM fonctionnelle.
- Validation des échelles psychométriques utilisées.

RECOMMANDATIONS

Au sein de notre échantillon, nous avons décrit les facteurs influençant l'insight et son impact déterminant sur la prise en charge de la schizophrénie et le trouble bipolaire, ce qui nous a permis d'esquisser des indicateurs sur lesquels on devrait agir. Ainsi, certaines interventions cliniques et thérapeutiques doivent être envisagées :

- Volet clinique : sensibilisation des praticiens à prendre en considération l'évaluation de l'insight étant donné son intérêt dans l'évolution et le pronostic de la maladie : adhésion au traitement, risque suicidaire...
- Volet thérapeutique : Intérêt de psychoéducation, remédiation cognitive, programme de réhabilitation dans l'amélioration de l'insight chez les patients. Dans ce sens, le projet institutionnel du service de psychiatrie consiste à développer ces volets pour réduire le taux de rechutes.

CONCLUSION

Il est actuellement admis que l'insight est lié à une bonne observance thérapeutique et à un meilleur pronostic, aussi bien dans la schizophrénie que dans le trouble bipolaire. Les caractères, multidimensionnel et Trans-nosographique, de l'insight impliquent des interventions ciblées et individualisées. Notre étude confirme l'intérêt d'adapter le travail sur l'insight pour chacun des deux troubles, en insistant sur la prise de conscience du besoin du traitement pour les schizophrènes. Elle corrobore aussi les résultats des études précédents ayant associée l'amélioration de l'insight avec un risque suicidaire plus élevé, suggérant ainsi une attention particulière à ce stade de prise en charge.

RESUME

RESUME

La schizophrénie et le trouble bipolaire sont des maladies chroniques qui représentent un enjeu majeur de santé publique. Elles sont souvent associées à une méconnaissance du trouble, sévère et persistante. Notre étude a été réalisée au sein du service psychiatrique du Centre Hospitalier Universitaire Hassan II de Fès sur 59 patients hospitalisés, pour schizophrénie et trouble bipolaire diagnostiqués selon les critères du DSM 5.

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer et comparer l'insight chez les patients schizophrènes et bipolaires. Ensuite, identifier et comparer les différents facteurs impactant l'insight chez les deux populations en analysant les données sociodémographiques et cliniques à la recherche d'éventuelles perspectives thérapeutiques. Un hétéro-questionnaire préétabli 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 35 ans, 86 % étaient de sexe masculin, 70 % avaient un mauvais insight, et la durée moyenne d'hospitalisation était de 59 jours. L'analyse univariée et l'analyse multivariée ont montré qu'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. Le manque de conscience de la maladie est une dimension importante de la schizophrénie et du trouble bipolaire, pouvant être influencé par différents facteurs, ayant un impact sur l'alliance thérapeutique, l'observance du traitement et le pronostic.

Notre étude est la première réalisée au service de psychiatrie du CHU Hassan II de Fès, en collaboration avec le service d'épidémiologie clinique de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès, portant sur la comparaison de l'insight chez les patients schizophrènes et bipolaires. D'autres études devraient être réalisées, évaluant d'autres dimensions de ces pathologies, pour une meilleure identification des facteurs associés à la conscience de la maladie afin d'améliorer la prise en charge de nos patients.

ABSTRACT

Schizophrenia and bipolar disorder are chronic diseases that represent a major public health issue. They are often associated with a lack of awareness of the disorder, which is severe and persistent. Our study was carried out in the psychiatric service of the Hassan II University Hospital Center in Fez on 59 hospitalized patients for schizophrenia and bipolar disorder diagnosed according to the criteria of the DSM 5. The main objective of our study was to evaluate and compare the insight in schizophrenic and bipolar patients. Then, identify and compare the different factors impacting insight in the two populations by analyzing the socio-demographic and clinical data in search of possible therapeutic perspectives. A pre-established hetero-questionnaire comprising standardized assessment scales made it possible to collect the socio-demographic characteristics, the psychiatric, toxic and legal history as well as the clinical and therapeutic characteristics of each patient. The average age of our patients was 35 years, 86% were male, 70% had poor insight, and the average length of stay was 59 days. Univariate analysis and multivariate analysis showed that poor insight was associated with forced hospitalization, higher positive, negative and general symptom scores on the Positive and Negative Symptom Scale (PANSS), and poor adherence to therapy. Lack of awareness of the disease is an important dimension of schizophrenia and bipolar disorder, which can be influenced by a number of factors, having an impact on treatment alliance, treatment adherence and prognosis. Our study is the first carried out in the psychiatry department of the CHU Hassan II of Fez, in collaboration with the clinical epidemiology department of the Faculty of Medicine and Pharmacy of Fez, on the comparison of insight in schizophrenic patients and bipolar. Further studies should be carried out, evaluating

other dimensions of these pathologies, to better identify the factors associated with awareness of the disease in order to improve the management of our patients.

ملخص

الفصام والاضطراب ثنائي القطب من الأمراض المزمنة التي تمثل مشكلة صحية عامة رئيسية. غالبًا ما ترتبط بنقص الوعي بالاضطراب الشديد والمستمر. أجريت دراستنا في قسم الطب النفسي في مركز مستشفى الحسن الثاني الجامعي بفاس على 59 مريضًا في المستشفى مصابين بالفصام والاضطراب ثنائي القطب تم تشخيصهم وفقًا لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطراب 5. الهدف الرئيسي لدراستنا هو تقييم ومقارنة البصيرة. في مرضى الفصام والاضطراب ثنائي القطب. بعد ذلك ، حدد ومقارنة العوامل المختلفة التي تؤثر على البصيرة في المجموعتين من خلال تحليل البيانات الاجتماعية والديموغرافية والسريية بحثًا عن وجهات نظر علاجية محتملة. أتاح الاستبيان غير المتجانسة الذي تم إنشاؤه مسبقًا والذي يشتمل على مقاييس تقييم موحدة إمكانية جمع الخصائص الاجتماعية والديموغرافية والتاريخ النفسي والسمي والقانوني بالإضافة إلى الخصائص السريية والعلاجية لكل مريض. كان متوسط عمر مرضانا 35 عامًا ، 86% كانوا ذكورًا ، 70% كان لديهم بصيرة ضعيفة ، وكان متوسط مدة الإقامة 59 يومًا. أظهر التحليل أحادي المتغير والتحليل متعدد المتغيرات أن ضعف البصيرة كان مرتبطًا بالاستشفاء القسري ، وارتفاع درجات الأعراض الإيجابية والسلبية والعامية على مقياس الأعراض الإيجابية والسلبية (PANSS) ، وضعف الالتزام بالعلاج. يعد نقص الوعي بالمرض بعدًا مهمًا لمرض انفصام الشخصية والاضطراب ثنائي القطب ، والذي يمكن أن يتأثر بعدد من العوامل التي لها تأثير على تحالف العلاج والالتزام بالعلاج والتكهن. دراستنا هي الأولى التي أجريت في قسم الطب النفسي في CHU الحسن الثاني بفاس ، بالتعاون مع قسم علم الأوبئة الإكلينيكي بكلية الطب والصيدلة بفاس ، حول مقارنة البصيرة بين مرضى الفصام والاضطراب ثنائي القطب. يجب إجراء مزيد من الدراسات ، وتقييم الأبعاد الأخرى لهذه الأمراض ، لتحديد العوامل المرتبطة بالوعي بالمرض بشكل أفضل من أجل تحسين إدارة مرضانا.

ANNEXES

Annexe 1

fiche d'exploitation

FICHE D'EXPLOITATION

Date :

Dossier n° :

IP :

Lieu de résidence (ville) :

Tél :

I- Données sociodémographiques :

Age :

Sexe : M F

Milieu : Urbain Rural

Situation familiale :

Marié(e) Divorcé(e)

Veuf (ve) Célibataire

Nombre d'enfants :

Le patient vit seul ? oui non

Avec qui vit-il ?

• Vit :

Seul Les deux parents Mère Père Sans abri

• Niveau scolaire :

Jamais scolarisé

Primaire

Secondaire

Universitaire

● **Activité professionnelle :**

Régulière Irrégulière Absente

Laquelle :.....

● **Niveau socioéconomique :**

Revenu personnel mensuel :

< 2000 dh 2000–5000dh 5000–10.000dh >10.000dh

Revenu familial mensuel :

< 2000 dh 2000–5000dh 5000–10.000dh >10.000dh

II- Antécédents :

Antécédents personnels :

- Médicaux
- Chirurgicaux
- Psychiatriques
- Juridiques
- Antécédents juridiques :.....

Motif d'incarcération :.....

○ Événement traumatisant Oui Non

*Si oui, précisez la nature :

○ **Usage de substances :**

Dépendance Occasionnel

Données sur la consommation de substances (basées sur les critère DSM 5):

Substance	Age de début	Quantité	Trouble de l'usage objectif : Oui/non	Sévérité : Léger : 2-3 Moyen : 4-5 Grave : 6 ou plus	Tentatives de sevrage
1					
2.....					
3.....					
4.....					
5.....					

