

UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2014

THÈSE N°

**« Insight et connaissance de la schizophrénie :
Impact des facteurs sociodémographiques
sur la conscience du trouble »**

Etude d'une population hospitalisée
au Centre Hospitalier Esquirol à Limoges (Haute-Vienne) en 2013.

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 1er avril 2014

par

Claire FOURQUET

née le 30 janvier 1984 à ARRAS (Pas-de-Calais)

DIRECTEUR DE THÈSE :

M. le Docteur Fabien LESCURE

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur J-P. CLEMENT..... Président

Mme le Professeur N. DUMOITIER Juge

Mme le Professeur V. LOUSTAUD-RATTI..... Juge

M. le Professeur J-Y.SALLE Juge

M. le Docteur E-R. LOMBERTIE Membre invité

M. le Docteur F. LESCURE..... Membre invité

UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2014

THÈSE N°

**« Insight et connaissance de la schizophrénie :
Impact des facteurs sociodémographiques
sur la conscience du trouble »**
Etude d'une population hospitalisée
au Centre Hospitalier Esquirol à Limoges (Haute-Vienne) en 2013.

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 1er avril 2014

par

Claire FOURQUET

née le 30 janvier 1984 à ARRAS (Pas-de-Calais)

DIRECTEUR DE THÈSE :

M. le Docteur Fabien LESCURE

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur J-P. CLEMENT..... Président
Mme le Professeur N. DUMOITIER Juge
Mme le Professeur V. LOUSTAUD-RATTI..... Juge
M. le Professeur J-Y.SALLE Juge
M. le Docteur E-R. LOMBERTIE Membre invité
M. le Docteur F. LESCURE..... Membre invité

UNIVERSITE de LIMOGES

FACULTE de MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ABOYANS Victor	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE Responsable de service
ACHARD Jean-Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service
ARNAUD Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE Responsable de service
AUBRY Karine	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L.
BEDANE Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE Responsable de service
BERTIN Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE Responsable de service de RHUMATOLOGIE
BESSEDE Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L. Responsable de service
BONNAUD François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Doyen Honoraire

BORDESSOULE Dominique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service d'HEMATOLOGIE CLINIQUE et THERAPIE CELLULAIRE
CHARISSOUX Jean-Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOTHERAPIE Responsable de service
CLEMENT Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PSYCHIATRIE d'ADULTES Responsable de service
COGNE Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE Responsable de service
COLOMBEAU Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE
CORNU Elisabeth	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE Responsable de service
DANTOINE Thierry	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT Responsable de service
DARDE Marie-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE Responsable de service
DAVIET Jean-Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE et SANTE au TRVAIL Responsable de service
DUMAS Jean-Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE Responsable de service



ESSIG Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE Responsable de service
FAUCHAIS Anne-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service
FEUILLARD Jean	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service du Laboratoire d'HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE INFANTILE Responsable de service
FUNALOT Benoît	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
GAINANT Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES Responsable de service
LACROIX Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LASKAR Marc	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE Responsable de service Assesseur
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE Responsable de service
LOUSTAUD-RATTI Véronique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEPATOLOGIE



MABIT Christian	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service d'ORTHOPEDIE-TRAUMATOLOGIE
MAGY Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE Responsable de service
MATHONNET Muriel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Responsable de service
MERLE Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MOHTY Dania	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE Responsable de service
MOREAU Jean-Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROCHIRURGIE Responsable de service Assesseur
MOUNAYER Charbel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANESTHESIOLOGIE-RENIMATION Responsable de service
PARAF François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE Responsable de service
PLOY Marie-Cécile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE Responsable de service
PREUX Pierre-Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION Responsable de service du SIME Assesseur

ROBERT Pierre-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE Responsable de service
SALLE Jean-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION Responsable de service
SAUTEREAU Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE Responsable de service
STURTZ Franck	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE Responsable de service
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CANCEROLOGIE Responsable de service
VALLAT Jean-Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service de CHIRURGIE DIGESTIVE et ENDOCRINIENNE Doyen
VERGNENEGRE Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier REANIMATION Responsable de service
VINCENT François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
VIROT Patrice	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MALADIES INFECTIEUSES Responsable de service

YARDIN Catherine Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
Responsable de service

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel Professeur des Universités
MEDECINE GENERALE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

BOURTHOUMIEU Sylvie Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

BOUTEILLE Bernard Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

CHABLE Hélène Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier

DURAND Karine Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BIOLOGIE CELLULAIRE

DURAND-FONTANIER Sylvaine Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
ANATOMIE

ESCLAIRE Françoise Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BIOLOGIE CELLULAIRE

HANTZ Sébastien Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

LE GUYADER Alexandre Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE

LIA-BALDINI Anne-Sophie Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

MARIN Benoît Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION

MOUNIER Marcelle Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE

PICARD Nicolas Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

QUELVEN-BERTIN Isabelle Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE



TERRO Faraj

Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BIOLOGIE CELLULAIRE

PROFESSEURS ASSOCIES

BUISSON Jean-Gabriel

Professeur associé à mi-temps
MEDECINE GENERALE

DUMOITIER Nathalie

Professeur associé à mi-temps
MEDECINE GENERALE

PREVOST Martine

Professeur associé à mi-temps
MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

MENARD Dominique

Maître de Conférences associé à mi-temps
MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE des UNIVERSITES

BARRAUD Olivier

Maître de Conférences associé des Universités
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

PROFESSEURS EMERITES

BONNETBLANC Jean-Marie

Professeur des Universités Emérite

VIDAL Elisabeth

Professeur des Universités Emérite

Le 09 septembre 2013

Remerciements

A notre Président du jury,

Monsieur le Professeur Jean-Pierre CLEMENT

Professeur des Universités de Psychiatrie Adultes

Praticien Hospitalier

Responsable de Service

**Chef du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Adulte et de la
Personne Agée au Centre Hospitalier Esquirol.**

Vous nous faites un très grand honneur de
présider notre jury de thèse.

Votre expérience et votre savoir nous ont permis
d'appréhender les difficultés dans ce travail et
notamment de trouver le nom de notre « bébé » : le
QuesCoS.

Grâce à votre enseignement théorique et votre
accueil dans votre service en tant qu'Externe, Faisant
Fonction d'Interne et enfin Interne, j'ai pu bénéficier de
la richesse de votre clinique et ne peux que vous en
remercier.

Que cette thèse soit le témoignage de notre
profond respect et qu'elle soit à la hauteur de ce que
vous attendiez de nous.

A nos juges,

Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER
Professeur des Universités de Médecine Générale

Vous avez spontanément accepté de participer à notre jury de thèse et nous vous en remercions chaleureusement.

Nous vous prions de bien vouloir recevoir à cette occasion l'expression de notre profond respect et espérons que vous trouverez un intérêt à notre travail.

Madame le Professeur Véronique LOUSTAUD-RATTI

Professeur des Universités d'Hépatologie

Praticien Hospitalier

Vous nous faites l'honneur de siéger à notre jury de thèse et nous vous en remercions chaleureusement.

Nous avons pu bénéficier de votre enseignement théorique au cours de notre formation médicale et tâcherons de ne pas oublier les bases de l'hépatogastro-entérologie essentielles dans les comorbidités fréquemment retrouvées en psychiatrie...

Nous vous remercions d'avoir bien voulu accorder un intérêt à ce sujet de thèse et d'avoir accepté de le juger.

Veillez trouver ici l'expression de nos vifs remerciements et de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Jean-Yves SALLE
Professeurs des Universités de Médecine Physique et de
Réadaptation
Praticien Hospitalier
Responsable de Service.

Vous nous faites un très grand honneur de participer à notre jury de thèse.

Nous avons eu la chance et le plaisir de bénéficier de votre enseignement théorique durant nos études médicales ainsi que de votre expérience clinique.

Durant mon passage dans votre service en qualité d'étudiante en médecine, j'ai pu profiter de votre enseignement pratique et aux grandes qualités humaines. J'espère pouvoir m'en inspirer et l'appliquer dans ma pratique quotidienne.

Veillez trouver au travers de ce travail ma profonde considération.

A mon Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur Fabien LESCURE

Psychiatre.

Praticien Hospitalier.

Je te remercie d'avoir accepté d'être mon Directeur de thèse et de m'avoir guidée avec patience et disponibilité tout au long de ce travail.

Je savais avant d'être ton interne que mon désir était de travailler avec les psychotiques mais c'est en observant ton approche que j'ai su que c'était avec cet esprit-là que je voulais exercer.

Je garderai un souvenir ineffaçable de mon passage dans ton unité. Ta rigueur dans le travail, ton empathie avec les patients et les familles, ta capacité à diriger un service avec humanité mais fermeté sont pour moi des modèles que je m'efforcerai d'appliquer dans ma pratique. J'espère pouvoir m'en approcher le plus possible.

Je ne peux que te remercier à nouveau de ton soutien et de ta gentillesse et de te témoigner ma profonde gratitude.

A notre membre invité,

A Monsieur le Docteur Emile-Roger LOMBERTIE

Psychiatre

Praticien Hospitalier

Chef du Pôle de Territoire au Centre Hospitalier Esquirol.

Nous sommes très honorés de votre présence ce jour et vous en remercions profondément.

Vous avez toujours su rester à l'écoute et nous guider. J'ai eu la chance d'être interne dans votre service et que vous m'ayez fait partager votre connaissance et votre analyse critique. J'ai pu grâce à vous rectifier ma pratique clinique.

Vous m'accordez votre confiance pour exercer au sein de votre service : je vous en suis infiniment reconnaissante et espère être à la hauteur de vos attentes.

Que cette thèse soit le reflet de ma profonde gratitude et de mon plus grand respect.

A mes collègues,

Je remercie tous les collègues cadres, infirmiers, aides-soignants, agents hospitaliers, psychologues, assistantes sociales, sage-femme, puéricultrices... de toutes les unités où j'ai pu passer. Vous m'avez tous très bien accueillie et je vous en remercie.

Mention spéciale pour l'équipe de Deniker qui a été formidable pour accueillir « leur première interne » : vous êtes efficaces et d'un réel soutien pour les patients et tout cela dans la bonne humeur sans « quasiment » jamais râler, c'était un réel bonheur les 6 mois passés avec vous, ne changez rien surtout ! (mises à part peut-être les blagues à deux francs six sous... n'est-ce pas Emilie !?!)

Un grand merci également à tous les psychiatres du CH Esquirol qui m'ont encadrée durant ces 4 années (enfin 5...) :

- **Dr Thomas et Dr Pareaud** à Sutter : 1^{er} « stage » en tant que FFI, le stage qui confirmait mon choix d'orientation pour la psychiatrie.
- **Dr Nubukpo et Dr Breton** à St Vaury : 1^{er} stage d'initiation auprès des psychotiques. Ce détour creusois a été grandement bénéfique (j'ai également testé ma peur de rester isolée par la neige et ressenti un peu le « Shining... »), mais quelle expérience ! Quelle équipe au 9 ! Nathalie, merci pour ton enseignement et ta bonne humeur ! Dr Nubukpo : merci pour votre enseignement et votre encadrement. Merci également pour vos lumières concernant notre étude.
- **Dr Eymar et Dr Chandon** à Wertheimer : retour au pôle. Je n'oublierai certainement pas les visites du « Docteur Chambon », Guillaume, merci pour ces fous rires !
- **Dr Bourlot et Dr Boghina** à Delay ainsi que **Dr Baloutch N.** à Zarifian : j'ai beaucoup appris à vos côtés. Dr Bourlot : votre approche humaine et votre savoir-faire auprès des familles m'ont réellement été utiles. Je vous remercie également pour tout le soutien que vous m'avez apporté, merci de votre confiance. Irina : Merci de ta gentillesse et de ta disponibilité, ainsi que de tes précieux conseils pour le questionnaire QuesCoS. Nariman : c'est avec un immense regret que j'ai appris ton départ, je me réjouissais d'avance de pouvoir travailler à tes côtés... j'applique toujours certaines de tes « techniques » d'entretien, merci pour tout.
- **Dr Salomé, Dr Verger et Dr Lemoine** à Dide : cela avait été un stage aux multiples changements ! Merci de votre enseignement et de vos conseils. Nathalie, je te remercie pour m'avoir transmis « une partie » de tes connaissances des troubles de l'humeur et notamment à pouvoir manier les antidépresseurs et thymorégulateurs. Guillaume, nous

avons peu travaillé ensemble malheureusement mais je ne peux que te remercier de ton soutien et de ta confiance.

- **Dr Lescure** à Deniker ainsi que **Dr Trarieux** et **Dr Graïne** à Averroes: Fabien, quoi dire ??? mise à part encore MERCI. « Professeur Lescure », je continuerai à t'appeler « chef », non pas pour t'ennuyer mais parce que tu resteras mon modèle à suivre. Mme Trarieux : je vous remercie d'avoir partagé votre connaissance avec moi.
- **Dr Roche, Dr Ponsonnard, Dr Guy-Moyat, Dr Dumont C., Dr Meynard** et **Dr Varnoux** : un grand merci à toute l'équipe de pédopsychiatrie de liaison, vous avez pu (sans trop de mal j'espère...) me supporter dans mon état « émotionnellement labile » empreint de toutes les hormones de grossesse... Anne, non seulement tu m'as donné les bases de la pédopsychiatrie, fait partager ton savoir mais tu as été également une figure tellement importante dans ma vie à ce moment-là... tu m'as rassurée, donné de précieux conseils et m'as préparée à être maman. Je t'en remercie du fond du cœur !
- **Dr Souchaud J-L.** et **Dr Baloutch V.** à Laborit : mon passage a été bref et très enrichissant malgré tout. Merci.
- **Dr Sazerat, Dr Beauseigneur** et (à nouveau !) **Dr Baloutch V.** à Giraudoux : même si mon choix n'a pas été l'addictologie, j'ai pu grâce à vous apprendre à recevoir et prendre en charge cette pathologie ô combien souvent comorbide ! Dr Sazerat : votre connaissance (en...tout !) m'a énormément appris, tant votre maîtrise de la TCC que la prise en charge des troubles éthyliques, schizophréniques, des TOC, des états-limites... J'ai malheureusement peur que dans le meilleur des rêves je ne puisse jamais atteindre votre niveau !... Valérie : quelle triste nouvelle de te voir partir... j'ai à peine eu le temps d'apprendre quelques bases de la prise en charge des TCA que tu étais déjà partie... je vous souhaite à toi et à Nariman tout le bonheur et épanouissement tant professionnel que personnel.
- **Dr Rainelli** et **Dr Souchaud F.** en périnatalité : je finis mon internat en beauté ! quel stage « apaisant », l'impression d'être « dans une bulle » comme les patientes disent. Même si les situations sont difficiles parfois, l'équipe est tellement soudée que cela avance sans fracas... Merci à tous pour votre bonne humeur et votre accueil. Cela aura été un stage fort enrichissant, qui me servira dans ma carrière mais aussi dans ma vie personnelle.