- Antécédents familiaux psychiatriques : **Schizophrénie** / **Trouble bipolaire** / **Autre**Qui ?.....

III- Caractéristiques de la maladie psychiatrique :

Diagnostic selon DSM 5 :

Schizophrénie : type : Schizophrénie Paranoïde Schizophrénie

Schizophrénie Désorganisée

Schizophrénie Avec catatonie Schizophrénie indifférencié Résiduelle

Trouble bipolaire : type : Episode actuel : Nombre des
épisodes dépressifs ... Nombre des épisodes maniaques...

Age de début :

Durée d'évolution :

Nombres de rechutes :

Date de la première consultation :

Date de la dernière rechute :

Nombre d'hospitalisations :

Durée(s) cumulative d'hospitalisation(s) :jours

Date de la dernière hospitalisation :

Mode(s) d'hospitalisation(s) :

Motif d'hospitalisation actuelle : agitation / hétéroagressivité / troubles de l'ordre
public / TS / autre

Tentatives de suicide :

• **Antécédents de tentative de suicide :**

- Nombre** :.....
- Moyens utilisés** :.....
- Date de TS la plus récente** :

IV- Prise en charge:

Traitements antérieurs :

APA	NLC	RH	APA+RH	APC+RH

Traitement en cours :

APA	NLC	RH	APA+RH	APC+RH

Annexe 2

IS – (échelle d'insight actuel)

Lisez, s'il vous plaît les énoncés suivants attentivement et cochez ensuite la case qui vous correspond le mieux.

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

Echelle d'Insight (IS) (Barèmes de cotation)

	D'accord	En désaccord	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 de 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 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 (3 ou 4 = bon insight, 1 ou 2 = pauvre insight)
2, 7	Conscience de la maladie	4 (3 ou 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 (3 ou 4 = bon insight, 1 ou 2 = pauvre insight)

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

Annexe 3

Echelle d'insight de Beck

Code : _____

Date : _____

Ci-dessous, vous trouverez une liste de phrases décrivant des manières de penser ou de sentir qu'ont les gens. S'il vous plaît, lisez attentivement chaque phrase de cette liste. Indiquez jusqu'à quel point vous êtes d'accord avec chaque énoncé en mettant une croix dans la case correspondante.

	Pas d'accord	Légerement d'accord	Assez d'accord	Tout à fait d'accord
1. Parfois, j'ai mal compris l'attitude des autres à mon égard.				
2. La façon que j'ai d'interpréter ce que je vis est sans aucun doute juste				
3. Les autres peuvent comprendre mieux que moi la cause de mes expériences inhabituelles.				
4. J'ai tendance à sauter trop rapidement aux conclusions.				
5. Certaines de mes expériences qui m'ont semblé très réelles peuvent avoir été produites par mon imagination.				
6. Certaines de mes idées dont j'étais certain qu'elles étaient vraies se sont révélées fausses.				
7. Si quelque chose semble correct, cela signifie que c'est correct.				
8. Même si je suis convaincu d'avoir raison, je peux me tromper.				
9. Je sais mieux que n'importe qui quels sont mes problèmes.				
10. Quand les gens ne sont pas d'accord avec moi, en général ils se trompent.				
11. Je ne peux pas faire confiance aux opinions que les autres expriment sur ce que je vis.				
12. Si quelqu'un me dit que mes croyances sont fausses, je suis disposé à en tenir compte.				
13. Je peux toujours faire confiance à mon jugement personnel.				
14. Il y a souvent plus qu'une seule explication possible pour expliquer pourquoi les gens agissent comme ils le font.				
15. Mes expériences inhabituelles peuvent être dues au fait que je suis extrêmement stressé ou bouleversé.				

Traduction : J. Favrod & V. Pomini 2004

1	Conscience d'un trouble mental : d'une manière générale, le patient croit-il présenter un trouble mental ?	Conscience	
		Attribution	
2	Conscience des conséquences de ce trouble : quelles sont les croyances du sujet concernant les raisons pour lesquelles il se retrouve hospitalisé, renvoyé de son travail, blessé, endetté... etc.... ?	Conscience	
		Attribution	
3	Conscience des effets du traitement : le sujet croit-il que les traitements ont diminué la sévérité de ses symptômes ?	Conscience	
		Attribution	
4	Conscience d'une expérience hallucinatoire : le sujet reconnaît-il ses hallucinations en tant que telles ? Il s'agit de coter sa capacité à interpréter son expérience hallucinatoire comme primaire.	Conscience	
		Attribution	
5	Conscience du délire : le sujet reconnaît-il son délire en tant que production interne de croyances erronées ? Coter la conscience du caractère non plausible de ses croyances.	Conscience	
		Attribution	
6	Conscience d'un trouble de la pensée : le sujet croit-il que ses communications avec les autres sont perturbées ?	Conscience	
		Attribution	
7	Conscience d'un émoussement affectif : le sujet a-t-il conscience de ses affects communiqués par le biais de ses expressions, sa voix, sa gesture...etc.... Ne pas coter son évaluation de sa thymie.	Conscience	
		Attribution	
8	Conscience de l'anhédonie : le sujet est-il conscient que son attitude renvoie une apparente diminution de son plaisir à participer à des activités suscitant normalement le plaisir ?	Conscience	
		Attribution	
9	Conscience de l'asociabilité : le patient est-il conscient qu'il ne montre pas d'intérêt pour relation sociales ?	Conscience	
		Attribution	

Conscience du trouble : 0- Non cotable 1- Conscient 2- En partie conscient/inconscient 3- Inconscient	Attribution des symptômes : 0- Non cotable 1- Attribution correcte : le symptôme est dû à un trouble mental 2- Attribution partielle : incertain, mais peut en accepter l'idée 3- Attribution incorrecte : le symptôme n'est pas en lien avec un trouble mental
--	--

Annexe 4

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE

PANSS

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

Traduction française : J.P. Lépine



NOM: _____
 PRENOM: _____
 SEXE: AGE: DATE: _____
 EXAMINATEUR: _____

CONSIGNES

Entourer la cotation appropriée à chaque dimension, à la suite de l'entretien clinique spécifique. Se reporter au Manuel de Cotation pour la définition des items, la description des différents degrés et la procédure de cotation

Absence
 Minimum
 Légers
 Intermédiaire
 Mod. Sévère
 Sévère
 Extrême

Echelle positive

P 1	Idées délirantes.	1 2 3 4 5 6 7
P 2	Désorganisation conceptuelle.	1 2 3 4 5 6 7
P 3	Activité hallucinatoire.	1 2 3 4 5 6 7
P 4	Excitation.	1 2 3 4 5 6 7
P 5	Idées de grandeur.	1 2 3 4 5 6 7
P 6	Méfiance/Persécution.	1 2 3 4 5 6 7
P 7	Hostilité.	1 2 3 4 5 6 7

Echelle négative

N 1	Emoussement de l'expression des émotions	1 2 3 4 5 6 7
N 2	Retrait affectif.	1 2 3 4 5 6 7
N 3	Mauvais contact.	1 2 3 4 5 6 7
N 4	Repli social passif/apathique.	1 2 3 4 5 6 7
N 5	Difficultés d'abstraction.	1 2 3 4 5 6 7

N 6	Absence de spontanéité et de fluidité dans la conversation.	1 2 3 4 5 6 7
N 7	Pensée stéréotypée.	1 2 3 4 5 6 7

Echelle psychopathologique générale

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

**Auto-évaluation des Symptômes Négatifs
(SNS, S. Dollfus et C. Mach, V1_2014)**

Pour chaque affirmation, indiquer ce qui correspond le mieux à votre état actuel (en vous basant sur la semaine écoulée) en plaçant une croix dans la case correspondante.

	Complètement D'accord	Un peu d'accord	Pas du tout d'accord
1. Je préfère être seul(e) dans mon coin			
2. Je suis mieux quand je suis seul(e) car je me sens mal à l'aise avec une personne proche			
3. Sortir avec les copains ou la famille, cela ne me dit rien			
4. Je ne cherche pas particulièrement à contacter et rencontrer des ami(e)s (courriels, téléphone, ou SMS etc...)			
5. On me dit que je parais ni triste ni gai(e) et que je ne me mets pas souvent en colère			
6. Il y a plein de choses gaies ou tristes dans la vie, mais je ne me sens pas concerné(e)			
7. Regarder un film triste ou gai, lire ou écouter une histoire triste ou gaie ne me donne pas spécialement envie de pleurer ou de rire			
8. Il est difficile pour une personne de connaître mes émotions			
9. Je n'ai pas autant à raconter que la plupart des gens			
10. Parler me demande 10 fois plus d'efforts que la majorité des gens			
11. On me fait souvent remarquer que je parle peu			
12. Avec les amis et les proches, j'ai envie de dire des choses mais ça ne sort pas			
13. Il m'est difficile d'accomplir les objectifs que je me suis fixés			
14. C'est dur de rester très régulier(e) dans les activités de tous les jours			
15. Il y a beaucoup de choses que je ne fais pas par manque de motivation ou d'envie			
16. Je sais qu'il faut que je fasse des choses (me lever ou me laver par exemple), mais je n'ai pas l'énergie			
17. Je ne ressens pas spécialement de plaisir à discuter avec les autres			
18. J'ai du mal à éprouver un certain plaisir même au cours des activités que je choisis			
19. Lorsque je m'imagine faire telle ou telle activité, cela ne me donne pas spécialement de plaisir			
20. Le sexe, je n'en vois pas l'intérêt			

Annexe 5

Mini Mental State Examination (MMSE)

Orientation

/ 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.

Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? _____

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| 1. En quelle année sommes-nous ? | <input type="checkbox"/> |
| 2. En quelle saison ? | <input type="checkbox"/> |
| 3. En quel mois ? | <input type="checkbox"/> |
| 4. Quel jour du mois ? | <input type="checkbox"/> |
| 5. Quel jour de la semaine ? | <input type="checkbox"/> |

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

- | | |
|--|--------------------------|
| 6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?* | <input type="checkbox"/> |
| 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? | <input type="checkbox"/> |
| 8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?** | <input type="checkbox"/> |
| 9. Dans quelle province ou région est située ce département ? | <input type="checkbox"/> |
| 10. A quel étage sommes-nous ? | <input type="checkbox"/> |

Apprentissage

/ 3

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

- | | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|--------------------------|
| 11. Cigare | | Citron | | Fauteuil | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur | ou | Clé | ou | Tulipe | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard | <input type="checkbox"/> |

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul

/ 5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

- | | | |
|-----|----|--------------------------|
| 14. | 93 | <input type="checkbox"/> |
| 15. | 86 | <input type="checkbox"/> |
| 16. | 79 | <input type="checkbox"/> |
| 17. | 72 | <input type="checkbox"/> |
| 18. | 65 | <input type="checkbox"/> |

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :

Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?**

Rappel

/ 3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- | | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|--------------------------|
| 11. Cigare | | Citron | | Fauteuil | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur | ou | Clé | ou | Tulipe | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard | <input type="checkbox"/> |

Langage

/ 8

Montrer un crayon.

22. Quel est le nom de cet objet ?*

Montrer votre montre.

23. Quel est le nom de cet objet ?**

24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »***

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

- | | |
|--|--------------------------|
| 25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite, | <input type="checkbox"/> |
| 26. Pliez-la en deux, | <input type="checkbox"/> |
| 27. Et jetez-la par terre. »**** | <input type="checkbox"/> |

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

28. « Faites ce qui est écrit. »

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »*****

Praxies constructives

/ 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »

Annexe 6 : MINI (mini international neuropsychiatric interview)

➔: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

A1	Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?	NON	OUI	1
A2	Au cours des deux dernières semaines, aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ?	NON	OUI	2
	A1 OU A2 SONT-ELLES COTEES OUI ?	➔ NON	OUI	
A3	Au cours de ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses :			
a	Votre appétit a-t-il notablement changé, <u>ou</u> avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? (variation au cours du mois de $\pm 5\%$, c. à d. $\pm 3,5$ kg / ± 8 lbs., pour une personne de 65 kg / 120 lbs.) <small>COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE</small>	NON	OUI	3
b	Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop) ?	NON	OUI	4
c	Parliez-vous ou vous déplaçiez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e), et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ?	NON	OUI	5
d	Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	6
e	Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	7
f	Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	8
g	Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?	NON	OUI	9
A4	Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A3 ? (ou 4 si A1 <u>OU</u> A2 EST COTEE NON) SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL :	NON OUI EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL		
A5a	Au cours de votre vie, avez-vous eu d'autres périodes de deux semaines ou plus durant lesquelles vous vous sentiez déprimé(e) ou sans intérêt pour la plupart des choses et où vous aviez les problèmes dont nous venons de parler ?	➔ NON	OUI	10
b	Cette fois ci, avant de vous sentir déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses, vous sentiez-vous bien depuis au moins deux mois ?	NON	OUI	11
	A5b EST-ELLE COTEE OUI ?	NON OUI EPISODE DEPRESSIF MAJEUR PASSE		

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

A'. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR AVEC CARACTERISTIQUES MELANCOLIQUES (option)

SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL (A4 = OUI), EXPLORER CI-DESSOUS :

A6 a	A2 EST-ELLE COTEE OUI ?	NON	OUI	12
b	Au cours de cette dernière période, lorsque vous vous sentiez le plus mal, aviez-vous perdu la capacité à réagir aux choses qui vous plaisaient ou qui vous rendaient joyeux(se) auparavant ?	NON	OUI	13
Si NON : Lorsque quelque chose d'agréable survenait, étiez-vous incapable de vous en réjouir, même temporairement ?				
A6a OUI	A6b SONT-ELLES COTEES OUI	→ NON	OUI	

Au cours des deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) et sans intérêt pour la plupart des choses :

A7 a	Les sentiments dépressifs que vous ressentiez étaient-ils différents de ceux que l'on peut ressentir lorsque l'on perd un être cher ?	NON	OUI	14
b	Vous sentiez-vous, en général, plus mal le matin que plus tard dans la journée ?	NON	OUI	15
c	Vous réveilliez-vous au moins deux heures trop tôt, en ayant des difficultés à vous rendormir, presque tous les jours ?	NON	OUI	16
d	A3c EST-ELLE COTEE OUI ?	NON	OUI	17
e	A3a EST-ELLE COTEE OUI (ANOREXIE OU PERTE DE POIDS) ?	NON	OUI	18
f	Vous sentiez-vous excessivement coupable ou ressentiez-vous une culpabilité qui était hors de proportion avec ce que vous viviez ?	NON	OUI	19

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A7 ?

NON OUI
EPISODE DEPRESSIF MAJEUR avec Caractéristiques Melancoliques ACTUEL

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

C. RISQUE SUICIDAIRE

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

Au cours de votre vie,

C6	Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?	NON	OUI	6
----	--	-----	-----	---

Y A-T-IL AU MOINS UN OUI CI-DESSUS

NON OUI
RISQUE SUICIDAIRE ACTUEL
LEGER
MOYEN
ELEVE

SI OUI, SPECIFIER LE NIVEAU DU RISQUE SUICIDAIRE COMME CI-DESSOUS :

C1 ou C2 ou C6 = OUI : LEGER
C3 ou (C2 + C6) = OUI : MOYEN
C4 ou C5 ou (C3 + C6) = OUI : ELEVE

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

B. DYSTHYMIE

NE PAS EXPLORER CE MODULE SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL

B1	Au cours des deux dernières années, vous êtes-vous senti(e) triste, cafard(eux(se), déprimé(e), la plupart du temps ?	→ NON	OUI	20
B2	Durant cette période, vous est-il arrivé de vous sentir bien pendant plus de deux mois ?	NON	→ OUI	21
B3	Depuis que vous vous sentez déprimé(e) la plupart du temps :			
a	Votre appétit a-t-il notablement changé ?	NON	OUI	22
b	Avez-vous des problèmes de sommeil ou dormez-vous trop ?	NON	OUI	23
c	Vous sentez-vous fatigué(e) ou manquez-vous d'énergie ?	NON	OUI	24
d	Avez-vous perdu confiance en vous-même ?	NON	OUI	25
e	Avez-vous du mal à vous concentrer, ou des difficultés à prendre des décisions ?	NON	OUI	26
f	Vous arrive-t-il de perdre espoir ?	NON	OUI	27
Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN B3 ?				
B4	Ces problèmes entraînent-ils chez vous une souffrance importante ou bien vous gênent-ils de manière significative dans votre travail, dans vos relations avec les autres ou dans d'autres domaines importants pour vous ?	→ NON	OUI	28

B4 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI
DYSTHYMIE ACTUEL

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

D. EPISODE (HYPO-)MANIAQUE

D1 a	Avez-vous déjà eu une période où vous vous sentiez tellement exalté(e) ou plein(e) d'énergie que cela vous a posé des problèmes, ou que des personnes de votre entourage ont pensé que vous n'étiez pas dans votre état habituel ? NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL. SI LE PATIENT NE COMPREND PAS LE SENS D'EXALTE OU PLEIN D'ENERGIE, EXPLIQUER COMME SUIV : Par exalté ou plein d'énergie, je veux dire être excessivement actif, excité, extrêmement motivé ou créatif ou extrêmement impulsif.	NON	OUI	1
SI OUI				
b	Vous sentez-vous, en ce moment, exalté(e) ou plein(e) d'énergie ?	NON	OUI	2
D2 a	Avez-vous déjà eu une période où vous étiez tellement irritable que vous en arriviez à insulter les gens, à hurler, voire même à vous battre avec des personnes extérieures à votre famille ? NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL.	NON	OUI	3
SI OUI				
b	Vous sentez-vous excessivement irritable, en ce moment ?	NON	OUI	4
D1a OUI D2a SONT-ELLES COTEES OUI ?				
		NON	→ OUI	