Je remercie également tous les médecins que j'ai pu côtoyer d'un peu plus loin et qui m'ont appris, malgré tout, beaucoup de choses et apporté de précieux conseils pour l'étude : **Dr Charles, Dr Audebert, Dr Ciobanu, Dr Bricaud, Dr Parneix, Dr Dumont A-C, Dr Fontanier,**

Dr Schadler, Dr Alamome, Dr Gherman, Dr Walocha, Dr Arthus, Dr Villéger, Dr Chevalier, Dr Dominique, Dr Rouyer, Dr Calvet, Dr Coudert, Dr Bonnefond, Dr Fouli et Dr Viéban.

Merci également aux médecins généralistes extraordinaires avec qui j'ai pu travailler : **Dr Domenger et Dr Lambert.**

Sans oublier tous mes chers collègues internes et en particulier mes « binômes ». **Jonathan** : nous avons fait équipe deux fois, je ne pouvais rêver mieux comme co-interne, je te souhaite tout le bonheur possible dans ta carrière et ta vie familiale, je suis ravie d'avoir pu rencontrer Delphine, et vous souhaite une vie paisible (à Toulouse ou ailleurs !). J'espère sincèrement que tu guériras un jour de ta méningite chronique par contre !!! **Lucia** : Ma germanique préférée ! J'ai adoré notre collaboration à Wertheimer, tu es au top ! Tu maîtrises l'association rigueur et gentillesse à merveille ! **Mirvat** : malheureusement nous n'avons jamais pu travailler ensemble, et c'est un grand regret ! Tu es quelqu'un d'exceptionnel avec un cœur gros comme ça ! (oui, oui je fais le geste d'un cœur énorme !) merci encore pour le cadeau de Maxime... et de m'avoir permis d'avoir cette mélodie dans la tête à longueur de journée « petit ours malin, petit ours coquin chante-moi ce refrain... » Bon mariage et vivement que Maxime ait un copain ou une copine de plus !...Courage J-C !

Evidemment, je ne pourrais pas faire l'impasse sur le remerciement des secrétaires qui ont passé tant de temps à m'écouter sur le dictaphone... et à me renseigner sur tout et n'importe quoi !

Aux patients,

Merci à tous les patients participants sans qui cette étude n'aurait pas pu être réalisée, et merci à tous les autres qui me font partager chaque jour leur histoire et leur approche si particulière de la vie.

A ma famille,

A mon fils Maxime,

Ton sourire du matin est le plus beau des cadeaux, je n'aurais jamais pu penser un jour être aussi comblée d'être « Maman ». Tous les moments passés avec toi me donnent la force d'aller plus loin (y compris ces nuits où pour te calmer d'un cauchemar survenu sournoisement à 4h du matin, je t'ai lu *Oui-Oui...*) Merci d'être arrivé à nos côtés mon « p'tit ange »... Je t'aime.

A Sébastien, mon amour,

Presque 10 ans... je n'ai pas vu le temps passer ! Nous avons tout d'abord avancé chacun de notre côté pour enfin se rejoindre, vivre ensemble, avoir une maison à nous, un chien, un bébé... Chaque étape est un saut vers l'inconnu mais je sais que tu me tiens la main et ne lâcheras pas. Je ne pouvais rêver mieux comme père pour notre fils. Merci d'être toi. Tout simplement, je t'aime.

A mes parents,

Merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir soutenue à travers toutes les épreuves. Merci de toutes ces petites attentions durant ces études (ces sandwiches apportés à mon bureau les veilles d'examen par exemple !) Vous m'avez apporté toutes les bases et les valeurs morales que des parents peuvent donner à leur fille, j'espère en être à la hauteur et être capable de les transmettre à mon tour. Love you both xxxxx.

A ma grand-mère maternelle, Nana,

In spite of being separated by the Channel and quite a few miles... we have always been close. Thank you for all the magic moments we had together (I wish they could be more often...) and all the laughs ! Stay as you are, don't change ! Love you so much... xxxxx.

A ma grand-mère paternelle, Mamie,

Tu as toujours été pour moi l'image d'une femme forte et sensible à la fois. Tu as surmonté tellement d'épreuves douloureuses et tu es toujours solide comme un roc. Je t'admire pour ta bravoure. Je t'aime.

A mes grands-pères partis trop tôt,

Daddy, I wish I could have met you. You left Nana before I was born, I can only try to imagine what kind of grandfather you would have been; from all accounts you would have been a fantastic granddad.

Papy, un grand regret de n'avoir de souvenirs de toi qu'atteint par la maladie... Je pense que nous aurions pu partager beaucoup de choses ensemble...Tu me manques.

A Joe,

You were like a grandfather to me. You taught me so many things (like that word : «boulder»!!!... Gosh, I still laugh every time I think about that day!) Now, you rest in peace and I miss you...

A mes oncles et tantes,

Isabelle, j'admire ton courage et ton combat face à la maladie, ton sourire malgré toutes ces épreuves... Je t'aime tata Isa.

Gérard, merci de t'occuper si bien de tata mais pense à toi aussi.

Sylvie et Didier, la bonne humeur toujours à rude épreuve mais toujours remportée ! Merci.

Jacky, Patrick : de supers oncles par alliance mais qu'on voit trop peu malheureusement

Et ceux qui nous ont quitté : Simone, Nicole, Raymonde, Dominique... vous nous manquez terriblement.

A mes cousins,

Frédéric, Gilles, David, Rachel, Julien, Fabien, Nadège, Clément, Jérémy et Charlène : nos routes se sont éloignées malheureusement mais c'est toujours avec joie que je vous revois.

A ma belle-famille,

Marie-Claude et Sandra : vous m'avez accueillie à bras ouverts dans votre famille et je vous en remercie chaleureusement.

Lionel : quelle profonde tristesse de ne pas vous avoir connu davantage... je suis néanmoins persuadée, d'après ce que Sébastien peut me raconter que je vous aurais beaucoup apprécié et que nous aurions pu nous entendre...

A mes amis,

Julie,

Ma p'tite Juju, 14 ans qu'on se connaît ma vieille !... et que tu n'as pas changée ! (Est-ce bien normal ???) Tu es tout ce qui représente l'amitié, nous nous voyons peu maintenant que tu es une « banlieusarde » mais tu es toujours là pour les occasions (grandes ou petites !) tu es à la fois l'épaule sur laquelle pleurer et le clown avec qui il est bon de pleurer...de rire !!! Ne change surtout pas ! Enfin si,... ton lieu de vie, REVIENS !!!

Pauline et Guillaume,

Pau-Pau : oui, si nous avons un deuxième fils, nous réfléchirons au prénom de Paulin, promis (pour y réfléchir !) Merci de ta bonne humeur, et oui, tu es une danseuse hors catégorie ! Courage Guillaume !

Christelle et Jean-Pierre,

Notre couple modèle ! Nous faisons toujours tout pareil, prévenez-nous quand même si vous décidez d'avoir un deuxième enfant ensemble ! De belles aventures vécues ensemble. Merci mille fois de votre bonne humeur, elle est sacrément communicative !

Céline,

Psychiatre toute douce au grand cœur animée d'une étrange conception de la vie... le Feng Shui ! (n'ai toujours pas compris ton histoire de couleurs associées !... faudra que tu me réexpliques !) Un adjectif pour te définir ? : optimiste (ou obsessionnelle...) En tout cas merci, binôme de fac, d'externe et d'interne ! Je vous souhaite beaucoup de bonheur avec Xavier.

Jean-Jacques,

« Doble Jay », quel plaisir d'avoir été ta binôme à Aubusson, quel souvenir ! (j'en ai encore les zygomatics courbaturées !) Merci de ton humour et de ton rire communicatif aux pauses repas ! J'espère que tu t'épanouiras en addicto et que tu ne seras pas trop pressé pour repartir en Guadeloupe... oh pardon en Martinique !

Fabien,

Merci encore de m'avoir accompagnée dans cette aventure de la thèse. Tu resteras quelqu'un de précieux tant sur le plan professionnel que personnel. Sébastien et moi, nous sommes ravis de te compter dans notre petit cercle amical.... Et espérons que cela perdurera !

A mes voisins et amis,

Nathalie et Bernardo, ainsi qu'Isa et Patrick

Vous nous avez ouvert votre porte pour la journée des voisins alors que vous ne nous connaissiez même pas ! Vous êtes toujours là pour « filer un coup de main », merci ! Vous êtes les voisins parfaits !



SOMMAIRE

INTRODUCTION	27
I. Première partie : présentation de la schizophrénie	29
A. Historique d'une maladie mentale complexe et stigmatisée	29
1. Etymologie/Historique	29
2. Etat des lieux	30
B. Rappels théoriques sur la schizophrénie.....	36
1. Définition.....	36
2. Epidémiologie	36
3. Sémiologie	37
4. Les différentes formes de schizophrénie	45
5. Evolution	48
6. Etiologie	50
7. Méthodes diagnostiques	59
8. Traitement.....	63
C. Un "symptôme" à part : le défaut d'insight.....	77
1. Introduction	78
2. Historique.....	79
3. La conceptualisation de l'Insight selon les écoles de pensée	86
4. Echelles d'évaluation	90
5. L'Insight dans les syndromes cérébraux organiques.....	92
6. Les enjeux actuels de l'Insight en psychiatrie.....	97
7. Résumé	103
D. Connaissance de la schizophrénie.....	108
1. Définitions	108
2. Recevoir l'information : l'annonce du diagnostic.....	108
3. Analyse de l'information et facteurs susceptibles d'influencer la mémorisation.	112
4. Mémorisation	113
5. Restitution de l'information : le rappel	114
II. Deuxième partie : étude descriptive auprès des patients schizophrènes.	115
A. Principe de l'étude	115
1. Contexte de l'étude	115
2. Objectifs de l'étude	115
B. Méthodologie	116
1. Schéma de l'étude	116

2.	Population d'étude	116
3.	Variables recueillies	117
4.	Les questionnaires utilisés.....	120
5.	Droits des patients.....	129
C.	Protocole de l'étude	129
D.	Méthodologie statistique	131
E.	Résultats.....	131
1.	Analyse descriptive	132
2.	Analyse comparative.....	157
3.	Impression générale et paroles des patients	164
III.	Troisième partie : discussion et perspectives d'avenir	168
A.	Discussion	168
1.	Les biais et les limites de l'étude.....	168
2.	Interprétation et discussion des résultats	170
B.	Perspectives d'avenir.....	178
1.	L'annonce du diagnostic	178
2.	Information et déstigmatisation	179
3.	Perspectives d'études possibles.....	181
	CONCLUSION.....	184
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	223
	TABLE DES MATIERES.....	227
	TABLE DES ANNEXES.....	231
	TABLE DES TABLEAUX.....	233
	TABLE DES FIGURES.....	234
	SERMENT D'HIPPOCRATE	235



**« Se connaître soi-même
et connaître son adversaire
permet de remporter
toutes les batailles. »**

Proverbe japonais.

INTRODUCTION

Les malades schizophrènes font peur aux profanes, parce qu'ils sont « différents », imprévisibles, incompréhensibles, « étranges » pour la plupart d'entre nous. Cette peur qu'ils inspirent est parfois encouragée et entretenue par les médias. Cette même peur peut également être à l'origine de fascination, tout comme l'attrait que peut avoir un film d'horreur, la schizophrénie est de temps en temps représentée sur le grand écran au travers de films comme « *Vol au-dessus d'un nid de coucou* » ou « *Shining* ».

Ces films, mais aussi des faits divers spectaculaires rapportés par les médias, avec le soin de préciser les détails sordides ou sanglants, favorisent l'idée reçue que tout patient schizophrène est violent et qu'il représente un danger pour la société. Pour reprendre les propos de monsieur le **Professeur Dr Jean Declin** en Belgique: « Une meilleure connaissance, dans le public, des caractéristiques propres à la schizophrénie devrait permettre de mieux comprendre les obstacles qui se dressent et s'opposent aux efforts entrepris pour dominer et maîtriser la maladie et ses conséquences. » [1] Une meilleure connaissance de la schizophrénie devrait également permettre une déstigmatisation de cette pathologie peu connue finalement.

En plus de l'engouement médiatique suscité, la prise en charge de ces malades peut également contribuer à la création d'un amalgame dans l'opinion publique entre malades schizophrènes et délinquants. En effet, ces patients sont soignés dans des hôpitaux aux portes souvent cadenassées, parfois derrière des fenêtres à barreaux. Il faut régulièrement user de la force pour les emmener et leur faire prendre des médicaments par voie injectable, parfois même en faisant appel aux forces de l'ordre. D'autre part, certaines hospitalisations sous contrainte se font sur ordre d'un Représentant de l'Etat, sont réévaluées au sein d'un Tribunal, les patients peuvent faire appel à un avocat pour contester le placement, certains tribunaux ordonnent des suivis psychiatriques pour certains délinquants... autant d'éléments qui contribuent à l'association fautive : schizophrène = délinquant voire criminel.

C'est dans ce contexte, que la psychiatrie a une place « à part », une discipline un peu inquiétante, intrigante considérée souvent comme philosophique voire même magique ou « maraboutiste ». Cette spécialité, médicale, rappelons-le tout de même, serait radicalement différente de toutes les autres, ne se souciant pas de la structure « matérielle », « biologique » ou « organique » du cerveau. Nous savons pourtant, à présent, que la santé mentale est bien d'origine cérébrale, support bien matériel, biologique et organique ! Malheureusement, ce « support » est sans aucun doute le plus difficile à comprendre et il subsiste de nombreux coins d'ombre...

Nous allons tout de même tenter d'expliquer ce qu'est la schizophrénie à travers une première partie en abordant toutes ses caractéristiques afin d'en avoir la meilleure connaissance possible pour ensuite aborder, dans la seconde partie, notre étude qui compare la connaissance de la maladie par les patients avec leur conscience d'être malade ainsi que l'étude des différents facteurs intervenants. Nous finirons par une discussion autour des résultats obtenus et des enjeux qui en découlent.



I. Première partie : présentation de la schizophrénie

A. Historique d'une maladie mentale complexe et stigmatisée

1. Etymologie/Historique

C'est à partir de la démence précoce définie par **E. Kraepelin** comme une psychose chronique endogène survenant à la fin de l'adolescence et évoluant sur un mode progressivement déficitaire que **E. Bleuler** va en 1911 répandre le concept de « schizophrénie » (du grec *schizein*, « fendre » et *phrên* « esprit ») qu'il avait créé en 1908. En utilisant l'enseignement freudien que lui a transmis son assistant C. Jung, E. Bleuler publie, dans le « *Traité de psychiatrie (Handbuch der Psychiatrie) d'Aschaffenburg*, son célèbre travail sur « *Dementia Praecox, oder die Gruppe der Schizophrenie* » (1911) : « Je nomme démence précoce, schizophrénie parce que, comme j'espère le démontrer, la *dislocation* (de l'allemand « *Spaltung* ») des diverses fonctions psychiques est un de ses caractères les plus importants. Pour la commodité, j'emploie le mot au singulier bien que le groupe comprenne vraisemblablement plusieurs maladies »

La schizophrénie définie par Bleuler diffère partiellement de la démence précoce de Kraepelin par certains aspects:

- La schizophrénie n'est pas une maladie mais un groupe syndromique
- Ses limites sont plus larges, puisque Bleuler y intègre la paraphrénie et surtout des formes mineures, telle que la schizophrénie simple
- Le critère n'est pas évolutif mais clinique : c'est la « dislocation des fonctions psychiques ». Il considère également que l'évolution déficitaire n'est pas constante et qu'une rémission ou une guérison reste possible.