D3 Si D1b ou D2b = OUI : EXPLORER SEULEMENT L'EPISODE ACTUEL
SI D1b ET D2b = NON : EXPLORER L'EPISODE LE PLUS GRAVE

Lorsque vous vous sentiez exalté(e), plein d'énergie / irritable :

a	Aviez-vous le sentiment que vous auriez pu faire des choses dont les autres seraient incapables, ou que vous étiez quelqu'un de particulièrement important ?	NON	OUI	5
b	Aviez-vous moins besoin de sommeil que d'habitude (vous sentiez-vous reposé(e) après seulement quelques heures de sommeil) ?	NON	OUI	6
c	Parliez-vous sans arrêt ou si vite que les gens avaient du mal à vous comprendre ?	NON	OUI	7
d	Vos pensées défilaient-elles si vite dans votre tête que vous ne pouviez pas bien les suivre ?	NON	OUI	8
e	Etiez-vous si facilement distrait(e) que la moindre interruption vous faisait perdre le fil de ce que vous faisiez ou pensiez ?	NON	OUI	9
f	Etiez-vous tellement actif(ve), ou aviez-vous une telle activité physique, que les autres s'inquiétaient pour vous ?	NON	OUI	10

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

g Avez-vous tellement envie de faire des choses qui vous paraissent agréables ou tentantes que vous aviez tendance à en oublier les risques ou les difficultés qu'elles auraient pu entraîner (faire des achats inconsidérés, conduire imprudemment, avoir une activité sexuelle inhabituelle) ? NON OUI 11

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN D3 OU 4 si D1a = NON (EPISODE PASSE) OU D1b = NON (EPISODE ACTUEL) ? → NON OUI

D4 Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils déjà persisté pendant au moins une semaine et ont-ils entraîné des difficultés à la maison, au travail/à l'école ou dans vos relations avec les autres ou avez-vous été hospitalisé(e) à cause de ces problèmes ? COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE NON OUI 12

D4 EST-ELLE COTEE NON ?

NON	OUI
<i>EPISODE HYPOMANIAQUE</i>	
ACTUEL	•
PASSE	•

SI OUI, SPECIFIER SI L'EPISODE EXPLORE EST ACTUEL OU PASSE

D4 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON	OUI
<i>EPISODE MANIAQUE</i>	
ACTUEL	•
PASSE	•

SI OUI, SPECIFIER SI L'EPISODE EXPLORE EST ACTUEL OU PASSE

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

F. AGORAPHOBIE

F1 Etes-vous anxieux(se) ou particulièrement mal à l'aise dans des endroits ou dans des situations dont il est difficile ou gênant de s'échapper ou bien où il serait difficile d'avoir une aide si vous paniquez, comme être dans une foule, dans une file d'attente (une queue), être loin de votre domicile ou seul à la maison, être sur un pont, dans les transports en commun ou en voiture ? NON OUI 19

SI F1 = NON, ENTOURER NON EN F2

F2 Redoutez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitez ou bien êtes-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous les affrontez seul(e) ou bien encore essayez-vous d'être accompagné(e) lorsque vous devez les affronter ? NON OUI 20

F2 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE NON

et E6 (TROUBLE PANIQUE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI ?

NON	OUI
<i>TROUBLE PANIQUE sans Agoraphobie ACTUEL</i>	

F2 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI

et E6 (TROUBLE PANIQUE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI ?

NON	OUI
<i>TROUBLE PANIQUE avec Agoraphobie ACTUEL</i>	

F2 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI

et E5 (TROUBLE PANIQUE VIE ENTIERE) EST-ELLE COTEE NON ?

NON	OUI
<i>AGORAPHOBIE sans antécédents de Trouble Panique ACTUEL</i>	

#1-NI- 5-0-0 French version / DSM-IV / current (August 1998)

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

E. TROUBLE PANIQUE

E1 Avez-vous déjà eu à plusieurs reprises des crises ou des attaques durant lesquelles vous vous êtes senti(e) subitement très anxieux(se), très mal à l'aise ou effrayé(e) même dans des situations où la plupart des gens ne le seraient pas ? Ces crises atteignent-elles leur paroxysme en moins de 10 minutes ? NE COTER OUI QUE SI LES ATTAQUES ATTEIGNENT LEUR PAROXYSMES EN MOINS DE 10 MINUTES NON OUI 1

SI E1 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1

E2 Certaines de ces crises, même il y a longtemps, ont-elles été imprévisibles, ou sont-elles survenues sans que rien ne les provoque ? NON OUI 2

SI E2 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1

E3 A la suite de l'une ou plusieurs de ces crises, avez-vous déjà eu une période d'au moins un mois durant laquelle vous redoutiez d'avoir d'autres crises ou étiez préoccupé(e) par leurs conséquences possibles ? NON OUI 3

SI E3 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1

E4 **Au cours de la crise où vous vous êtes senti(e) le plus mal :**

a Avez-vous des palpitations ou votre cœur battait-il très fort ? NON OUI 4

b Transpiriez-vous ou aviez-vous les mains moites ? NON OUI 5

c Avez-vous des tremblements ou des secousses musculaires ? NON OUI 6

d Avez-vous du mal à respirer ou l'impression d'étouffer ? NON OUI 7

e Avez-vous l'impression de suffoquer ou d'avoir une boule dans la gorge ? NON OUI 8

f Ressentiez-vous une douleur ou une gêne au niveau du thorax ? NON OUI 9

g Avez-vous la nausée, une gêne au niveau de l'estomac ou une diarrhée soudaine ? NON OUI 10

h Vous sentiez-vous étourdi(e), pris(e) de vertiges, ou sur le point de vous évanouir ? NON OUI 11

i Avez-vous l'impression que les choses qui vous entouraient étaient étranges ou irréelles ou vous sentiez-vous comme détaché(e) de tout ou d'une partie de votre corps ? NON OUI 12

j Avez-vous peur de perdre le contrôle ou de devenir fou (folle) ? NON OUI 13

k Avez-vous peur de mourir ? NON OUI 14

l Avez-vous des engourdissements ou des picotements ? NON OUI 15

m Avez-vous des bouffées de chaleur ou des frissons ? NON OUI 16

E5 Y A-T-IL AU MOINS 4 OUI EN E4 ? NON OUI 17

SI E5 = NON, PASSER A E7

E6 Au cours du mois écoulé, avez-vous eu de telles crises à plusieurs reprises (au moins 2 fois) en ayant constamment peur d'en avoir une autre ? NON OUI 17

SI E6 = OUI, PASSER A F1

E7 Y A-T-IL 1, 2 OU 3 OUI EN E4 ? NON OUI 18

Attaques Paucisymptomatiques vie entière

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

G. PHOBIE SOCIALE

G1 Au cours du mois écoulé, avez-vous redouté ou avez-vous été gêné d'être le centre de l'attention ou avez-vous eu peur d'être humilié(e) dans certaines situations sociales comme par exemple lorsque vous deviez prendre la parole devant un groupe de gens, manger avec des gens ou manger en public, ou bien encore écrire lorsque l'on vous regardait ? → NON OUI 1

G2 Pensez-vous que cette peur est excessive ou déraisonnable ? → NON OUI 2

G3 Redoutez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitez ou êtes-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous devez les affronter ? → NON OUI 3

G4 Cette peur entraîne-t-elle chez vous une souffrance importante ou vous gêne-t-elle vraiment dans votre travail ou dans vos relations avec les autres ? NON OUI 4

G4 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON	OUI
<i>PHOBIE SOCIALE ACTUEL</i>	

#1-NI- 5-0-0 French version / DSM-IV / current (August 1998)

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

H1	Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent eu des pensées ou des pulsions déplaisantes, inappropriées ou angoissantes qui revenaient sans cesse alors que vous ne le souhaitiez pas, comme par exemple penser que vous étiez sale ou que vous aviez des microbes, ou que vous alliez frapper quelqu'un malgré vous, ou agir impulsivement ou bien encore éteindre-vous envahie(e) par des obsessions à caractère sexuel, des doutes irrépressibles ou un besoin de mettre les choses dans un certain ordre ?	NON	OUI	1
NE PAS PRENDRE EN COMPTE DES PRÉOCCUPATIONS EXCESSIVES CONCERNANT LES PROBLÈMES DE LA VIE QUOTIDIENNE NI LES OBSESSIONS LIÉES À UN TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE, À DES DÉVIATIONS SEXUELLES, AU JEU PATHOLOGIQUE, OU À UN ABUS DE DROGUE OU D'ALCOOL PARCE QUE LE PATIENT PEUT EN TIRER UN CERTAIN PLAISIR ET VOULOIR Y RÉSISTER SEULEMENT À CAUSE DE LEURS CONSÉQUENCES NÉGATIVES				
SI H1 = NON, PASSER A H4				
H2	Avez-vous essayé, mais sans succès, de résister à certaines de ces idées, de les ignorer ou de vous en débarrasser ?	NON	OUI	2
SI H2 = NON, PASSER A H4				
H3	Pensez-vous que ces idées qui reviennent sans cesse sont le produit de vos propres pensées et qu'elles ne vous sont pas imposées de l'extérieur ?	NON	OUI	3
H4	Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent éprouvé le besoin de faire certaines choses sans cesse, sans pouvoir vous en empêcher, comme vous laver les mains, compter, vérifier des choses, ranger, collectionner, ou accomplir des rituels religieux ?	NON	OUI	4
→ H3 OUI H4 SONT-ELLES COTEES OUI ?				
		NON	OUI	
H5	Pensez-vous que ces idées envahissantes et/ou ces comportements répétitifs sont déraisonnables, absurdes, ou hors de proportion ?	NON	OUI	5
H6	Ces pensées ou ces pulsions envahissantes et/ou ces comportements répétitifs vous gênent-ils(elles) vraiment dans vos activités quotidiennes, votre travail, ou dans vos relations avec les autres, ou vous prennent-ils (elles) plus d'une heure par jour ?	NON	OUI	6
H6 EST-ELLE COTEE OUI ?				
		NON	OUI	
TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF ACTUEL				

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

J. DEPENDANCE ALCOOLIQUE / ABUS D'ALCOOL

J1	Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé à plus de trois reprises de boire, en moins de trois heures, plus que l'équivalent d'une bouteille de vin (ou de 3 verres d'alcool fort) ?	NON	OUI	1
J2	Au cours des 12 derniers mois :			
a	Avez-vous besoin de plus grandes quantités d'alcool pour obtenir le même effet qu'auparavant ?	NON	OUI	2
b	Lorsque vous buviez moins, vos mains tremblaient-elles, transpiriez-vous ou vous sentiez-vous agité(e) ? Ou, vous arrivait-il de prendre un verre pour éviter d'avoir ces problèmes ou pour éviter d'avoir la « gueule de bois » ? COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE	NON	OUI	3
c	Lorsque vous buviez, vous arrivait-il souvent de boire plus que vous n'en aviez l'intention au départ ?	NON	OUI	4
d	Avez-vous essayé, sans pouvoir y arriver, de réduire votre consommation ou de ne plus boire ?	NON	OUI	5
e	Les jours où vous buviez, passiez-vous beaucoup de temps à vous procurer de l'alcool, à boire ou à vous remettre des effets de l'alcool ?	NON	OUI	6
f	Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres parce que vous buviez ?	NON	OUI	7
g	Avez-vous continué à boire tout en sachant que cela entraînait chez vous des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques ?	NON	OUI	8
Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN J2 ?				
		NON	OUI	
DEPENDANCE ALCOOLIQUE ACTUEL				
→				
LE PATIENT PRESENTE-T-IL UNE DEPENDANCE ALCOOLIQUE ?				
		NON	OUI	
J3	Au cours des 12 derniers mois :			
a	Avez-vous été à plusieurs reprises ivre ou avec la « gueule de bois » alors que vous aviez des choses à faire au travail (à l'école) ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes ? NE COTER OUI QUE SI CELA A CAUSE DES PROBLEMES	NON	OUI	9

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

I. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (option)

I1	Avez-vous déjà vécu, ou été le témoin ou eu à faire face à un événement extrêmement traumatique, au cours duquel des personnes sont mortes ou vous-même et/ou d'autres personnes ont été menacées de mort ou ont été grièvement blessées ou ont été atteintes dans leur intégrité physique ? EX DE CONTEXTES TRAUMATIQUES : ACCIDENT GRAVE, AGRESSION, VIOL, ATTENTAT, PRISE D'OTAGES, KIDNAPPING, INCENDIE, DECOUVERTE DE CADAVRE, MORT SUBITE DANS L'ENTOURAGE, GUERRE, CATASTROPHE NATURELLE...	NON	OUI	1
I2	Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent pensé de façon pénible à cet événement, en avez-vous rêvé, ou avez-vous eu fréquemment l'impression de le revivre ?	NON	OUI	2
I3	Au cours du mois écoulé :			
a	Avez-vous essayé de ne plus penser à cet événement ou avez-vous évité tout ce qui pouvait vous le rappeler ?	NON	OUI	3
b	Avez-vous du mal à vous souvenir exactement de ce qu'il s'est passé ?	NON	OUI	4
c	Avez-vous perdu l'intérêt pour les choses qui vous plaisaient auparavant ?	NON	OUI	5
d	Vous sentiez-vous détaché(e) de tout ou aviez-vous l'impression d'être devenu(e) un (une) étranger(ère) vis à vis des autres ?	NON	OUI	6
e	Avez-vous des difficultés à ressentir les choses, comme si vous n'étiez plus capable d'aimer ?	NON	OUI	7
f	Avez-vous l'impression que votre vie ne serait plus jamais la même, que vous n'envisageriez plus l'avenir de la même manière ?	NON	OUI	8
→ Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN I3 ?				
		NON	OUI	
I4	Au cours du mois écoulé :			
a	Avez-vous des difficultés à dormir ?	NON	OUI	9
b	Etiez-vous particulièrement irritable, vous mettiez-vous facilement en colère ?	NON	OUI	10
c	Avez-vous des difficultés à vous concentrer ?	NON	OUI	11
d	Etiez-vous nerveux(se), constamment sur vos gardes ?	NON	OUI	12
e	Un rien vous faisait-il sursauter ?	NON	OUI	13
→ Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN I4 ?				
		NON	OUI	
I5	Au cours du mois écoulé, ces problèmes vous ont-ils vraiment gêné dans votre travail, vos activités quotidiennes ou dans vos relations avec les autres ?	NON	OUI	14
I5 EST-ELLE COTEE OUI ?				
		NON	OUI	
ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ACTUEL				

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

b	Vous est-il arrivé d'être sous l'effet de l'alcool dans une situation où cela était physiquement risqué comme conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux, faire du bateau, etc. ?	NON	OUI	10
c	Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous aviez bu comme une interpellation ou une condamnation ?	NON	OUI	11
d	Avez-vous continué à boire tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre famille ou votre entourage ?	NON	OUI	12
Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN J3 ?				
		NON	OUI	
ABUS D'ALCOOL ACTUEL				

➔: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

K. TROUBLES LIES A UNE SUBSTANCE (NON ALCOOLIQUE)

K1 Maintenant je vais vous montrer / vous lire (MONTRER LA CARTE DES SUBSTANCES / LIRE LA LISTE CI-DESSOUS), une liste de drogues et de médicaments et vous allez me dire si au cours des 12 derniers mois, il vous est arrivé à plusieurs reprises de prendre l'un de ces produits dans le but de planer, de changer votre humeur ou de vous « défoncer » ?

➔
NON OUI

ENTOUREZ CHAQUE PRODUIT CONSOMME :

- Stimulants : amphétamines, « speed », Ritaline, pilules coupe-faim.
- Cocaïne : cocaïne, « coke », crack, « speedball ».
- Opiacés : héroïne, morphine, opium, méthadone, codéine, mépéridine, fentanyl.
- Hallucinogènes : L.S.D., « acide », mescaline, PCP, « angel dust », « champignons », ecstasy.
- Solvants volatiles : « colle », éther.
- Cannabinoïdes : haschisch, « hasch », THC, cannabis, « herbe », « shit ».
- Sédatifs : Valium, Xanax, Témesta, Halcion, Lexomil, secobarbital, « barbis ».
- Divers : Anabolisants, Stéroïdes, « poppers ». Prenez-vous d'autres substances ?

SPECIFIER LA (OU LES) SUBSTANCE(S) LES PLUS CONSOMMEE(S) : _____

SPECIFIER CE QUI SERA EXPLORÉ CI DESSOUS :

- SI CONSOMMATION DE PLUSIEURS SUBSTANCES (EN MEME TEMPS OU SEQUENTIELLEMENT) :
 - CHAQUE SUBSTANCE OU CLASSE DE SUBSTANCES SEPARÉMENT
 - UNIQUEMENT LA SUBSTANCE (OU CLASSE DE SUBSTANCES) LA PLUS CONSOMMÉE
- SI SEULEMENT UNE SUBSTANCE (OU CLASSE DE SUBSTANCES) CONSOMMÉE :
 - UNIQUEMENT UNE SUBSTANCE (OU CLASSE DE SUBSTANCES)

K2 **En considérant votre consommation de [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SÉLECTIONNÉE], au cours des 12 derniers mois :**

a Avez-vous constaté que vous deviez en prendre de plus grandes quantités pour obtenir le même effet qu'auparavant ?

NON OUI 1

b Lorsque vous en preniez moins, ou arrêtez d'en prendre, aviez-vous des symptômes de sevrage (douleurs, tremblements, fièvre, faiblesse, diarrhée, nausée, transpiration, accélération du cœur, difficultés à dormir, ou se sentir agité(e), anxieux(se), irritable ou déprimé(e)) ?
Ou vous arrivait-il de prendre autre chose pour éviter d'être malade (SYMPTOMES DE SEVRAGE) ou pour vous sentir mieux ?
COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE

NON OUI 2

c Vous arrivait-il souvent lorsque vous commenciez à en prendre, d'en prendre plus que vous n'en aviez l'intention ?