Plus tard, Bleuler va préciser l'aspect structural de ce syndrome et proposer une double dimension : *fondamentale*, (*négative ou déficitaire*), marquée par la dissociation de la vie psychique (qui a pu jusqu'alors faire considérer ces patients comme des déments) ; et *accessoire*, (*positive*), caractérisée par le délire.

Par la suite, il divisera en 4 catégories ce groupe de schizophrénies: paranoïde, catatonie, hébéphrénie et la forme simple. (Nous reviendrons sur les différents types de schizophrénies ultérieurement.)

C'est la division en formes cliniques qui sera généralement reprise par ses successeurs. Certains, notamment anglo-américains, vont d'ailleurs étendre le concept nosologique à presque tous les états psychotiques délirants aigus et chroniques, à l'exception de la paranoïa. En revanche, dans l'ensemble, l'école française garde une conception assez restrictive de la schizophrénie centrée sur les notions de maladie chronique et de potentialité évolutive déficitaire.

La notion d'altération dissociante de la personnalité, héritée de Bleuler, permet à **H. Ey** de définir la schizophrénie comme une psychose chronique caractérisée par une « transformation profonde et progressive de la personne, qui cesse de construire son monde en communication avec autrui pour se perdre dans une pensée autistique, c'est-à-dire dans un chaos imaginaire » [2] [3]

2. Etat des lieux

a) La notion de stigmatisation

Cette notion issue des sciences sociales est décrite comme toute « parole ou action menant à transformer une déficience, une incapacité ou un handicap en une marque négative pour la personne ». **Goffman** la définit comme un « processus d'attribution à des individus de caractéristiques qui les rendent culturellement inacceptables ou jugés inférieurs ». L'individu stigmatisé va alors souvent induire la peur et par conséquent le rejet. Ainsi, les personnes qui en sont l'objet développent des sentiments de honte, de culpabilité et d'infériorité. Selon la littérature, deux représentations majeures sont associées à la schizophrénie : la dangerosité et le dédoublement de personnalité.

La littérature retrouve deux facteurs principaux à l'élaboration et au maintien de représentations stigmatisantes dans la population générale : les médias et l'ignorance et/ou la méconnaissance du trouble. [4]

b) Le rôle des médias : quelques faits divers

La schizophrénie est une maladie dont les médias parlent régulièrement mais en l'associant essentiellement à des faits divers de meurtre, violence... si bien que de nombreuses idées reçues se sont installées dans l'esprit des gens, qui associent ce syndrome à une violence intense et obligatoire rendant ces malades « bons à enfermer à vie »...

Voici quelques faits divers dont nous avons pu avoir connaissance et qui ont pu être associés à tort ou à raison à la schizophrénie.

L'un des faits les plus marquants de la dernière décennie et qui s'est déroulée en France a été le meurtre d'une infirmière et d'une aide-soignante dans l'établissement psychiatrique de Pau en 2004. Pour rappel, le **drame de Pau** est survenu dans la nuit du 17 au 18 décembre 2004 dans l'un des bâtiments de l'hôpital psychiatrique. Les victimes ont été retrouvées assassinées, l'une

égorgée, l'autre décapitée, la tête retrouvée sur un poste de télévision. Le 29 janvier 2005, Romain Dupuy est arrêté pour tentative de meurtre sur des policiers de la brigade anti-criminalité lors d'un contrôle de routine. Il est confondu par son ADN prélevé par la police sur son sang laissé lorsqu'il a brisé le vasistas de l'hôpital le soir du double-meurtre. Il est mis en examen le 3 février. Ce jeune homme de 21 ans au moment des faits, et ayant été déjà trois fois hospitalisé pour décompensation aigüe d'une schizophrénie dans cet établissement avoue rapidement son crime et expliquera avoir quitté son domicile le 17 décembre après avoir joué pendant des heures à *Predator* et fumé une quinzaine de joints. Il disait avoir été agressé trois jours plus tôt dans un quartier où il était venu se procurer du cannabis, il aurait alors rempli ses poches de vis pensant que des chiens pouvaient l'attaquer en chemin, il aurait également pris un couteau de cuisine pour se venger de ses agresseurs. Ne les trouvant pas, il se serait alors dirigé vers l'hôpital psychiatrique. Lorsqu'il aurait croisé les deux soignantes, il aurait pris l'infirmière pour « un mort-vivant ». C'est ce qu'il déclarera lors du procès, livrant un récit flou mêlant nazis, extra-terrestres et jeux vidéo. « Il évoqua d'un même ton détaché la scène de décapitation ou sa conviction de découvrir au sein du pavillon psychiatrique « des nazis qui avaient tous les pouvoirs. Ou des extra-terrestres. » (Extrait du journal Libération) Romain Dupuy a été déclaré irresponsable pénalement et un non-lieu a été prononcé le 14 décembre 2007. [5] [6] [7]

Plus récemment, en août 2009, **Andy F** avait 16 ans et était malheureusement impliqué dans un autre meurtre : celui de ses parents et frères. Dans la nuit du 11 au 12 août 2009, Andy aurait préparé ses affaires afin de fuguer puis en passant devant le fusil de son père aurait « eu envie de tirer avec ». Il aurait alors tué ses parents et ses frères jumeaux âgés de 10 ans. Il se serait ensuite enfui, et rejoint une amie à qui il se serait confié. Il aurait erré sur la plage et emmené à la gendarmerie par son oncle qui l'aurait retrouvé. Aux enquêteurs Andy leur aurait dit « *Je ne sais pas pourquoi j'ai fait cela (...) Je ne savais plus où j'étais, je n'entendais plus rien et je voyais tout flou. Il y avait quelqu'un d'autre à ma place* ». Encore une fois, le terme de schizophrénie a été employé mais très contesté, en effet les avis des experts divergeaient. *"L'incapacité des différents experts psychiatriques à s'accorder sur la responsabilité et la dangerosité d'Andy apparaît particulièrement révélatrice de l'énigme posée par ce jeune adolescent, socialement adapté, dont l'apparente froideur et l'absence de dépression post-acte posent question"*, a souligné l'ordonnance de mise en accusation dont le journal *Le Monde* avait eu connaissance. Pour les uns, Andy F. *"n'était pas accessible à une sanction pénale"* ; pour les autres, il l'était. *"L'évolution du sujet, examiné neuf mois après les faits, n'évoque pas une schizophrénie"*, a relevé l'un des psychiatres. Le même avait conclu *"à une personnalité émotionnellement labile, de type "borderline", entrant dans le cadre des pathologies limites de l'adolescence"*, sans que cela induise *"une abolition du discernement"*. Le 16 novembre 2012,



Andy a été acquitté « en raison d'un discernement aboli ». Le parquet a fait appel le 20 novembre 2012 et le 13 décembre 2013, Andy a à nouveau été jugé irresponsable. [8] [9] [10] [11]

Un autre fait marquant impliquant un schizophrène selon les médias, a été le décès d'un usager du métro parisien. Le 02 avril 2010, quelques mois après l'arrêt de son traitement, **Ahmed Konkobo**, 28 ans, aurait donné un violent coup de pied dans le dos d'un sri-lankais de 52 ans le poussant contre une rame de RER. Le train l'aurait alors percuté entraînant son décès un quart d'heure plus tard. Ahmed Konkobo expliquera plus tard qu'il avait arrêté son traitement car voulait prouver qu'il « pouvait vivre sans » et « montrer qu'il était normal »... et que son geste était dû à « un mauvais regard » et que « les personnes d'origine indienne ou pakistanaise l'obsédaient... » En décembre 2012, il a été condamné à 16 ans de prison et d'un suivi socio-judiciaire de 15 ans dès sa libération. (Il encourait jusqu'à 30 ans, les experts ont conclu à une altération du jugement et non une abolition ce qui aurait entraîné une irresponsabilité pénale comme pour Romain Dupuy et Andy F.) [12] [13] [14]

Nous avons vu seulement trois faits divers mais il en existe bien d'autres : l'affaire **Anders Behring Breivik** (le norvégien terroriste qui avait tué 77 personnes en 2011) [15] , celle de **Mohamed Merah** (le « tueur au scooter » toulousain qui avait fait 7 victimes en mars 2012. Alain Penin, un psychologue clinicien expert auprès de la Cour de Cassation en 2009 l'avait décrit comme "*gravement psychopathe, un prédateur qui semblait ne pas être affecté*". En revanche, il affirma : "*Mohamed Merah est tout, sauf schizophrène*") [16] ou encore le **patient qui aurait tué sa psychologue** à Paris le 29 août 2012 étiqueté schizophrène [17] etc.

Toutes ces affaires ont un point commun : celui de mentionner l'hypothèse d'une schizophrénie chez les accusés, que ce soit fondé ou non. Dans tous les cas, ce sont des faits très marquants tant dans la violence des gestes que dans la polémique générée : doit-on considérer le suspect malade au point que son discernement fut aboli au moment des faits ? Doit-il faire de la prison ou être en milieu hospitalier à vie ? Doit-on condamner les psychiatres référents quand il y a eu des antécédents psychiatriques ? Autant de questions qui font débat... Ce qui reste à l'esprit au moment des faits, dans l'engouement médiatique, l'émotion suscitée, l'empathie à l'égard des familles de victimes, c'est l'association schizophrénie-violence et cela même si le diagnostic ensuite est révoqué. Les médias par définition n'évoqueront que les schizophrènes violents et ne citeront pas les schizophrènes menant leur vie sans histoire... bien qu'ils soient largement majoritaires ! Le risque est la stigmatisation de cette maladie fortement handicapante et qui provoque le rejet par la société et parfois même par la famille des malades, induisant souvent un déni des symptômes par le sujet lui-même mais aussi par l'entourage et par conséquent au retard de diagnostic et de la prise en charge...

c) La méconnaissance du trouble

Avec le rôle des médias, la méconnaissance du trouble serait donc le deuxième facteur majeur de la stigmatisation de la maladie.

De façon logique, la stigmatisation serait inversement proportionnelle au degré d'information et de contact avec des sujets souffrant de troubles psychiatriques, il y aurait de surcroît une attitude moins péjorative et un recours moindre à des stéréotypes de la maladie.

Cette relation établie, certains auteurs ont pu préconiser l'organisation de rencontres entre malades souffrant de schizophrénie et population générale comme moyen de réduire la stigmatisation mais l'efficacité de cette pratique n'a pas pu être démontrée et elle aurait même pu avoir l'effet contraire... [4]

De nombreuses recherches ont montré l'impact des représentations sociales négatives des maladies mentales sur notamment la qualité de vie des malades, mais la stigmatisation touche aussi les familles et cet aspect négatif du trouble augmente l'hésitation à prendre contact avec le monde de la psychiatrie. De la même manière, la mauvaise image de la schizophrénie représente pour les médecins un obstacle à l'annonce de la maladie. Pour exemple, en France, une enquête auprès de 1700 praticiens a montré que 39% des psychiatres français estimaient nécessaire d'annoncer le diagnostic de schizophrénie mais que seuls 70% d'entre eux avouaient le faire parfois. Une autre étude retrouvait une information sur le diagnostic «donnée systématiquement ou le plus souvent » par 82% des praticiens pour les patients déprimés et seulement 13.5% lorsqu'il s'agissait de patients schizophrènes... L'ensemble des études laissent à penser qu'en ce qui concerne la schizophrénie « **le diagnostic est plus souvent posé qu'il est énoncé** » [18] Une autre étude menée au Québec en 2006 retrouvait seulement 58% des omnipraticiens qui avaient tendance à vouloir offrir de l'aide aux personnes souffrant de schizophrénie (vs 45% de la population générale) et 72% disaient ressentir de la compassion envers ces patients (vs 27% en population générale)... [19]

Il semble dans ce cadre important que des campagnes d'éducation, de déstigmatisation soient organisées auprès du grand public et des patients et leur famille (au travers par exemple de programmes de psychoéducation que nous développerons plus loin). Il est à noter que des campagnes d'information existe en France mais sont peu connues, notamment les *Journées de la Schizophrénies* dont la 11^{ème} édition, s'est déroulée des 17 au 23 mars 2014 sur le thème : « *Ma vie, c'est pas seulement la schizophrénie !* » [20]

d) Paroles de malades

Nous avons vu que l'impact des médias était important et que malheureusement associant la schizophrénie à des faits de violence, de nombreux malades (lorsqu'ils se rendent compte de leur état) taisent leur maladie et masquent leurs symptômes. Peur du regard des autres, peur de l'enfermement, peur du diagnostic... Les raisons de ne pas en parler ne manquent pas, et pourtant peut-être (et même très certainement) ce sont eux les mieux placés pour parler de leur trouble.

Nous avons pu recueillir certains propos sur les « forums » d'internet quelques paroles et interrogations que des patients schizophrènes ont pu écrire. Il est à noter que bien évidemment du fait de l'anonymat de ces personnes, il ne peut être certain que celles-ci soient réellement schizophrènes. Néanmoins certains témoignages paraissaient suffisamment parlants pour que nous les citions (les syntaxes et fautes d'orthographe ont volontairement été conservées):

« Vous croyez que c'est un symptôme de la schizophrénie ? (*à propos de la lecture de pensée*)

Moi des que je rentre en contact avec une personne, ça me le fait. Du coup, j'ai l'impression que l'autre aussi peut lire dans mes pensées. Du coup, les relations sont épuisantes, car ça devient comme une fusion. Du coup je me replie, au fond de ma chambre, et ne vois personne. Sauf au travail, ou la j'interprète un rôle, et la ça va a peu près. Mais dans la vie privée, ou hors travail, ça me le fait tout le temps. » Rhapsody, 12/12/2012 forum **Lectures de pensées, invasion psychique en l'autre, Atoute.org**

« Je n'ai pas honte d'être schizophrène mais j'ai honte de la vie que je mène parfois et du mensonge, ce fameux mensonge qui accompagne le schizophrène tout au long de sa vie. J'ai honte à la place des autres aussi, quand je vois leurs réactions, vis à vis de moi et des autres schizos, leurs réactions hostiles de personnages animés de passions morbides et de frustrations » Cepaduluxe, 07/10/2005 forum **La honte d'être schizophrène, Atoute.org**

« Pensez-vous qu'il puisse exister des avantages à être skyzophrène ?

Je pense d'un point de vue artistique. Moi-même je suis skyzophrène et je sais que extérioriser tout ça par l'art m'aide énormément.