→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

d Avez-vous essayé, sans y arriver de réduire votre consommation ou d'arrêter d'en prendre ? NON OUI 4

e Les jours où vous en prenez, passez-vous beaucoup de temps (> 2 heures) à essayer de vous en procurer, à en consommer, à vous remettre de ses (leurs) effets, ou à y penser ? NON OUI 5

f Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres parce que vous vous droguiez ? NON OUI 6

g Avez-vous continué à prendre [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SÉLECTIONNÉE] tout en sachant que cela entraînait chez vous des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques ? NON OUI 7

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN K2 ? **NON OUI**
DEPENDANCE à une (des) SUBSTANCES(S) ACTUEL

LE PATIENT PRÉSENTE-T-IL UNE DÉPENDANCE POUR LA(LES) SUBSTANCES(S) CONSOMMÉES(S) ? NON OUI

K3 Au cours des 12 derniers mois :

a Avez-vous été à plusieurs reprises intoxiqué(e) par [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SÉLECTIONNÉE] ou « défoncé(e) » alors que vous aviez des choses à faire au travail (à l'école) ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes ? NE COTER OUI QUE SI CELA A CAUSÉ DES PROBLÈMES NON OUI 8

b Vous est-il arrivé d'être sous l'effet [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SÉLECTIONNÉE] dans une situation où cela était physiquement risqué comme conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux, faire du bateau, etc. ? NON OUI 9

c Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous aviez pris [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SÉLECTIONNÉE] comme une interpellation ou une condamnation ? NON OUI 10

d Avez-vous continué à prendre [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SÉLECTIONNÉE] tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre famille ou votre entourage ? NON OUI 11

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN K3 ? **NON OUI**
ABUS DE SUBSTANCE(S) ACTUEL

SPÉCIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) :

L7a Vous est-il déjà arrivé alors que vous étiez éveillé(e), d'avoir des visions ou de voir des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas voir ? COTER OUI SI CES VISIONS SONT CULTURELLEMENT INAPPROPRIÉES. NON OUI 13

b Si OUI : Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ? NON OUI 14

OBSERVATION DE L'INTERVIEWER :

L8 b ACTUELLEMENT, LE PATIENT PRÉSENTE-T-IL UN DISCOURS CLAIREMENT INCOHÉRENT OU DESORGANISÉ, OU UNE PIERTE NETTE DES ASSOCIATIONS ? NON OUI 15

L9 b ACTUELLEMENT, LE PATIENT PRÉSENTE-T-IL UN COMPORTEMENT NETTEMENT DESORGANISÉ OU CATATONIQUE ? NON OUI 16

L10b DES SYMPTÔMES NÉGATIFS TYPIQUEMENT SCHIZOPHRENIQUES (AFFECT ABRASÉ, PAUVRETE DE DISCOURS / ALOGIE, MANQUE D'ÉNERGIE OU D'INTÉRÊT POUR DÉBUTER OU MENER À BIEN DES ACTIVITÉS / AVOLITION) SONT-ILS AU PREMIER PLAN AU COURS DE L'ENTRETIEN ? NON OUI 17

L11 DE L1 à L10, Y A-T-IL AU MOINS **NON OUI**
UNE QUESTION « b » COTÉE OUI BIZARRE
OU **DEUX QUESTIONS « b » COTÉES OUI (NON BIZARRE) ?**
SYNDROME PSYCHOTIQUE ACTUEL

L12 DE L1 à L7, Y A-T-IL AU MOINS **NON OUI**
UNE QUESTION « a » COTÉE OUI BIZARRE
OU **DEUX QUESTIONS « a » COTÉES OUI (NON BIZARRE) ?**
(VÉRIFIER QUE LES 2 SYMPTÔMES SONT SURVENUS EN MÊME TEMPS)
OU **L11 EST-ELLE COTÉE OUI ?**
SYNDROME PSYCHOTIQUE VIE ÉNTIÈRE

L13a Si L11 est cotée OUI ou s'il y a au moins un OUI de L1 à L7 :
LE PATIENT PRÉSENTE-T-IL UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR (ACTUEL OU PASSÉ) OU UN ÉPISODE MANIAQUE (ACTUEL OU PASSÉ) ? → NON OUI

b Si L13a est cotée OUI :
Vous m'avez dit tout à l'heure avoir présenté une (des) période(s) où vous vous sentiez déprimé(e) / exalté(e) / particulièrement irritable. Les idées ou impressions dont nous venons de parler telles que (CITER LES SYMPTÔMES COTÉS OUI DE L1 à L7) sont-elles survenues uniquement pendant cette (ces) période(s) où vous étiez déprimé(e) / exalté(e) / irritable ? NON OUI 18

L13b EST-ELLE COTÉE OUI ? **NON OUI**
TROUBLE DE L'HUMEUR AVEC CARACTÉRISTIQUES PSYCHOTIQUES ACTUEL

L. TROUBLES PSYCHOTIQUES

POUR TOUTES LES QUESTIONS DE CE MODULE, EN CAS DE RÉPONSE POSITIVE DEMANDER UN EXEMPLE. NE COTER OUI QUE SI LES EXEMPLES MONTRENT CLAIREMENT UNE DISTORSION DE LA PENSÉE ET / OU DE LA PERCEPTION OU S'ILS SONT CULTURELLEMENT INAPPROPRIÉS. AVANT DE COTER, ÉVALUER LE CARACTÈRE « BIZARRE » DES RÉPONSES.

IDÉES DÉLIIRANTES BIZARRES : LE CONTENU EST MANIFESTEMENT ABSURDE, INVRAISemblable, ET NE PEUT ÊTRE BASÉ SUR DES EXPÉRIENCES HABITUELLES DE LA VIE.

HALLUCINATIONs BIZARRES : VOIX QUI FONT DES COMMENTAIRES SUR LES PENSÉES OU LES ACTES DU PATIENT OU PLUSIEURS VOIX QUI PARLENT ENTRE ELLES.

A présent, je vais vous poser des questions sur des expériences un peu inhabituelles ou bizarres qui peuvent survenir chez certaines personnes.

L1a Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un vous espionnait, ou complotait contre vous, ou bien encore que l'on essayait de vous faire du mal ? NON OUI **BIZARRE** OUI 1

b Si OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ? NON OUI **→ L6a** OUI 2

L2a Avez-vous déjà eu l'impression que l'on pouvait lire ou entendre vos pensées ou que vous pouviez lire ou entendre les pensées des autres ? NON OUI 3

b Si OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ? NON OUI **→ L6a** OUI 4

L3a Avez-vous déjà cru que quelqu'un ou que quelque chose d'extérieur à vous introduisait dans votre tête des pensées étranges qui n'étaient pas les vôtres ou vous faisait agir d'une façon inhabituelle pour vous ? Avez-vous déjà eu l'impression d'être possédé ? NON OUI 5

b Si OUI : Actuellement, croyez-vous cela ? NON OUI **→ L6a** OUI 6

L4a Avez-vous déjà eu l'impression que l'on s'adressait directement à vous à travers la télévision ou la radio ou que certaines personnes que vous ne connaissez pas personnellement s'intéressaient particulièrement à vous ? NON OUI OUI 7

b Si OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ? NON OUI **→ L6a** OUI 8

L5a Avez-vous déjà eu des idées que vos proches considéraient comme étranges ou hors de la réalité, et qu'ils ne partageaient pas avec vous ? NE COTER OUI QUE SI LE PATIENT PRÉSENTE CLAIREMENT DES IDÉES DÉLIIRANTES HYPOCHONDRIQUES OU DE POSSESSION, DE CULPABILITÉ, DE RUINE, DE GRANDEUR OU D'AUTRES NON EXPLORÉES PAR LES QUESTIONS L1 à L4 NON OUI OUI 9

b Si OUI : Actuellement, considèrent-ils vos idées comme étranges ? NON OUI OUI 10

L6a Vous est-il déjà arrivé d'entendre des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas entendre, comme des voix ? COTER OUI « BIZARRE » UNiquement SI LE PATIENT RÉPOND OUI À LA QUESTION : Ces voix commentaient-elles vos pensées ou vos actes ou entendiez-vous deux ou plusieurs voix parler entre elles ? NON OUI OUI 11

b Si OUI : Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ? NON OUI **→ L8b** OUI 12

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

M. ANOREXIE MENTALE

M1 a Combien mesurez-vous ? [] [] [] [] cm

b Au cours des 3 derniers mois, quel est a été votre poids le plus faible ? [] [] [] [] kg

c LE POIDS DU PATIENT EST-IL INFÉRIEUR AU SEUIL CRITIQUE INDIQUÉ POUR SA TAILLE ? VOIR TABLEAU DE CORRESPONDANCE EN BAS DE PAGE → NON OUI 1

Au cours des trois derniers mois :