Que ce soit la peinture, la parole, la musique ou l'écriture, au final le plus important c'est peut être de se dévoiler, d'extérioriser, de faire ressortir ses angoisses avec peut-être à la clef un public réceptif (et sûrement plus passionné qu'un psy). En tout cas pour ma part, même si cela ne soigne pas le cœur du problème, l'art est ma thérapie. » Jules2UV, 30/10/2005, forum **des avantages à être skyzophrène ?, atoute.org**

« Je voudrais avoir vos avis car ça n'a pas de sens d'entendre des voix d'ailleurs. Je me demande si ce n'est pas tout bêtement un dédoublement de personnalité c'est plus réaliste? Cette personnalité me parle tout le temps c'est en continu en fait. Cela expliquerait pourquoi la fume ne me faisait rien mais à lui si et il me parlait au début ainsi c'était pour me mettre prostré avec mes potes et récemment c'est pour me parler de la vie en m'offrant des concepts ds les choses que je fais. C compliqué à expliquer... Bref j'ai une personne ds ma tête qui me connais est-ce normal? » Axolon, 25/03/2005 forum **c'est quoi la schizophrénie ? Un dédoublement de la personnalité ? atoute.org**

« moi je n'arrive pas à me débarasser de ses voix, en fait celle que je distingue comme irréaliste sont gentilles avec moi depuis que moi aussi j'ai hurlé, pleuré, cogné les murs de ma chambre, toutes les voix que j'entend distinctement comme des voix "inhumaines" sont supportable et font presque partie de ma famille, mais elles sont aussi accompagnées de voix inconnues que je n'entend que quand je sors de chez moi et croisent des inconnus : celle là s'acharnent sur moi comme si j'étais un tas de merde posé devant leur porte, tellement je dois faire honte à ces êtres-voix là qu'elles utilisent leur dons d'imitation pour faire que les inconnus m'insultent et me méprisent (en lisant mes pensées...) » Eschi, 29/05/2005, forum **coup de gueule contre ces « c... » de voix, Atoute.org**

On s'aperçoit à travers ces témoignages que les patients ont une certaine conscience de leur état psychique et qu'ils tentent d'analyser cet état et porter des jugements, c'est ce qu'on appelle l'Insight, que l'on développera longuement dans un chapitre qui lui est consacré. Il est intéressant de voir également la façon dont ces personnes parlent de leur trouble et notamment le regard des autres et leur réticence à l'exprimer, certains parlent même de « honte »... Quelle honte y a-t-il cependant à être malade ?

B. Rappels théoriques sur la schizophrénie

1. Définition

Contrairement à ce que parfois l'usage courant du langage laisserait croire, la schizophrénie n'est pas un dédoublement de la personnalité, ni une forme de « débilite mentale » ou une personne « mentalement mauvaise », mais elle se manifeste cliniquement par des épisodes aigus associant : délire, hallucinations, troubles du comportement et par la persistance de divers symptômes chroniques pouvant constituer un handicap, caractérisé par une rupture du contact avec le monde extérieur et un repli autistique.

D'ailleurs, l'OMS¹ classe cette maladie dans le groupe des 10 maladies qui entraînent le plus d'invalidité et la considère comme un facteur majeur de désocialisation et de précarité. [21]

2. Epidémiologie

Les données épidémiologiques sont très variables d'une étude à l'autre et ceci est essentiellement dû à des variations dans les classifications utilisées pour établir le diagnostic, en effet on considère que la majorité des malades étiquetés « schizophrènes » par la CIM 10 se retrouve dans la DSM IV mais l'inverse n'est pas forcément le cas... (cf p38) Ces variations sont aussi dues au fait que les malades ne sont pas toujours diagnostiqués par « tabou » du diagnostic par exemple.

Ainsi, le taux d'incidence² varie de 0,16 ‰ à 7 ‰ mais avec une définition diagnostique plus étroite on retrouve un taux compris entre 0,09 et 0,14 ‰ [22] ou entre 0,10‰ et 0,70‰ avec une médiane à 0,20‰ en Europe selon une autre étude... [23] Le taux de prévalence³ va également varier mais les écarts sont moindres : les différentes études s'accordent pour dire que le taux moyen est de 1%. [22] [23] [3] [24]

Le sex ratio⁴ est de 1 (soit autant d'hommes que de femmes) mais les caractéristiques de la maladie varient selon le sexe : il est admis que 62% des hommes et 47% des femmes déclarent leur maladie avant l'âge de 25 ans et que 10,3% des hommes et 9,2% des femmes présentent des symptômes avant l'âge de 15 ans. Ce décalage des âges explique qu'on rencontre aussi plus d'hommes que de femmes malades restés célibataires et sans enfants car statistiquement, les femmes tombant malades plus tard, elles ont eu plus de probabilité de se marier et avoir des

¹ Organisation Mondiale de la Santé

² Nombre de nouveaux cas observés dans une population donnée sur un temps donné

³ Nombre de cas présents à un moment donné dans une population

⁴ Rapport du nombre d'hommes au nombre de femmes

enfants avant que la maladie ne se manifeste. On estime également que 70% des premiers symptômes sont négatifs, 20% positifs et négatifs et 10% seulement positifs (nous définirons ultérieurement ces différents symptômes). [22], [1]

Concernant la mortalité, on considère que le patient schizophrène a une espérance de vie diminuée de 10 ans environ, ce qui s'explique par le taux de suicide (10 à 20%) dont un quart est directement imputable à un trouble schizophrénique. La mortalité prématurée s'explique également par les comorbidités : addictive, somatique et iatrogène. [23]

La qualité de vie est par ailleurs affectée : celle des malades mais aussi celle des familles, la maladie se déclare vers l'âge de 15-25 ans et dure toute la vie. On considère que 10% des malades ont une bonne autonomie, que 70% ont une autonomie partielle et que 20% ont une perte d'autonomie ce qui conduit à des hospitalisations au long cours, des prises en charge en structures spécialisées, telles les MAS (Maison d'Accueil Spécialisée) ou les foyers médico-sociaux. [23] Si 1% de la population est touchée par la maladie, il ne faut cependant pas oublier l'impact sur la famille, ainsi on estime que la qualité de vie de 5% de la population sera à un moment ou à un autre, dégradée par cette maladie. [1]

L'impact socio-économique est également important : 10% seulement ont une activité professionnelle. Le coût moyen de la prise en charge thérapeutique est estimé à 15.000€ par an et par patient et on admet que 41% perçoivent l'AAH (Allocation Adulte Handicapé), 13,5% une pension d'invalidité et 4% le RMI. [23]

3. Sémiologie

Les expressions cliniques de la schizophrénie sont très variées d'un malade à un autre et évoluent avec le temps. Par ailleurs, de très nombreux symptômes ont été décrits, dont aucun n'est pathognomonique, mais se combinent de façon très variable, sans jamais réaliser de tableau clinique complet.

C'est pourquoi nous verrons dans un premier temps les critères diagnostiques retenus pour définir la schizophrénie puis dans un second temps les différents symptômes possibles et leur évolution dans le temps.

a) Critères diagnostiques

La schizophrénie est une maladie du cerveau, identifiée par l'association de 3 dimensions psychopathologiques fondamentales : les symptômes positifs, les symptômes négatifs et la désorganisation psychique.

- La première dimension (les symptômes positifs) est représentée par la **distorsion délirante de la réalité**, exprimée par des vécus délirants (ce qu'on nomme « pensées délirantes ») et des hallucinations (les « perceptions délirantes »).
- La deuxième dimension (les symptômes négatifs) est caractérisée par **l'appauvrissement affectif** et **idéo-affectif** (ex : l'aboulie, l'apathie, la réduction ou l'absence de capacité de modulation affective de la pensée, diminution nette de la réactivité émotionnelle face à des stimuli importants, comme l'absence de réactivité émotionnelle d'un patient schizophrène face à l'annonce du décès de son frère (cf. Q10 du questionnaire de connaissance de la schizophrénie QuesCoS, annexe 7))
- La troisième dimension est caractérisée par la **désorganisation de la pensée** avec des troubles de l'idéation et du langage (pauvreté du contenu et incohérence du discours, perte des liens logiques dans les pensées et le raisonnement...) avec comme conséquence directe la désorganisation du comportement qui se manifeste notamment par l'incongruité affective, c'est-à-dire une inadéquation entre les expressions physiques du sujet et le contexte émotionnel de la situation. (ex : se mettre à rire, chanter, danser lors de l'annonce d'un décès, d'une mauvaise nouvelle)
[21]

Le diagnostic de la schizophrénie est posé à partir de critères cliniques qui ont été établis précisément par des groupes d'experts internationaux. A partir de ces critères, deux définitions globalement similaires se sont imposées internationalement :

- Celle de la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies) élaborée par l'OMS

Cf. Annexe 1

- Et celle du DSM IV (4^{ème} édition du manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux), élaborée par l'association américaine de psychiatrie et utilisée dans la plupart des travaux actuels de recherche scientifique

Cf. Annexe 2

Les conditions exigées par le DSM IV pour poser un diagnostic obéissent au même schéma que la CIM 10 avec deux différences : la durée des symptômes doit être plus longue (6 mois minimum) et leur retentissement fonctionnel beaucoup plus marqué. Selon la CIM 10, il est concevable de présenter une schizophrénie temporaire et d'en guérir sans séquelles, la définition de la schizophrénie est donc large et n'exclut pas les cas bénins. Contrairement à la CIM 10, la schizophrénie que décrivent les auteurs américains est donc une maladie grave, chronique, incurable le plus souvent. La conséquence de cette différence de définition est la différence du nombre de cas diagnostiqués (lorsque les psychiatres utilisent la CIM 10 et diagnostiquent 50 cas, ceux qui optent pour le DSM IV n'en identifient que 35) [25]

En mai 2013 est paru la dernière révision du DSM : le DSM 5, qui concernant la schizophrénie, remet en cause tous les sous-types, supprimant tout simplement les types paranoïdes, catatonique etc., conservant tout de même le trouble schizo-affectif.

b) Description clinique

Il faut souvent du temps avant de porter le diagnostic de schizophrénie. Les symptômes peuvent être difficiles à déceler jusqu'à une phase avancée de la maladie, d'autant plus que le mode d'apparition peut considérablement varier d'un patient à un autre. Nous nous sommes largement inspirés de la description du **Professeur Llorca** dans « *La schizophrénie* » parue en 2004 pour la description clinique de la schizophrénie. [21]

(1) Période prodromique aspécifique (personnalité « prémorbide »)

La maladie démarre souvent très lentement et avec des signes peu spécifiques. Dans la plupart des cas, ces premiers signes apparaissent entre 15 et 25 ans, le plus souvent lentement et sournoisement, pouvant faire évoquer à la famille la fameuse « crise d'adolescence » mais ce peut être rapide dans quelques cas.

On observe souvent un retrait social progressif, qui va s'aggraver en même temps qu'apparaissent des difficultés d'intégration avec les jeunes du même âge, une réduction des performances scolaires ou professionnelles, des comportements d'opposition envers les parents, des bizarreries comportementales.

On constate également une réduction de la capacité à planifier des actes ou à mener des actions à leur terme.

Parfois il est retrouvé, chez ces sujets, une sensibilité émotionnelle très accentuée, une grande instabilité et une certaine difficulté à « vivre avec les autres ». Ce sont fréquemment des lecteurs avides de livres de religion, de psychologie ou d'ésotérisme. Beaucoup passent la plupart du temps à écouter la musique ou à regarder la télévision avec une tendance à rester isolé, renfermé avec des signes « pseudo-dépressifs », et une participation réduite aux activités scolaires ou familiales qui se déroulent autour d'eux. Il existe souvent une grande difficulté à établir des rapports avec l'autre sexe. Toutefois, tout cela reste généralement dans les limites de variabilité d'une adolescence normale.

(2) Les signes prodromiques plus spécifiques

Les premières manifestations plus spécifiques de la maladie varient entre accès aigu et altération insidieuse des intérêts et des activités. Ces signes se manifestent souvent après un « évènement stressant » bien identifiable, qui est dans la plupart des cas un évènement banal mais que le patient vit comme un stress important.

L'adolescent(e) ou le (la) jeune adulte vont avoir tendance à être en retrait, à fuir le contact social. Les émotions deviennent inadaptées à la situation et parfois émoussées. Il y a une grande difficulté à se motiver, à agir, à éprouver du plaisir, ce qui peut expliquer en partie l'apparition d'une attirance pour l'alcool ou la drogue.

Le sujet reste dans son lit ou se lance dans des activités stériles. La scolarité ou le travail deviennent souvent impossibles ou difficiles. Parfois le comportement ou les propos deviennent incohérents.

Avant l'apparition d'une phase aiguë manifeste, il existe fréquemment des manifestations d'altérations du comportement avec impulsivité, agressivité soudaine vers les autres membres de la famille ou des comportements alimentaires absurdes et inadaptés.

Cette façon d'agir est souvent considérée par l'entourage comme de la paresse ce qui ne manque pas de générer des conflits qui isolent davantage le sujet malade. Le rejet que provoquent ces symptômes sur l'entourage peut rapidement entraîner une exclusion familiale ainsi qu'une désocialisation si aucune prise en charge n'est assurée. Les signes de dépression et les idées suicidaires sont fréquents. Rappelons que 10 à 20% des patients schizophrènes meurent par suicide...

Cette phase prodromique peut se dérouler sur quelques semaines ou plusieurs mois, mais elle est dans tous les cas progressive.

Dans cette phase, l'anxiété est le symptôme clinique dominant ainsi que l'insomnie, les difficultés de concentration et l'agitation. Souvent le sujet se sent « bizarre », « différent des autres », avec des « centaines de doutes » et il pense que « la réalité autour de lui est en train de changer ». Des préoccupations somatiques injustifiées qui ne peuvent être attribuées à une maladie organique peuvent apparaître. Un autre symptôme qui peut apparaître dans cette phase prodromique est la dépersonnalisation avec des vécus d'irréalité, de changements de la perception, de perte d'identité, de transformations corporelles rapportés sans esprit critique comme s'ils étaient réels.

C'est un moment clé dans l'évolution de la maladie où le sujet se rend la plupart du temps compte d'un changement mais il ne parle que difficilement de ses interrogations pour diverses raisons, peur « qu'on le prenne pour un fou, qu'on l'enferme, qu'on se moque de lui... » Et si il parvient à en parler, les réactions d'autrui ne sont pas toujours adaptées. D'où l'importance d'une connaissance globale de la schizophrénie et d'une déstigmatisation nécessaire.

(3) La période d'état : manifestation de la folie

La période d'état suit la période prodromique et se caractérise par l'apparition de symptômes dits « positifs » ou « productifs » (hallucinations, délire) et de symptômes dits « négatifs » ou de « désorganisation ». Ce sont des signes typiques mais aucun d'entre eux n'est pathognomonique de la schizophrénie. Il est rare qu'un sujet présente simultanément l'ensemble des symptômes.

La schizophrénie repose classiquement sur une association de symptômes répartis en deux groupes : le syndrome dissociatif et le délire de type paranoïde.

➤ Le syndrome dissociatif

La dissociation de la vie mentale est souvent considérée comme le syndrome fondamental dans la schizophrénie (c'est-à-dire la « scission » pour **Bleuler** ; la « discordance » pour **P. Chaslin** et le « détachement du réel » pour **P. Janet**) par ce mot on entend dislocation ou la perte d'unité de la personnalité du sujet. Le syndrome dissociatif est la rupture de l'unité psychique provoquant un relâchement des processus associatifs qui permettent le fonctionnement mental, c'est-à-dire l'ensemble : fonctionnement intellectuel, affectivité et comportement.