M2 Avez-vous refusé de prendre du poids, malgré le fait que vous pesiez peu ? → NON OUI 2

M3 Aviez-vous peur de prendre du poids ou redoutiez-vous de devenir trop gros(se) ? → NON OUI 3

M4a Vous trouviez-vous encore trop gros(se), ou pensiez-vous qu'une partie de votre corps était trop grosse ? NON OUI 4

b L'opinion ou l'estime que vous aviez de vous-même étaient-elles largement influencées par votre poids ou vos formes corporelles ? NON OUI 5

c Pensiez-vous que ce poids était normal, voire excessif ? NON OUI 6

M5 Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN M4 ? → NON OUI

M6 POUR LES FEMMES SEULEMENT : Ces trois derniers mois, avez-vous eu un arrêt de vos règles alors que vous auriez dû les avoir (en l'absence d'une éventuelle grossesse) ? → NON OUI 7

POUR LES FEMMES : M5 ET M6 SONT-ELLES COTÉES OUI ?
POUR LES HOMMES : M5 EST-ELLE COTÉE OUI ? **NON OUI**
ANOREXIE MENTALE ACTUEL

TABLEAU DE CORRESPONDANCE TAILLE - SEUIL DE POIDS CRITIQUE (SANS CHAUSSURE, SANS VÊTEMENT)

TAILLE (cm)	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
Femmes	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57
Hommes	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61

(15% DE RÉDUCTION PAR RAPPORT AU POIDS NORMAL)

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

N. BOULIMIE

N1	Au cours de ces trois derniers mois, vous est-il arrivé d'avoir des crises de boulimie durant lesquelles vous mangiez de très grandes quantités de nourriture dans une période de temps limitée, c'est à dire en moins de 2 heures ?	→ NON OUI	8
N2	Avez-vous eu de telles crises de boulimie au moins deux fois par semaine au cours de ces 3 derniers mois ?	→ NON OUI	9
N3	Durant ces crises de boulimie, avez-vous l'impression de ne pas pouvoir vous arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler la quantité de nourriture que vous prenez ?	→ NON OUI	10
N4	De façon à éviter une prise de poids après ces crises de boulimie, faites-vous certaines choses comme vous faire vomir, vous astreindre à des régimes draconiens, pratiquer des exercices physiques importants, ou prendre des laxatifs, des diurétiques, ou des coupe-faim ?	→ NON OUI	11
N5	L'opinion ou l'estime que vous avez de vous-même sont-elles largement influencées par votre poids ou vos formes corporelles ?	→ NON OUI	12
N6	LE PATIENT PRESENTE-T-IL UNE ANOREXIE MENTALE ? SI N6 = NON, PASSER A N8	NON OUI	13
N7	Ces crises de boulimie surviennent-elles toujours lorsque votre poids est en dessous de ____ kg* ? * REPREDRE LE POIDS CRITIQUE DU PATIENT DANS LA TABLE DU MODULE ANOREXIE MENTALE EN FONCTION DE SA TAILLE ET DE SON POIDS.	NON OUI	14
N8	N5 EST-ELLE COTEE OUI ET N7 COTEE NON (OU NON-COTEE) ?	NON OUI BOULIMIE ACTUEL	
	N7 EST-ELLE COTEE OUI ?	NON OUI ANOREXIE MENTALE Binge-eating / Purging type ACTUEL	

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

O. ANXIETE GENERALISEE

O1 a	Au cours des six derniers mois, vous êtes-vous senti(e), excessivement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), pour des problèmes de la vie de tous les jours, au travail/à l'école, à la maison, ou à propos de votre entourage, ou avez-vous eu l'impression de vous faire trop de souci à propos de tout et de rien ?	→ NON OUI	1
	NE PAS COTER OUI SI L'ANXIETE SE RESUME A UN TYPE D'ANXIETE DEJA EXPLORÉ PRECEDEMMENT COMME LA PEUR D'AVOIR UNE ATTAQUE DE PANIQUE (TROUBLE PANIQUE), D'ETRE GENE EN PUBLIC (PHOBIE SOCIALE), D'ETRE CONTAMINE (TOC), DE PRENDRE DU POIDS (ANOREXIE MENTALE) ETC...		
b	Avez-vous ce type de préoccupations presque tous les jours ?	→ NON OUI	2
O2	Vous est-il difficile de contrôler ces préoccupations ou vous empêchent-elles de vous concentrer sur ce que vous avez à faire ?	→ NON OUI	3
	DE O3a A O3f, COTER NON LES SYMPTOMES SURVENANT UNIQUEMENT DANS LE CADRE DES TROUBLES EXPLORÉS PRECEDEMMENT		
O3	Au cours des six derniers mois lorsque vous vous sentiez particulièrement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), vous arrivait-il souvent:		
a	De vous sentir agité(e), tendu(e), les nerfs à fleur de peau ?	NON OUI	4
b	D'avoir les muscles tendus ?	NON OUI	5
c	De vous sentir fatigué(e), faible, ou facilement épuisé(e) ?	NON OUI	6
d	D'avoir des difficultés à vous concentrer ou des passages à vide ?	NON OUI	7
e	D'être particulièrement irritable ?	NON OUI	8
f	D'avoir des problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils au milieu de la nuit, réveils précoces ou dormir trop) ?	NON OUI	9
	Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN O3 ?	NON OUI ANXIETE GENERALISEE ACTUEL	

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

P. TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE (option)

P1 Avant l'âge de 15 ans, avez-vous :

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|---|
| a | Fréquemment fait l'école buissonnière ou passé la nuit en dehors de chez vous ? | NON | OUI | 1 |
| b | Fréquemment menti, triché, arnaqué les gens ou volé ? | NON | OUI | 2 |
| c | Brutalisé, menacé ou intimidé les autres ? | NON | OUI | 3 |
| d | Volontairement détruit ou mis le feu ? | NON | OUI | 4 |
| e | Volontairement fait souffrir des animaux ou des gens ? | NON | OUI | 5 |
| f | Contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles avec vous ? | NON | OUI | 6 |

Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN P1 ?

→
NON OUI

NE PAS COTER OUI LES REPONSES CI-DESSOUS, SI LES COMPORTEMENTS SONT UNIQUEMENT PRESENTES DANS DES CONTEXTES POLITIQUES OU RELIGIEUX.

P2 Depuis l'âge de 15 ans, avez-vous :

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|----|
| a | Eu souvent des comportements que les autres trouvaient irresponsables comme ne pas rembourser des sommes dues, agir impulsivement ou volontairement ne pas travailler pour assurer le minimum vital ? | NON | OUI | 7 |
| b | Fait des choses illégales (même si vous n'avez pas été pris) comme détruire le bien d'autrui, voler, vendre de la drogue ou commettre un crime ? | NON | OUI | 8 |
| c | Souvent été violent physiquement, y compris avec votre conjoint ou vos enfants ? | NON | OUI | 9 |
| d | Souvent menti ou arnaqué les autres dans le but d'obtenir de l'argent ou du plaisir, ou menti juste pour vous amuser ? | NON | OUI | 10 |
| e | Exposé des gens à des dangers sans vous préoccuper d'eux ? | NON | OUI | 11 |
| f | Ressenti aucune culpabilité après avoir menti, ou blessé, maltraité ou volé quelqu'un ou détruit le bien d'autrui ? | NON | OUI | 12 |

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN P2 ?

NON OUI

**TROUBLE DE LA
PERSONNALITE
ANTISOCIALE
VIE ENTIERE**

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Amador XF, David AS. Insight and psychosis, 2nd ed, New York: Oxford University Press; 2004.
- (2) Verdoux H, Lengronne J, Liraud F, Gonzales B, Assens F, Abalan F, et al. Medication adherence in psychosis: predictors and impact on outcome. A 2-year follow-up of first-admitted subjects. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102: 203-10.
- (3) Wittorf A, et al. The influence of baseline symptoms and insight on the therapeutic alliance early in the treatment of schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2009;24:259-67.
- (4) Yen CF, Chen CS, Yen JY, Ko CH. The predictive effect of insight on adverse clinical outcomes in bipolar I disorder: a two-year prospective study. *J Affect Disord* 2008;108:121-7.
- (5) Bottéro A. Insight et psychose. *Neuropsychiatrie : Tendances et Débats* 2008; 33:9 - 11.
- (6) Jaafari N., Marková I.S. Le concept de l'insight en psychiatrie. *Annales Médico-Psychologiques* 2011; 169:409-415.
- (7) Marková IS, (2009) L'insight en psychiatrie, (traduction française par Jaafari et collaborateurs) édition Doin.
- (8) Jaafari N., Marková IS. (2011) Le concept de l'insight en psychiatrie *Annales Médico-Psychologiques* 169, 409-415
- (9) Belin D., Daniel M.L., Lacoste J., Belin-Rauscent A., Bacconnier M., Jaafari N. Insight : perspectives étiologiques et phénoménologiques dans la psychopathologie des désordres obsessionnels compulsifs *Annales MédicoPsychologiques* 169 420-425(2011)