○ **La dissociation intellectuelle**

C'est une altération de la sphère intellectuelle sur les plans de la construction logique, du cours et du contenu du langage, qui font que l'on qualifie souvent la pensée du malade schizophrène d' « imperméable ».

Perturbation de la construction logique : Le trouble des associations s'exprime par de brusques ruptures de sens, des contaminations d'une idée par une autre, des coq-à-l'âne (ou diffusions) ou des associations absurdes. La pensée du patient est très détachée de la logique commune, parfois excessivement concrète et répétitive, incapable de généralisation correcte et de synthèse, mais le plus souvent coupée de la réalité, envahie de représentations anarchiques, d'élaborations imaginaires ou délirantes sans suite ni cohésion.

Perturbation du cours du langage : Le déroulement de la pensée est souvent perturbé par des ralentissements, voire des suspensions du cours des idées (ce qu'on nomme « barrages ») et par des phénomènes de persévération ou de répétition stéréotypée des mêmes idées. La perte de spontanéité du langage peut se traduire par une latence des réponses, une extrême pauvreté de la parole, une répétition automatique des paroles de l'interlocuteur ou des stéréotypies sans fin. Il peut également exister des accès de mutisme, de discours en aparté ou accès de verbigeration ou d'impulsions verbales. Ces troubles du langage reflètent le manque de cohérence de la pensée.

Perturbation du contenu : Les altérations sémantiques se repèrent dans le détournement du sens des mots et dans les néologismes, (mots créés de toutes pièces pour exprimer des concepts obscurs et personnels). Au maximum, le langage totalement déformé et incompréhensible, interdit toute communication. Pour exemple, un patient nous fit partager un concept bien à lui, « le petit poucet des acouphènes qui parle comme un pédopsychiatre » pour nous désigner l'un de ces voisins (imaginaire ou déformé du réel ?). Dans ce terme nous ne retrouvons pas de néologisme mais un détournement du sens des mots pour exprimer un concept très personnel...

Trois particularités méritent d'être soulignées :

- La tendance au symbolisme, c'est-à-dire le recours à des métaphores et à des images donnant aux expressions du schizophrène un caractère bizarre, maniéré et flou
- L'abstractionnisme ou tendance systématique à la manipulation « gratuite » de concepts abstraits
- Le rationalisme morbide, activité mentale pseudo-logique, où la pensée se perd dans des raisonnements d'allure scientifique ou philosophique totalement détachée du réel. (ex : « je vais mal parce qu'ils ont envoyé un nouveau satellite dans l'espace »)

○ **La dissociation affective**

Il s'agit d'une déconnexion entre le contenu de la pensée et le vécu affectif, menant classiquement à l'ambivalence affective (elle peut se manifester sous la forme d'un émoussement affectif ou à des réactions émotionnelles inadaptées au contexte tels que les sourires immotivés)

Voici quelques particularités de cette dissociation affective :

L'émoussement affectif, l'indifférence à autrui, la froideur dans le contact, l'apparence insensible, la lenteur des réactions émotionnelles s'accompagnent de désintérêt, d'aboulie et d'inertie.

L'hypersensibilité est en fait très fréquente chez ces patients, les amenant à se soustraire le plus possible aux sollicitations extérieures. Cette attitude défensive explique probablement le retrait affectif, les attitudes négatives de mise à distance et de mépris ironique à l'égard d'autrui comme à l'égard d'eux-mêmes.

Des réactions émotionnelles brutales peuvent toujours venir rompre cette apparente neutralité affective : colère violente lors d'une frustration minime, accès de rire apparemment immotivés, brusque envahissement par de l'angoisse...

L'ambivalence affective s'exprime par la simultanéité de pulsions et de sentiments contraires : amour et haine, désir et rejet, fusion et séparation... traduisant l'impossibilité d'intégrer l'ambivalence « normale » des sentiments en une affectivité souple et cohérente. Les vie sociale, familiale et sentimentale s'en trouvent généralement très perturbées.

○ **La dissociation comportementale**

Elle est la surcharge, l'inadéquation ou l'appauvrissement des conduites psychomotrices. En clinique, il s'agit de *bizarries*, de *maniérisme* voire de *syndrome catatonique*.

Celui-ci regroupe un ensemble de troubles moteurs particulièrement caractéristiques :

- Un négativisme psychomoteur (attitude de retrait, esquive du contact physique, refus de la main tendue, opposition et repli)
- Une inertie (suspension des gestes, passivité), parfois associée à une suggestibilité paradoxale (répétition passive des gestes de l'entourage, échomimie, échopraxie)
- Des stéréotypies (ou répétition inlassable des mêmes gestes ou des mêmes conduites)

- Des hyperkinésies (souvent agressives ou clastiques)
- Une catalepsie (perte de l'initiative motrice, flexibilité cireuse, plasticité et conservation des attitudes imposées)

➤ **Le délire paranoïde**

Alors que le syndrome dissociatif est considéré comme le trouble fondamental, le délire paranoïde est le plus caractéristique de la schizophrénie, mais, rappelons-le n'est ni constant ni indispensable au diagnostic, tout comme tout délire ne correspond pas forcément à une schizophrénie.

L'activité délirante dans la schizophrénie prend typiquement une **forme** dite « paranoïde » aux caractéristiques cohérentes avec la dissociation psychique c'est-à-dire : floue, mal structurée, aux thèmes et aux mécanismes multiples, pauvre, stéréotypée avec une participation affective souvent médiocre.

Parmi les **mécanismes** les plus fréquents se trouvent les hallucinations qui sont des perceptions sans objet. Tous les sens peuvent être impliqués. Le sujet entend des voix qui peuvent l'accuser, lui donner des ordres, le contrôler, le menacer. Parfois il s'agit d'odeurs inhabituelles que les autres ne perçoivent pas ou d'impressions corporelles étranges. Ces phénomènes sont vécus comme réels, souvent très angoissants et source de souffrance considérable.

Les idées délirantes peuvent également faire appel à des mécanismes tels que l'intuition, l'imagination ou l'interprétation. Il s'agit alors d'une modification profonde du raisonnement constituée de croyances inadaptées tenaces, contraires à la logique et imperméables à toute confrontation au réel.

Les **contenus** du délire peuvent être très variés : délire de persécution (très fréquent), délire d'influence, vol de la pensée, transmission de la pensée, lecture de la pensée, délire érotique (rare), délire mystique (fréquent), délire de grandeur, délire de culpabilité, délires somatiques de transformation corporelle...

Le sujet peut ainsi être persuadé d'être l'objet d'un complot ou bien se sentir investi d'une mission divine ou de pouvoirs surnaturels. Il peut avoir la conviction que les autres peuvent deviner ses pensées ou que le présentateur d'une émission de télévision s'adresse à lui.

➤ Autres symptômes

D'autres symptômes sont moins connus mais tout aussi fréquents. Ainsi il existe la dissolution des capacités critiques et l'absence de la conscience de la maladie ou « défaut d'insight » sur lequel nous reviendrons plus en détails ultérieurement.

Un autre symptôme traité à part est le repli autistique. Cette notion est considérée par les uns comme un symptôme concomitant à la phase d'état de la maladie schizophrénique mais est pour d'autres la résultante de l'évolution « naturelle » de la pathologie. L'autisme ou repli autistique (terme préféré pour éviter la confusion avec la maladie infantile) a été définie par **Bleuler** comme une perturbation très caractéristique de la schizophrénie, « qui intéresse la relation de la vie intérieure au monde extérieur. C'est l'évasion de la réalité, et en même temps la prédominance relative ou absolue de la vie intérieure... Les grands schizophrènes vivent dans un monde à eux, où leurs désirs sont exaucés et d'où les obstacles sont exclus ». **Janet** avait parlé de « perte de sens de la réalité », **Bleuler** lui, nuance cette notion en positivant le repli autistique, évoquant une perte seulement partielle du sens de la réalité, dans certains domaines uniquement, permettant au schizophrène une reconstruction d'un monde à soi. [21] [24] [3]

4. Les différentes formes de schizophrénie

Les modalités cliniques de la schizophrénie sont très diverses. A coté des trois principales formes définies par **Kraepelin** (hébéphrénie, forme paranoïde et catatonique) auxquelles **Bleuler** a rajouté la schizophrénie simple, de nombreux aspects ont été décrits depuis le début du siècle. Les progrès thérapeutiques ont multiplié le nombre des formes intermittentes et centré l'intérêt sur les aspects évolutifs. Par ailleurs, de multiples formes mineures ont fait l'objet de descriptions cliniques, rendant assez floues les frontières entre la schizophrénie, les organisations névrotiques et les caractères pathologiques.

Nous retiendrons trois principales formes cliniques de schizophrénie qui sont :

- La schizophrénie paranoïde où prédomine le délire paranoïde
- L'hébéphrénie où prédomine le syndrome dissociatif
- La schizophrénie « indifférenciée » ou « simple » où les deux axes symptomatiques sont fortement présents.

D'autres formes cliniques peuvent être décrites en fonction notamment des manifestations associées (signes thymiques, troubles du comportement...) [24] [3]

a) La schizophrénie paranoïde

C'est la forme la plus fréquente et dite « productive ». Le délire prédomine et le syndrome dissociatif se trouve au second plan. Elle débute généralement dans la troisième décennie et peut évoluer par poussées ou d'une seule tenue. Elle est relativement sensible aux chimiothérapies qui permettent le plus souvent d'en contrôler l'évolution, la rendant discontinue et favorisant les réaménagements sur un mode pseudo-névrotique ou caractériel. Les formes non traitées ou résistantes évoluent par poussées alternées de rémissions partielles avec un appauvrissement progressif du délire qui devient de plus en plus incohérent. [3] [24]

b) L'hébéphrénie

Cette forme est dite « déficitaire ». Le syndrome dissociatif y est majeur, les éléments délirants pauvres, peu voire non productifs. Elle représente environ 20% des formes de schizophrénies, débute généralement avant 20 ans et typiquement à l'adolescence de façon insidieuse et progressive, par des troubles de la concentration intellectuelle, responsables d'une baisse du rendement scolaire ou professionnel. Peu à peu s'installent des troubles de l'affectivité et du caractère entraînant un repli social, une apathie et une indifférence hostile pour l'entourage. La perte progressive des intérêts, l'inertie et l'aboulie laissent parfois place à des actes impulsifs ou à de brusques engouements parascientifiques, ésotériques ou religieux. Des manifestations pseudo-névrotiques sont fréquentes au début de l'évolution, telles que des pseudo-phobies sous-tendues par des idées délirantes ou des inquiétudes hypochondriaques. Plus tard, le syndrome dissociatif dominera le tableau clinique. Le pronostic est sombre du fait d'une forte résistance au traitement médicamenteux et des possibilités d'adaptation sociale très limitées. [3] [24]

c) La schizophrénie indifférenciée ou simple

Elle correspond à la description typique de la schizophrénie, sans qu'un champ symptomatique prédomine sur l'autre. Elle se caractérise par l'installation insidieuse et progressive d'une perte des intérêts et des initiatives, par une restriction importante des relations sociales et familiales et par une affectivité ambivalente et appauvrie. Il n'y a en général ni hallucinations, ni délire ; les troubles de la pensée sont présents mais discrets. Le handicap social est généralement important mais une certaine adaptation dans des milieux marginaux et tolérants reste longtemps possible. Ces formes gardent cependant une potentialité d'évolution lente vers un déficit marqué. [3] [24]

d) La schizophrénie catatonique

Comme son nom l'indique, ici prédomine le syndrome catatonique (rare de nos jours). Elle se caractérise par la prédominance du syndrome dissociatif dans la sphère de la psychomotricité avec inertie, maniérisme, stéréotypies motrices et négativisme. La stupeur catatonique réalise un état d'immobilité et de mutisme presque total, avec éventuellement des attitudes d'opposition ou d'obéissance automatique et un syndrome cataleptique. Des accès de fureur catatonique peuvent survenir de façon brutale, sous la forme de décharges motrices d'une violence incontrôlable. Généralement cette forme est résistante aux traitements médicamenteux et nécessite un traitement par ECT (électro convulsivothérapie) [2] [24]

e) L'héboïdophrénie ou schizophrénie pseudo-psychopathique

Elle est caractérisée par l'importance des troubles du comportement (conduites antisociales, délinquance, instabilité, impulsivité, actes hétéro agressifs...) C'est la forme la plus souvent rencontrée chez les prisonniers souffrant de schizophrénie. [3] [24]

f) La schizophrénie pseudo-névrotique

Comme nous l'avons vu, on observe souvent au début de l'évolution des symptômes d'allure névrotique, tentatives de défense contre l'angoisse et la dissociation. Plus rarement, les manifestations névrotiques persistent au premier plan du tableau clinique ou réapparaissent au cours de l'évolution.

Les phobies, souvent des phobies sociales, participent au repli sur soi et peuvent être sous-tendues par la crainte délirante d'être observé, deviné dans ses pensées ou influencé par autrui.

Les obsessions sont fréquentes, particulières par leur caractère abstrait et stéréotypé. Sans grande lutte anxieuse et sans réelle critique, elles sont souvent proches d'une idée imposée.

Toutes les manifestations hystériques peuvent s'observer dans la schizophrénie. Bruyantes, souvent spectaculaires, elles risquent de masquer les signes de la psychose. Certes, l'hyper-expressivité hystérique se différencie du maniérisme schizophrénique par le caractère « gratuit » et autistique de ce dernier, l'absence d'un nécessaire « public », mais certaines manifestations hystériques comme des accès de dépersonnalisation par exemple paraissent proches des manifestations schizophréniques.

Certains auteurs traduisent alors ces incertitudes nosologiques par l'emploi de termes comme ceux de « psychose hystérique », d'état « schizophréniforme » ou encore d'accès schizophrénique aigu « réactionnel » [3] [24]

g) La schizophrénie dysthymique ou trouble schizo-affectif

Cette forme est caractérisée par l'importance des éléments thymiques associés (épisodes dépressifs et/ou maniaques) qui peuvent parfois prendre le premier plan de la symptomatologie.

L'évolution est processuelle avec des phases intercritiques souvent de bonne qualité, ce qui évoque celle de la maladie bipolaire (ancienne « psychose maniaco-dépressive »), et fait discuter l'appartenance nosologique de cette forme. Les travaux de **H. Pope** sembleraient montrer que la plupart des patients correspondant à ce cadre nosographique seraient en réalité des malades maniaco-dépressifs. [3] [24]

h) Les formes mineures

La schizophrénie résiduelle est la forme paucisymptomatique, se limitant à quelques bizarreries idéiques ou comportementales, à un handicap social relatif ou à une pauvreté des relations affectives résultant de l'évolution naturelle du trouble ou de l'évolution sous traitement.

Les notions de schizophrénie incipiens, de schizophrénie latente (Bleuler), de schizoses (Claude) s'en apparentent à la différence qu'elles se situent avant tout épisode pathologique cliniquement manifeste et impliquent quelques traits schizophréniques sans potentialité évolutive importante. La limite avec le *caractère schizoïde* (sujet introverti, solitaire, privilégiant la vie imaginaire) est assez théorique. [3] [24]

5. Evolution

On estime que 15 à 20 % des schizophrénies débutantes évoluent favorablement. Sinon, la maladie évolue en général avec des rechutes de psychose aiguë dans les premières années puis se stabilise avec des symptômes résiduels d'intensité variable selon les sujets.

a) L'évolution à la phase d'état de la maladie

On distingue trois grandes modalités évolutives :

- Une première modalité d'évolution est celle où la *phase prodromique est brève* et les symptômes de la phase aiguë active sont essentiellement productifs et « *bruyants* » (hallucinations et pensée délirante). Si le malade est soigné précocement et avec une thérapie appropriée, on peut observer dans de nombreux cas, une réduction progressive de la symptomatologie avec une *rémission totale ou quasi-totale*.

- Une deuxième modalité d'évolution est celle caractérisée par une phase prodromique *lente* et une évolution *insidieuse* et progressive jusqu'à la phase aiguë active. Dans ces cas la détérioration comportementale est également lente et progressive mais avec un fort appauvrissement de l'idéation et de la communication. L'aggravation progressive de la symptomatologie dans le temps est suivie par une *stabilisation* de la maladie après 10 à 15 ans d'évolution. A noter que, dans ces cas aussi, un traitement précoce permet d'améliorer le pronostic.
- Chez un nombre limité des patients, l'évolution tend à se poursuivre jusqu'à une *désagrégation profonde de l'état mental*. [21]

b) L'évolution à la phase résiduelle

Le terme de « phase résiduelle » définit un état plus ou moins stabilisé depuis de nombreuses années sans survenue de phases actives aiguës.

On peut observer :

- Une *restitution ad integrum* chez 25 à 30% des sujets, avec un retour de l'état fonctionnel à un niveau quasi pré-morbide, c'est-à-dire avant l'apparition de la maladie aiguë.
- Une *résolution partielle* dans 50% des cas avec une évolution vers un état fonctionnel « disadaptatif » mais stabilisé et sans signes psychotiques.
- Une *détérioration progressive* dans 20 à 25% des cas avec *chronicisation*, dégradation sociale et psychique profonde et désagrégation totale. [21]

c) Pronostic à long terme

Actuellement, il est admis que le pronostic dépend surtout de la qualité du soutien psychosocial, de l'accès aux soins et de l'adhésion aux prises en charge proposées. Un diagnostic précoce et le recours aux nouveaux médicaments antipsychotiques, la réduction de l'hospitalisation à long terme et une assistance psychiatrique améliorée, ont permis de modifier considérablement l'évolution à long terme de la maladie.

Ainsi, les prises en charge actuelles permettent pour près de la moitié des cas de retrouver des sources d'investissement ainsi que de reprendre des activités sociales et parfois

professionnelles. En effet, il est aujourd'hui possible d'observer, pour un nombre considérable de sujets, une rémission satisfaisante de la symptomatologie avec une possibilité accrue de réinsertion sociale totale ou partielle. Pour les autres, la persistance des symptômes résiduels surtout négatifs ou la pérennisation des rechutes compromet fortement l'autonomie et nécessite parfois le recours à des hospitalisations successives. [21]

6. Etiologie

La schizophrénie est une pathologie dont l'expression clinique est complexe et dont les facteurs étiologiques semblent multiples. Ils ont suscité de nombreuses hypothèses « étiopathogéniques » mais aucune des voies de recherche ne s'est à ce jour avérée totalement satisfaisante, du moins quant à son exclusivité causale.

Nous évoquerons dans ce chapitre les différents facteurs de la schizophrénie, qui sont plus ou moins controversés mais qui sont certainement complémentaires voire indissociables.

a) Facteurs génétiques

Les sujets, dont un parent proche souffre de schizophrénie, ont une probabilité plus élevée de développer cette pathologie que les sujets ne présentant pas de membre de leur famille souffrant de schizophrénie. Ainsi, d'après certaines études, le jumeau monozygote d'un patient souffrant de schizophrénie a un risque allant jusqu'à 40 à 50% ([21]) de développer lui aussi la maladie. Ceci souligne l'importance du facteur génétique mais également le fait que, à patrimoine génétique identique, de nombreux autres facteurs puissent entrer en ligne de compte.

On remarque cependant que les études sur les familles de patients schizophrènes montrent de façon concordante une augmentation du risque morbide, d'autant plus élevé que le lien de parenté est plus étroit. Ainsi, comme nous l'avons déjà vu, alors que le risque est de 1% environ dans la population générale, il s'élève à 4 % dans la parenté du deuxième degré (oncles, tantes, cousins, neveux), à 6% chez les parents (père et mère) et à 10% dans le reste de la parenté du premier degré (frères, sœurs et enfants) Le risque est supérieur à 30% pour les enfants de deux parents souffrant de schizophrénie. A noter que l'on retrouve les mêmes taux dans les études d'adoption : chez les ascendants et collatéraux biologiques d'enfants schizophrènes adoptés (**Kety**, 1975) ou parmi les enfants que l'adoption a séparés tôt de leur parent biologique malade (**Rosenthal**, 1968) ; inversement, les enfants de parents non malades, adoptés par des personnes schizophrènes ont le même risque morbide que la population générale (**Wender**, 1974 ; **Higgins**, 1976) ; ce qui limite le facteur environnemental et permet d'affirmer que l'adoption voire le placement familial précoce ne diminuerait pas le risque de schizophrénie. [3]

En ce qui concerne les jumeaux, d'autres études ont retrouvé un risque morbide 10 fois plus élevé pour le jumeau dizygote d'un malade schizophrène que dans la population générale, et 20 à 40 fois plus élevé pour le jumeau monozygote (mais non 100% comme le laisserait supposer un facteur uniquement génétique...) [3]

En fait, la schizophrénie ne peut pas apparaître comme une maladie de transmission génétique simple mais plutôt comme une maladie à la fois *plurifactorielle* et *polygénique*.

Ceci conduit à intégrer la notion de « vulnérabilité », sous-tendue à la fois par les aspects génétiques mais également non génétiques. Certains sujets présenteraient alors une « vulnérabilité » pouvant s'exprimer dans un certain nombre de circonstances (notamment l'adolescence) mais également dans certains contextes d'environnement.

Différents travaux visent à développer des marqueurs de vulnérabilité soit chez des sujets atteints soit dans l'entourage familial. On parle d'*endophénotypes*. Ce sont des signes cliniques, neurochimiques ou électrophysiologiques associés à la maladie et témoins de troubles élémentaires du traitement de l'information. Ils sont stables dans le temps, ne sont pas induits par les thérapeutiques et peuvent être observés dans les familles de patients atteints y compris chez les sujets non schizophrènes (ils n'en portent que la vulnérabilité). [21]

Etant donné le risque de transmission génétique ici mis en évidence, un conseil génétique destiné aux familles peut être demandé. La situation la plus fréquente est celle d'une personne dont le conjoint souffre de schizophrénie récemment diagnostiquée et qui veut connaître le risque pour ses enfants. La préoccupation peut également concerner les parents de patients schizophrènes qui souhaitent connaître le risque pour les autres membres de la fratrie. Comme nous venons de le voir, la schizophrénie est une maladie à transmission héréditaire complexe et dont les facteurs de risque sont multiples, définissant une « vulnérabilité » et non une prédestination obligatoire. Il convient donc à ce jour d'être extrêmement prudent face aux questionnements de la famille et dans les conseils génétiques que nous pouvons donner aux parents. [21]

Ces études génétiques établissent l'importance de l'hérédité dans la survenue de la maladie mais soulèvent également différentes questions :

- Le mode de transmission qui reste discuté. (Est-ce une transmission polygénique ? cf. travaux d'**Odegard**, 1972 et de **Schiels**, 1975 ; une transmission à deux gènes ?, **Karlsson**, 1968 ou une transmission monogénique dominante avec pénétrance partielle ? **Elston** 1970, **Kidd**, 1975)

- Le risque génétique relativement bas et le taux de concordance des jumeaux monozygotes ne dépassant pas 50% rendent très probables les interactions entre facteur génétique et environnement.
- La notion de « spectre génétique » (**Kety**) est également importante. Elle repose sur l'identification de troubles psychiques non schizophréniques mais qui pourraient être apparentés dans des familles de schizophrènes. Ces troubles concerneraient les personnalités schizoïdes et paranoïaques, les psychopathes et certains alcooliques. [3]

b) Facteurs neurobiochimiques

C'est à partir de la découverte, au début des années 60, du mécanisme d'action des neuroleptiques (qui ont été les premiers traitements pharmacologiques ayant montré leur efficacité chez les patients souffrant de schizophrénie) que l'hypothèse d'un hyperfonctionnement dopaminergique a été formulée (**Carlsson et Lindqvist** 1963). D'autre part, les produits agonistes dopaminergiques (L-Dopa, apomorphine, amphétamines à faibles doses) aggravent généralement les symptômes de la schizophrénie et, dans le cas des amphétamines, peuvent même créer à fortes doses un syndrome proche de la schizophrénie paranoïde chez les sujets non schizophrènes (**Janowsky**, 1973)

Selon cette hypothèse, la symptomatologie schizophrénique serait liée :

- soit à une augmentation de la synthèse de dopamine (hypothèse abandonnée après les travaux de **Bowers**, 1974 et de **Post**, 1975),
- soit à un fonctionnement excessif de certaines voies dopaminergiques dans le cerveau (non mis en évidence cependant)
- soit à une hypersensibilité post-synaptique des récepteurs dopaminergiques (hypothèse la plus probable, **Owen**, 1978).

De nombreux autres systèmes de neurotransmission ont été aussi évoqués : système glutamatergique, système gabaergique, système sérotoninergique.

Ces différents systèmes de neurotransmission interagissent entre eux et c'est une perturbation de l'équilibre de leur fonctionnement qui pourrait être responsable des troubles observés. [21]

On a également tenté de mettre en évidence le rôle éventuel des endorphines dans la schizophrénie à partir des modifications comportementales observées chez l'animal sous l'action des endorphines. L'hypothèse d'une activité endorphinique excessive repose sur les travaux de **Terenius** (1976) qui constatait une augmentation de la fraction II de la bêta-endorphine dans le LCR des patients schizophrènes, suivie d'un retour à la normale lors de l'amélioration sous neuroleptique. Cependant, divers travaux ont retrouvés des résultats discordants ne permettant pas à ce jour de formuler une hypothèse générale sur la participation des endorphines dans les manifestations cliniques de la schizophrénie ni dans la pathogénie. [3]

c) Facteur neurodéveloppemental

Pour certains, l'apparition de la symptomatologie schizophrénique serait la conséquence d'une agression précoce vécue soit *in utero* soit durant la période périnatale par le patient (ex : carences alimentaires, infection fœto-maternelle, accouchement traumatique...). Cette agression serait responsable de perturbations dans la maturation du système nerveux central dont les conséquences pourraient être l'apparition au moment de l'adolescence (en particulier lors de certains remaniements dans la vie du sujet mais également de déséquilibres hormonaux) d'un dysfonctionnement du système nerveux central, responsable de l'apparition des signes cliniques de la schizophrénie.

Parmi les processus impliqués dans ces dysfonctionnements cérébraux, des altérations des connexions entre les neurones sembleraient fortement en cause. [21] La traduction clinique de ces dommages précoces resterait le plus souvent silencieuse, ou limitée à quelques déficiences motrices ou cognitives minimales, sans gravité apparente pour le développement de l'enfant. Pour certains, on retrouvera a posteriori de discrètes anomalies psychomotrices plus ou moins notées par leurs proches (famille, instituteurs etc....) durant l'enfance comme par exemple une anxiété sociale excessive, le retard de certains apprentissages... [25]

Dans un article paru en juin 2003, **Dr Hélène Ollat**, neurologue, conforte cette hypothèse par l'observation d'une « *Dysrégulation du développement post natal du cortex préfrontal et du cortex associatif chez les schizophrènes* ». Elle rappelle que normalement, la substance grise mais aussi la substance blanche corticales se modifient en post-natal. Dans la substance grise, il y a d'abord une surproduction de processus neuritiques (axones et dendrites) puis les contacts synaptiques se réduisent progressivement. Secondairement, le volume de la substance grise continue à décroître, mais plus lentement. Quant à la substance blanche, son volume dans les lobes frontal et temporal augmente (du fait de la myélinisation) jusqu'à 40-50ans pour décroître ensuite. Au total, entre 15 et 45ans, le ratio volume de la substance grise/volume de la substance blanche décroît de façon progressive dans les lobes frontal et temporal. Chez les schizophrènes, il semblerait que ce ratio

resterait relativement stable, en raison d'une expansion anormalement faible de la substance blanche, la myélinisation post-natale ne se ferait peut-être pas normalement dans les lobes frontal et temporal chez le patient schizophrène. [26]

Le modèle neurodéveloppemental des schizophrénies repose sur l'hypothèse que certaines anomalies survenant précocement dans le développement cérébral seraient un facteur de risque de développer une schizophrénie plus tard. Un débat actuel oppose les « partisans » de la neurotoxicité (équivalent d'une neurodégénérescence) contre les défenseurs de la neuroplasticité. **Weinberger** soutient la dernière hypothèse et remarque que l'utilisation de l'IRM pour la mesure des volumes du LCR (notamment des ventricules) ne permet pas plus d'établir qu'un cerveau s'est développé d'une façon anormale que son tissu a dégénéré (en effet, les volumes sembleraient varier de manière aléatoire et dépendrait aussi de différents facteurs, notamment médicamenteux...) [27] Il remarque également qu'il n'existe aucun indice de neurodégénérescence à l'examen neuropathologique post-mortem comme une réaction de gliose par exemple (et donc aucun indice de mort cellulaire par apoptose) et que des anomalies du développement cognitif et moteur sont remarquées dès l'enfance des sujets atteints de schizophrénie ce qui serait donc en faveur d'un développement anormal plus que d'une dégénérescence. [28]

d) Facteurs socio-environnementaux.

Plusieurs études épidémiologiques ont mis en évidence l'implication de facteurs environnementaux et sociaux dans l'augmentation du risque de survenue d'une pathologie schizophrénique chez des sujets vulnérables. Mais l'observation de la présence de la schizophrénie dans toutes les cultures et sous toutes les latitudes fait de l'ombre à l'émission d'une causalité socio-environnementale universelle, bien que les modes d'expression et les formes de psychose puissent varier selon le contexte culturel.

Un statut socio-économique bas a parfois été mis en avant comme cause favorisante de la maladie, ou comme facteur précipitant sur des personnalités prédisposées. En fait, il semblerait que de telles conditions sociales soient plutôt des conséquences que des causes de la maladie.

(Kohn)

En revanche, tout changement du milieu culturel semble jouer un rôle favorisant dans le déclenchement de la maladie : urbanisation, isolement social, migration...