- (10) N. Jaafari, I. Marková. Le concept de l'insight en psychiatrie. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, Elsevier Masson, 2011, 169 (7), pp.409-418. doi:10.1016/j.amp.2011.06.018. PMID: 21889287
- (11) Beck AT, Baruch E, Balter JM, et al. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res* 2004;68:319-29.
- (12) Riggs SE, Grant PM, Perivoliotis D, et al. Assessment of Cognitive Insight: A Qualitative Review. *Schizophr Bull* 2010 Aug 6.
- (13) Medalia A, Thysen J. Insight into neurocognitive dysfunction in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2008;34:1221-30.
- (14) Gil R, Arroyo-Anllo EM, Ingrand P, Gil M, Neau JP, Ornon C, Bonnaud V. Self-consciousness and Alzheimer's disease. *Acta Neurol Scand*. 2001 Nov;104(5):296-300. doi: 10.1034/j.1600-0404.2001.00280.x. PMID: 11696024.
- (15) 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.
- (16) Morgan KD, Dazzan P, Morgan C, et al. Insight, grey matter and cognitive function in first-onset psychosis. *Br J Psychiatry* 2010;197:141-8.
- (17) Goldstein RZ, Craig AD, Bechara A, et al. The neurocircuitry of impaired insight in drug addiction. *Trends Cogn Sci* 2009;13:372-80.
- (18) 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
- (19) Garrabé J.-F., Allilaire A*, J. . De la conscience normale à la conscience pathologique : continuité ou discontinuité ?. Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS, Vol. 160 - N° 8 - p. 580-584. 2002

- (20) Airagnes, G. (2012). L'insight et ses spécificités dans la schizophrénie. *Perspectives Psy*, 51, 14–21.
- (21) Jaspers K. Psychopathologie générale. Paris: Félix Alcan; 1933.
- [22] David AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry* 1990;156: 798—808.
- [23] Eisen JL, Phillips KA, Baer L, et al. The brown assessment of beliefs scale: reliability and validity. *Am J Psychiatry* 1998;155(1):102—8.
- [24] Fenton WS, Blyler CR, Heinssen RK. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical. *Schizophr Bull* 1997;23:637—51. Review.
- [25] Freud S. La perte de la réalité dans la névrose et la psychose. *GW* 13, 363—8 ; *SE* 19, 183—7 ; In: *Névrose, psychose et perversion*. Paris: PUF; 1973 ; In: *Œuvres complètes*, 17, Paris: PUF; 1992.
- [26] Ghaemi SN, Rosenquist KJ. Is insight in mania state-dependent ? A meta-analysis. *J Nerv Ment Dis* 2004;192:771—5. [27] Granholm E, McQuaid JR, McClure FS, et al. Randomized controlled trial of cognitive behavioral social skills training for older people with schizophrenia: 12-month follow-up. *J Clin Psychiatry* 2007;68(5):730—7.
- [28] Horvath AO. The therapeutic relationship: from transference to alliance. *J Clin Psychol* 2000;56(2):163—73.
- [29] Jaspers K. Psychopathologie générale. Paris: Félix Alcan; 1933.
- [30] Johnson S, Orell M. Insight and psychosis: a social perspective. *Psychol Med* 1995;25:515—20.
- [31] Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987;13:261—76.
- [32] Kim CH, Jayathilake K, Meltzer HY. Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophr Res* 2003;60:71—80.

- [33] Lee KH, Brown WH, Egleston PN, et al. A functional magnetic resonance imaging study of social cognition in schizophrenia during an acute episode and after recovery. *Am J Psychiatry* 2006;163(11):1926—33.
- [34] Lewis A. The psychopathology of insight. *J Med Psychol* 1934;14:332—48.
- [35] Lysaker PH, Bryson GJ, Lancaster RS, et al. Insight in schizophrenia: association with executive function and coping style. *Schizophr Res* 2003;59(1):41—7.
- [36] Marazziti D, Giannotti D, Catena MC, et al. Insight in body dysmorphic disorder with and without comorbid obsessivecompulsive disorder. *CNS Spectr* 2006;11(7):494—8.
- [37] Markova IS, Berrios GE. The assessment of insight in clinical psychiatry: a new scale. *Acta Psychiatr Scand* 1992;86: 159—64.
- [38] Markova IS, Berrios GE. Insight in clinical psychiatry revisited. *Compr Psychiatry* 1995;36(5):367—76. Review.
- [39] Markova IS, Roberts KH, Gallagher C, Boos H, McKenna PJ, Berrios GE. Assessment of insight in psychosis: a re-standardization of a new scale. *Psychiatry Res* 2003;119:81—8.
- [40] Marks KA, Fastenau PS, Lysaker PH, et al. Self-appraisal of illness questionnaire (SAIQ): relationship to researcher-rated insight and neuropsychological function in schizophrenia. *Schizophr Res* 2000;45:203—11.
- [41] McEvoy JP, Apperson LJ, Appelbaum PS, et al. Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *J Nerv Ment Dis* 1989;177:43—7.
- [42] McGlynn SM, Schacter DL. Unawareness of deficits in neuropsychological syndromes. *J Clin Exp Neuropsychol* 1989;11(2):143—205. Review.
- [43] Mintz AR, Dobson KS, Romney DM. Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2003;61:75—88.

- [44] Mintz AR, Addington J, Addington D. Insight in early psychosis: a 1-year follow-up. *Schizophr Res* 2004;67(2-3): 213—7.
- [45] Muskin PR, Feldhammer T, Gelfand JL, et al. Maladaptive denial of physical illness: a useful new “diagnosis”. *Int J Psychiatry Med* 1998;28(4):463—77.
- [46] Nakano H, Terao T, Iwata N, et al. Symptomatological and cognitive predictors of insight in chronic schizophrenia. *Psychiatry Res* 2004;127:65—72.
- [47] Olfson M, Mechanic D, Boyer CA, et al. Assessing clinical predictions of early rehospitalization in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1999;187:721—9.
- [48] Peralta V, Cuesta MJ. Lack of insight in mood disorders. *J Affect Disord* 1998;49:55—8.
- [49] Pini S, de Queiroz V, Dell’Osso L, et al. Cross-sectional similarities and differences between schizophrenia, schizoaffective disorder and mania or mixed mania with mood-incongruent psychotic features. *Eur Psychiatry* 2004;19:8—14.
- [50] Rathod S, Kingdon D, Smith P, et al. Insight into schizophrenia: the effects of cognitive behavioral therapy on the components of insight and association with sociodemographics — data on a previously published randomised controlled trial. *Schizophr Res* 2005;74(2-3):211—9.
- [51] Richfield J. An analysis of the concept of insight. *Psychoanal Q* 1954;23(3):390—408.
- [52] Sanz M, Constable G, Lopez-Ibor I, et al. A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables. *Psychol Med* 1998;28:437—46.
- [53] Schwartz RC. Insight and suicidality in schizophrenia: a replication study. *J Nerv Ment Dis* 2000;188:235—7.

- [54] Smith TE, Hull JW, Huppert JD, et al. Insight and recovery from psychosis in chronic schizophrenia and schizoaffective disorder patients. *J Psychiatr Res* 2004;38:169—76.
- [55] Soskis DA, Bowers MB. The schizophrenic experience, a followup study of attitude and posthospital adjustment. *J Nerv Ment Dis* 1969;149:443—9.
- [56] Trouillet R, Gély-Nargeot MC, Derouesné C. La méconnaissance des troubles dans la maladie d'Alzheimer : nécessité d'une approche multidimensionnelle. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2003;1:99—110.
- [57] 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.
- [58] Weiler MA, Fleisher MH, McArthur-Campbell D. Insight and symptom change in schizophrenia and other disorders. *Schizophr Res* 2000;45:29—36.
- [59] Wildocher D. Conscience de soi, conscience des troubles et insight. *Ann Med Psychol* 2002;160:575—9.

كلية الطب والصيدلة وطب الأسنان

FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET DE MÉDECINE DENTAIRE



جامعة سيدي محمد بن عبد الله - فاس

UNIVERSITÉ SIDI MOHAMED BEN ABDELLAH DE FES

أطروحة رقم 22/034

سنة 2022

دراسة مقارنة الإنساييت في الفصام والإضطراب الثنائي القطب (بصدد 59 حالة)

الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2022/01/20

من طرف

السيد إسماعيل شيبوب

المزداد في 1996/02/24 بفاس

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية

البصيرة - الفصام - اضطراب ثنائي القطب

اللجنة

السيد محمد براحو..... الرئيس

أستاذ في علم الأوبئة السريري

السيد رشيد اعنوان..... المشرف

أستاذ في علم الأمراض النفسية

السيد سويرتي زهير.....
الأعضاء {

أستاذ في علم الأمراض العصبية

السيدة شادية أعراب.....

أستاذة مبرزة في علم الأمراض النفسية

السيد أمين بوت..... عضو مشارك

أستاذ مساعد في علم الأمراض النفسية