L'influence de la culture se ferait surtout sentir dans le domaine de l'évolution (**Murphy**, 1980, 1982) ; les comparaisons entre l'évolution des schizophrénies dans les milieux industrialisés

et les pays en voie de développement montrent que dans ces derniers, les épisodes seraient plus courts et les rémissions meilleures et plus longues. Ce meilleur pronostic dans les pays en voie de développement pourrait s'expliquer par différents facteurs : la qualité des familles (plus aptes à supporter et à aider leurs membres malades), une meilleure acceptation des manifestations les plus bruyantes et une moindre spécialisation des rôles sociaux et des fonctions professionnelles (exigeant du sujet marginal moins d'efforts pour recouvrer son statut)

De nombreux auteurs ont mis en évidence l'importance de certaines modalités d'interactions intrafamiliales comme facteur favorisant l'émergence d'une pathologie schizophrénique. Nous développerons dans un chapitre ultérieur le rôle de la famille d'un patient schizophrène et les possibilités thérapeutiques qui implique l'entourage du malade. [21]

e) Facteur psychodynamique

Dans les conceptions initiales de **Freud**, selon une approche psychanalytique, la schizophrénie a été décrite comme une « névrose narcissique ». La genèse des symptômes se comprenant d'abord en termes de mécanisme de défense contre l'angoisse issue des traumatismes précoces, sur un modèle proche de celui des névroses.

L'organisation de la structure schizophrénique se caractériserait par un échec des mécanismes d'identification. Il en résulterait alors une carence responsable de cette absence des limites du Soi qu'exprimeraient les manifestations paranoïdes. Le schizophrène, du fait d'une incapacité à se connaître et à connaître les autres développerait des relations à l'autre dénuées d'affect et donc reconstruirait un monde à lui (d'où les manifestations paranoïdes, projection de ses angoisses)

Un autre mécanisme de défense du schizophrène serait le clivage du moi. C'est-à-dire, la coexistence de pulsions opposées (ex : amour et haine) ainsi que la coexistence d'une partie du réel avec le déni de certains éléments du réel (qu'il soit intérieur ou extérieur) Cette notion permettrait d'expliquer l'apparition d'un symptôme clinique : la dissociation (notamment psychique)

Ces mécanismes de défense contre l'angoisse (la projection et le clivage) évoquent ceux qui sont mis en jeu durant la première année de l'enfant, lorsqu'il élabore sa relation avec sa mère, incorporant les premiers éléments du monde extérieur (la projection) et s'en différenciant (le clivage). Ceci a fait suggérer une perturbation très précoce des relations mère-enfant chez le patient schizophrène.

A partir de la constatation de Freud que le refoulement dans les psychoses était différent de celui des névroses, **Lacan** introduisit le terme de « forclusion » (ce qui est « fermé dehors »), pour

désigner le mécanisme qui serait à l'origine de la psychose : ce qui avait été dénié et aboli à l'intérieur « revient de l'extérieur » (se traduisant cliniquement par l'hallucination).

Prenons un exemple pour expliquer ce terme de « forclusion » :

D'après une observation que rapporte **Serge Leclaire**, psychanalyste français, un homme qui avait tendance à boire était rentré, un soir, chez lui en faisant beaucoup de bruit. Et bien entendu, des agents de police arrivèrent. On les appelait alors des "*hirondelles*". Les agents en question amenèrent énergiquement cet homme au poste de police, où il y passa la nuit. Le lendemain matin, il n'avait gardé aucun souvenir de cet épisode, tellement il avait été perdu dans les brumes de l'alcool...

Les choses en étaient restées là et il continua ses occupations. Mais huit mois plus tard, à l'occasion d'un meeting aérien, apparût chez lui un délire. Et ce délire fut centré sur des oiseaux : il se prenait pour un aigle. Il construisit une maison dans un arbre qui était, disait-il, une maison volière, où il y avait des espèces d'oiseaux très rares. Il écoutait la musique d'Olivier MESSIAEN (qui avait composé de nombreux morceaux de musique à propos d'oiseaux), il partait dans de longues migrations... Pour résumer, il se prenait pour un oiseau. Mais le point important était que dans ce délire, il se sentait attaqué par des hirondelles!

On peut dire que cet homme, lorsqu'il était en état d'ébriété où il a été pris par des agents de police qu'on appelle des "*hirondelles*", a complètement « forclos » cet épisode de sa vie. Ce qui ne veut pas dire qu'il l'a oublié, mais que cet épisode ne s'est pas inscrit en lui. Et c'est précisément parce que cet événement avait été forclos et non pas oublié, qu'un jour revient dans le réel sous la forme hallucinatoire quelque chose de ce qui, justement, s'est passé cette nuit-là et qui a effectivement existé, même si ça ne s'est pas inscrit en lui. Et ce qui revient dans son réel, c'est l'hirondelle, mais sous forme de l'oiseau hirondelle.

A noter que ce mécanisme de défense est différent du « refoulement » que l'on retrouve chez les névrotiques, où dans cet exemple, les hirondelles (sous forme d'oiseaux ou de gendarmes) seraient réapparues au cours d'un rêve ou révélées par un lapsus, le sujet aurait eu alors conscience de leur existence sans savoir nécessairement à quoi le rêve ou le lapsus aurait fait référence.

Pour **Lacan**, la forclusion désignerait « le Nom du Père » dans le sens « phallus » et « qui représente la loi ». Le manque du « Père » désigné dans ce sens serait à l'origine d'une relation duelle à la mère et de l'incapacité de l'enfant à exister en tant que sujet à part entière. C'est en quelque sorte la manière dont la mère va parler du père qui serait déterminant. Le « manque » ne désignant un manque physique (en effet, tous les enfants de veuves ne sont pas schizophrènes), mais un manque au sens où la mère se penserait comme suffisante à elle-seule ce qui impliquerait une dualité exclusive, fusionnelle, mère-enfant. Comme une idée qu'elle a fait son bébé seule, il

existerait seulement un géniteur, tout au plus un père biologique. L'enfant n'aurait pas de modèle « paternel », pas d'identification à avoir.

Ces mères de psychotiques auraient souvent du mal à s'inscrire elles-mêmes dans une généalogie, dans une filiation, et elles auraient quelques difficultés par rapport à la loi. Non pas qu'elles seraient hors la loi, elles seraient la loi. Nous évoquons ici les mères mais non au titre de personne féminine ayant donné la vie mais au concept de symbole maternel. Ainsi, le père au sens homme, s'il se trouve dans la situation de dualité exclusive avec l'enfant et qu'il « est » la loi, pourrait selon la théorie psychanalytique, donner naissance à un enfant psychotique.

Ainsi, le président SCHREBER, une des cinq psychanalyses de Sigmund Freud, (qu'il a réalisée à partir des écrits de Daniel-Paul Schreber répertoriés dans un ouvrage : « Mémoires d'un névropathe » paru en 1903) aurait développé une psychose paranoïde. Le père de celui-ci était un homme absolument incroyable dans la mesure où il avait retiré ses enfants à la mère quand ils étaient tout petits. Ils étaient élevés par leur père, lui-même persuadé de détenir la vérité sur l'éducation des enfants. Il a d'ailleurs écrit un traité qui s'appelait « *gymnastique en chambre* » et qui indiquait comment on élevait un enfant: « *pour bien élever un enfant il faut que celui-ci fasse telle gymnastique, à tel moment, pour qu'il y ait telle attitude corporelle...* ». Et ce père, dans l'ombre duquel son fils a construit son délire (c'est à dire d'être de filiation divine, par laquelle il rentrait en contact avec Dieu, impression de se transformer en femme), ce père en question n'était pas du tout manquant, ni absent. Il était trop là. Il se prenait pour le Nom du Père. Il était persuadé que lui était la loi. Donc le Nom du Père, qui est forclos, survient dans une situation familiale où le père n'est pas absent, mais où le père lui-même a quelques difficultés à se situer par rapport à la loi. [29] [3]

f) Autres facteurs.

(1) L'hypothèse immunologique.

Elle repose sur quelques études montrant une élévation de certaines immunoglobulines dans le sérum de patients et leur normalisation après traitement neuroleptique. Nous pouvons en rapprocher certaines anomalies du système d'histocompatibilité, rapportées dans plusieurs études sur des malades souffrant de schizophrénie. [3]

(2) Les anomalies morphologiques cérébrales.

Les recherches dans ce domaine ont bénéficié de méthodes non invasives telles que la scannographie, la « caméra à positron » et la résonance magnétique nucléaire. Il semblerait exister une certaine concordance pour décrire le cerveau des schizophrènes, à savoir :

- une atrophie cérébrale
- une inversion de l'asymétrie hémisphérique (inconstamment retrouvée)
- une diminution du flux sanguin frontal (chez les sujets présentant des symptômes déficitaires)

Il est à préciser cependant que ces résultats ne peuvent pas être généralisés, ni interprétés et que les résultats ne sont pas encore suffisamment démontrés. [3]

(3) Les anomalies électro-physiologiques

L'électro-encéphalographie quantitative qui consiste à déterminer la densité spectrale des ondes EEG, a apporté trois types de résultats :

- l'activité électrique des patients schizophrènes semble caractérisée par une diminution de la variabilité du tracé et par une diminution du rythme alpha, corrélée à une augmentation du delta et du thêta

- les tracés riches en ondes lentes auraient une valeur prédictive en faveur d'une mauvaise réponse au traitement neuroleptique

- l'asymétrie hémisphérique anormale serait liée à une hyperactivité de l'hémisphère gauche.

L'étude des potentiels évoqués montre des anomalies fréquentes et concordantes qui peuvent être rapprochées des perturbations présentées par les schizophrènes dans les différentes composantes des processus d'attention et de saisie des informations.

L'étude des indices périphériques de l'éveil a donné lieu à de nombreux travaux qui démontreraient que les anomalies de l'éveil constitueraient une caractéristique des sujets à haut risque de schizophrénie. [3]

7. Méthodes diagnostiques

Contrairement aux maladies somatiques, la schizophrénie ne peut pas être identifiée et diagnostiquée à partir de tests biologiques ou d'examens techniques comme l'imagerie médicale (si ce n'est pour éliminer d'autres maladies pouvant se présenter comme une schizophrénie)

Néanmoins, il existe des travaux de recherche actuels notamment en neuro-imagerie permettant d'espérer un jour peut-être pouvoir diagnostiquer par des examens paracliniques cette maladie.

a) Comment faire le diagnostic de schizophrénie ?

Comme nous l'avons déjà vu, la schizophrénie est un trouble psychotique chronique. Les symptômes nécessaires au diagnostic doivent être présents pendant au moins 6 mois. Rappelons ici les symptômes les plus caractéristiques selon le tableau suivant :

Symptômes négatifs : perte d'une fonction normale	Symptômes positifs : excès ou distorsion d'une fonction normale
Alogie	Hallucinations
Anhédonie	Délire
Trouble de l'attention	Affect inapproprié
Avolition	Bizarrerie du comportement
Emoussement affectif	Troubles de la pensée

Tableau 1 : Résumé des symptômes négatifs et positifs de la schizophrénie

En clinique, c'est le ressenti du clinicien qui constitue l'un des paramètres les plus opérants pour le diagnostic de schizophrénie. **Rümke** (1990) définit une approche personnelle du diagnostic de schizophrénie dans son article « *Het Kernsymptoom der schizophrenie en het Praecoxgevoel* », traduit par « le symptôme nucléaire de la schizophrénie et le sentiment du précoce [*praecoxfeeling*] ». Il remarqua qu'il était très rare qu'un clinicien soit capable de définir exactement le cheminement par lequel il est arrivé au diagnostic. Si deux cliniciens s'opposent pour le diagnostic de schizophrénie d'un même patient, celui qui défendra le diagnostic de schizophrénie le fera car il aura « senti une note schizophrénique » durant l'entretien, le *praecoxfeeling* alors que son confrère n'aura pas ressenti ce *praecoxfeeling*. Pour Rümke, les symptômes en eux-mêmes

ne justifient jamais le diagnostic mais sont seulement utiles pour « illustrer le raisonnement du clinicien ». [30]

Le diagnostic de schizophrénie, comme pour l'ensemble des affections psychiatriques, est un diagnostic d'élimination et il convient de réaliser un examen clinique (surtout neurologique) et un bilan somatique approfondi avant de conclure à cette maladie (notamment si le début des troubles survient chez un sujet de plus de 35 ans). [21]

b) Eléments en faveur d'une cause organique

Certains éléments sont particulièrement suspects d'une cause somatique même si celle-ci doit toujours être recherchée.

L'existence d'hallucinations cénesthésiques par exemple doit faire rechercher une cause parasitaire ou dermatologique à l'origine d'un prurit, ou si la sensation rappelle celle d'un insecte rampant sur la peau, la prise de toxique doit être recherchée, en particulier la cocaïne.

Les hallucinations olfactives peuvent être dues à une épilepsie temporale. A noter également que les hallucinations visuelles ne sont pas majoritaires dans la schizophrénie et qu'une cause organique doit impérativement être suspectée (car possible état de confusion)

Les idées délirantes sont également fréquentes lors d'intoxication ou dans les « états de manque », elles s'accompagnent généralement d'un état confusionnel avec une désorientation temporo-spatiale. [31]

c) Examens paracliniques effectués afin d'éliminer un diagnostic différentiel

- Bilan sanguin standard avec NFS, ionogramme, bilan hépatique.
- Bilan thyroïdien
- Dosage des folates, vitamines B12 et fer
- EEG et scanner cérébral
- Bilan toxicologique, y compris cannabis.
- Ponction lombaire selon les signes cliniques (doute sur une encéphalopathie)

d) Echelles

Il existe différentes échelles pour évaluer le trouble psychotique dont la plus connue et la plus utilisée est la PANSS (Positive And Negative Syndrom Scale)

L'échelle PANSS de **Kay et al.** (1987), traduite en français, est une échelle d'hétéro-évaluation de 30 items cotés de 1 à 7 des symptômes psychopathologiques observés chez les patients qui présentent des syndromes psychotiques, notamment des états schizophréniques. Trois notes sont généralement calculées pour l'évaluation de 3 dimensions syndromiques: positive, négative et de psychopathologie générale (à noter qu'elle comprend également un item sur l'Insight). Les principales études de validation de l'échelle PANSS ont consisté en plusieurs analyses factorielles et en des confrontations avec les données issues d'autres échelles de schizophrénie comme les échelles de **Nancy Andreasen** SANS (*Scale for the Assessment of Negative Symptoms*) et SAPS (*Scale for the Assessment of Positive Symptoms*) et pour évaluer plus largement les symptômes, une version courte de la BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*) y a été rajoutée. Elle permet d'étudier le profil symptomatique de diverses populations de patients psychotiques et est bien adaptée à l'étude de l'évolution sous traitement. En revanche elle nécessite de recueillir l'avis de l'entourage, des aidants ou des soignants pour être cotée correctement, ce qui est plus objectif, mais n'est pas toujours facile en dehors d'une hospitalisation. Une version sous forme d'entretien semi-structuré la SCI-PANSS permet d'aborder tous les items de la PANSS en 30-45 minutes en moyenne.

e) Recherches actuelles

(1) Neuro-imagerie

De nombreux travaux se sont développés ces dernières années autour des relations entre imagerie cérébrale et schizophrénie. Principalement, deux types de données ont été obtenus : ceux issus de l'imagerie « structurale » et les autres de l'imagerie « fonctionnelle ».

L'imagerie structurale permet des estimations de volumes, de taille de la morphologie du cerveau et de ses sous-structures. Même si les résultats sont discordants et critiqués, le résultat le plus fréquemment obtenu est l'augmentation du volume des ventricules latéraux et du 3^{ème} ventricule, en rapport avec une légère diminution (2 à 3%) du volume total du tissu cérébral, un peu plus marquée au niveau de la substance grise des aires temporales et préfrontales que de la substance blanche.

L'imagerie fonctionnelle permet une mesure du degré de fonctionnement de certaines aires cérébrales selon certaines conditions (ex : durant une hallucination, durant une tâche particulière, comme la mémorisation, le calcul...) Le fait de comparer sujets schizophrènes/sujets sains permet de mettre en évidence des particularités de la maladie et d'objectiver le type d'opération cognitive défectueuse susceptible d'expliquer la survenue de tel ou tel symptôme. [25]

(2) Autre

Différentes recherches récentes offrent des perspectives d'outils de diagnostic plus ou moins inattendus comme par exemple :

- La recherche d'anomalie des dermatoglyphes. Ces dessins que forment sur la pulpe des doigts les sillons dermiques apparaissent au cours du second trimestre de la gestation, période du développement cérébral. L'aspect de ces dermatoglyphes peut être influencé par de nombreux facteurs environnementaux durant cette période puis demeure ainsi fixé à vie. Ceci serait donc un excellent marqueur des traumatismes subis par le fœtus. Une équipe de **Maudsley** à Londres a étudié leur morphologie dans une série de jumeaux monozygotes atteints de schizophrénie comparée à des jumeaux sains. Le risque de présenter des anomalies dermatoglyphiques apparaissait trois fois plus fréquent en cas de schizophrénie. Chez les jumeaux où un seul des deux était atteint du trouble, les anomalies dermatoglyphiques ne touchaient que le jumeau atteint. [32] Cette étude est ainsi intéressante pour une éventuelle perspective de dépistage mais aussi dans une recherche étiologique car ce résultat coïnciderait avec l'action de facteurs non génétiques intervenant au cours du second trimestre de grossesse.
- La recherche d'un excès de proline (qui serait dû à l'altération d'un gène particulier du chromosome 22). Plusieurs gènes ont été incriminés dans la schizophrénie, et notamment une région du chromosome 22. Or, dans cette région se trouve le gène altéré du syndrome de DiGeorge, touchant un enfant sur 4000 et qui se manifeste par un retard mental et des troubles psychiatriques et une prévalence de 30% de schizophrénie associée. Par déduction, il semblerait intéressant de doser la proline chez les patients schizophrènes. [33]

8. Traitement

La mise sur le marché de médicaments neuroleptiques antipsychotiques (« neuroleptiques classiques ») depuis les années 1950 a révolutionné la prise en charge du patient schizophrène en améliorant son état clinique et en réduisant le taux de rechute. Depuis l'arrivée des antipsychotiques de seconde génération (ou « neuroleptiques atypiques »), il y a une dizaine d'années, la qualité de vie des patients a été fortement améliorée par la diminution des effets secondaires qui contribuent à une mauvaise observance, premier facteur de rechute dans la schizophrénie.

Ce traitement, bien qu'indispensable dans la grande majorité des cas, ne peut se suffire à lui-même et doit être associé à des traitements non pharmacologiques dans le but de favoriser l'observance, d'améliorer le vécu et la qualité de vie du patient et de palier aux déficiences psychosociales.

a) Médicamenteux

Comme nous venons de le dire, le traitement médicamenteux est un point essentiel de la prise en charge, il se constitue la plupart du temps d'un traitement de fond : les neuroleptiques antipsychotiques associés ou non à d'autres psychotropes.

(1) Action des antipsychotiques

Les bases pharmacologiques de l'action des antipsychotiques sont l'antagonisme dopaminergique et l'antagonisme sérotoninergique, ce qui permet de rétablir l'équilibre des neuromédiateurs cérébraux.

Pour les antipsychotiques classiques, seul l'antagonisme dopaminergique est activé ; alors que pour les antipsychotiques atypiques, plus récents, les deux voies sont utilisées. C'est cette combinaison qui est à l'origine de la diminution des effets secondaires.

Il existe de nombreux médicaments antipsychotiques et le choix sera fait en fonction de la symptomatologie clinique et des caractéristiques propres au patient, des contre-indications éventuelles, de la voie d'administration, de l'histoire de la maladie (les effets secondaires déjà présentés ou craints, qui seraient inacceptables pour le patient, des traitements déjà reçus et de l'effet alors produit...) et des habitudes thérapeutiques du psychiatre.

Les effets secondaires sont relativement nombreux et gênants. Avec l'arrivée des neuroleptiques atypiques, ceux-ci sont moins fréquents notamment le syndrome extrapyramidal toujours craint et recherché.

Le syndrome extrapyramidal, dont l'ampleur varie selon les cas et les molécules, est caractérisé par une rigidité articulaire (que l'on objective avec le phénomène de la roue dentée), des tremblements des membres, le ralentissement moteur, l'aspect figé du faciès et l'akathisie (qui correspond à une instabilité motrice, l'incapacité du sujet à rester en place, rappelant un peu la manière de se relaxer des joueurs de tennis sur leur chaise entre deux jeux). Ces signes s'apparentent à ceux observés dans la maladie de Parkinson, d'où le nom synonyme de « syndrome parkinsonien »

D'autres effets secondaires que le syndrome extrapyramidal résultent des traitements neuroleptiques. Ils ne sont ni nécessairement ni simultanément présents. Citons par exemple :

- La sécheresse buccale ou au contraire l'hypersalivation
- les nausées
- la constipation
- la somnolence
- la difficulté d'accommodation visuelle
- la diminution de la libido
- la prise de poids
- la dysménorrhée ou l'aménorrhée
- les troubles cognitifs
- le syndrome métabolique
- le diabète...

Il convient de faire une balance bénéfice-risque, de préférence avec le patient afin de faire un compromis, certains effets secondaires seront considérés comme inacceptables pour certains et d'autres tolérables : ainsi par exemple, la prise de poids sera intolérable pour certains patients alors que la sécheresse buccale sera acceptable et pour d'autres ce sera l'inverse.

(2) Les autres médicaments

(a) Les antidépresseurs

Ceux-ci peuvent être utilisés lorsqu'il existe des signes de dépression en phase chronique de la maladie schizophrénique. Rappelons que de nombreux patients se suicident et que la prise de conscience de la maladie est un moment critique et à risque.

D'autres suicides ou tentatives de suicide surviennent également dans le cadre d'un délire à thème de persécution par exemple, pour finir avec des voix néfastes ou lors d'un délire

mégalo-maniaque où le patient se croit invincible et immortel ; dans ce cas de figure, les antipsychotiques sont la priorité et l'antidépresseur est en seconde intention voire contre-indiqué.

(b) Les anxiolytiques et hypnotiques

Ils sont souvent employés notamment sur la période aigüe afin de tranquilliser le patient dans le but de protéger les autres et lui-même, de diminuer l'anxiété ou de rétablir le sommeil. Ils sont la plupart du temps administrés sur de courtes périodes.

(c) Les thymorégulateurs

Autrement appelés « régulateurs de l'humeur », ils sont parfois indiqués dans certaines formes de schizophrénie avec troubles marqués de l'humeur : les troubles schizo-affectifs ou dans les états d'agitation délirante dans un but de potentialisation des effets des antipsychotiques.

b) Non médicamenteux

(1) L'hospitalisation

(a) La décision d'hospitalisation

Le sujet schizophrène doit être hospitalisé quand il y a nécessité de :

- Prévenir un risque suicidaire ou homicidaire.
- Prise en charge d'une altération majeure du comportement, y compris pour les besoins quotidiens (manger, se laver, s'habiller...) dans les cas d'incurie.
- Traiter rapidement et efficacement un épisode aigu.
- Mettre en place une observation afin d'évaluer ou de réévaluer la symptomatologie et l'observance thérapeutique.
- Instaurer un nouveau traitement, adapter la posologie et surveiller la tolérance et l'efficacité
- Parfois, isoler le patient de son environnement, notamment familial lorsqu'il y a des difficultés relationnelles et besoin de prendre des distances. [21]

L'hospitalisation est elle-même un traitement en soi qui permet de protéger le patient ainsi que l'entourage voire la population au sens large, de renforcer le lien thérapeutique, de poursuivre l'information sur sa maladie et bien évidemment réadapter le traitement pour obtenir le meilleur rapport bénéfice-risque.

(b) Le mode d'hospitalisation

Il existe différents modes d'hospitalisation en psychiatrie divisé en deux grandes catégories : avec ou sans consentement.

(i) Avec consentement

Il est fréquent que les schizophrènes soient hospitalisés avec leur consentement, c'est ce qu'on appelle une « hospitalisation libre » ou « soins libres », avec les mêmes modalités que dans les autres services hospitaliers et les mêmes droits (libre choix du médecin et de l'établissement, choix de la fin des soins...). En psychiatrie générale, 70 % des patients sont suivis en ambulatoire et parmi les patients hospitalisés, 80% le sont avec leur consentement.

(ii) Sans consentement

En psychiatrie, la particularité des hospitalisations est qu'elles peuvent se faire de manière contrainte. La loi du 5 juillet 2011 a réformé les modalités de soins psychiatriques définies dans Le Code de la santé publique. Cette réforme permet une intervention du juge des libertés et de la détention (JLD) pour le maintien d'une personne en hospitalisation sans son consentement pour une période de plus de 15 jours. Il existe deux types: à la demande d'un tiers (SPDT) et à la demande d'un représentant de l'Etat (SPDRE).

➤ Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SPDT):

Il existe 3 modes de placement:

- Les Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SPDT) (2 certificats médicaux initiaux et 1 tiers)
- Les Soins Psychiatriques sans tiers dits de Péril Imminent (SPPI) (1 certificat médical initial, absence de tiers)
- Les Soins Psychiatriques à la demande d'un Tiers en Urgence (SPDTU) (1 certificat médical initial et 1 tiers)

➤ Soins Psychiatriques à la demande du Représentant de l'Etat (SPDRE) :

Quatre conditions doivent être réunies pour ce type de placement:

- La présence de troubles mentaux
- L'impossibilité pour le patient de consentir aux soins ;
- La nécessité de soins ;
- L'atteinte à la sûreté des personnes ou, de façon grave, à l'ordre public.

La décision est rendue par arrêté du préfet, au vu d'un certificat médical circonstancié, ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil. En cas de danger immédiat, le Maire peut demander le placement et en référer au Préfet dans les 24h.

Il est à noter également que des soins sans consentement peuvent se faire en dehors d'une hospitalisation complète, c'est ce qu'on appelle le « **programme de soins** »

C'est un document écrit qui définit toutes les prises en charge et est établi et modifié par le psychiatre qui participe à la prise en charge de la personne en soins psychiatriques sans son consentement. Ce programme indique les modalités de prise en charge en tant que :

- Hospitalisation à temps partiel (hospitalisation de jour, de nuit ou de semaine)
- Soins ambulatoires (CMP, CATTP)
- Soins à domicile
- Traitement médicamenteux prescrit.

Il précise, s'il y a lieu, la forme de l'hospitalisation partielle, la fréquence des consultations, des visites ambulatoire ou à domicile et, si elle est prévisible, la durée des soins. Il mentionne tous les lieux de ces prises en charge. L'élaboration du programme et ses modifications sont précédées par un entretien au cours duquel le psychiatre recueille l'avis du patient, notamment sur le programme qu'il propose ou ses modifications, afin de lui permettre de faire valoir ses observations.

(c) La durée de l'hospitalisation

La durée de l'hospitalisation doit être un juste milieu entre le risque d'amélioration incomplète et le risque d'installer le patient dans une dépendance hospitalière. Rappelons que l'objectif principal est de pouvoir garantir au patient la meilleure qualité de vie possible et ce, en extra-muros de l'hôpital.

Après la sortie du patient, il doit être mis en place un suivi, à la fois psychiatrique et social. Ce suivi est alors personnalisé et adaptable au cours du temps, il peut se constituer d'un suivi ambulatoire simple, avec consultations avec un psychiatre hospitalier ou libéral. Il peut aussi être aménagé :

- des suivis psychologiques, assurés par des psychologues libéraux ou intra-hospitaliers
- des hospitalisations de jour,
- des suivis « de secteur » assurés par des infirmiers psychiatriques au domicile des patients,
- le passage d'infirmières libérales pour la prise de médicaments

(2) La psychothérapie

Même après la disparition des symptômes psychotiques francs, des difficultés persistent chez les patients. Il s'agira essentiellement de difficultés de communication, de planification et de réalisation de tâches plus ou moins compliquées.

La prise en charge sociale (que nous développerons dans un prochain chapitre) associée à une approche psychologique individuelle, de groupe ou familiale peut s'avérer alors très utile pour la réinsertion du malade schizophrène.

Néanmoins, cette prise en charge psychosociale ne peut se substituer au traitement médicamenteux mais elle est un outil complémentaire indispensable.

(a) La psychothérapie de soutien

Même si la consultation psychiatrique semble essentiellement centrée sur l'évaluation du traitement avec pour finalisation de l'entretien la prescription médicamenteuse, le simple fait d'écouter le malade et de lui « accorder » du temps, faire preuve d'empathie à son égard est un acte thérapeutique en soi qui s'appelle la psychothérapie de soutien.

Le patient peut dans ce cadre verbaliser ce qu'il ressent, les difficultés qu'il rencontre dans sa vie personnelle, professionnelle et familiale. Quand il est seul, le patient ne peut pas avoir cette analyse sur son quotidien ; le fait de s'exprimer avec le clinicien lui permet d'avoir un regard externe sur sa situation et de pouvoir « comme en miroir » se rendre compte de sa vie quotidienne et de ses difficultés et ainsi pouvoir « s'auto-analyser ».

L'attitude bienveillante du thérapeute va également permettre un renforcement positif du patient. La relation soignant-soigné de nature paternaliste, avec le soignant « détenteur du savoir » et le soigné « passif, dont on attend qu'il accepte les soins et s'efforce de guérir en se pliant scrupuleusement aux prescriptions » a cependant évolué. La nature de cette relation devient moins asymétrique et l'objectif est d'obtenir l'alliance thérapeutique où le patient devient acteur de sa santé.

De plus, dans cet espace qui lui est destiné, il va pouvoir s'exprimer librement sans avoir à contrôler ses émotions comme il peut le faire avec son entourage, ce qui va permettre un relâchement des tensions internes.

Il va pouvoir également se libérer en verbalisant certaines expériences psychiques pénibles telles que le sentiment de persécution, de dépersonnalisation, qui vont pouvoir être explicitées par le psychiatre et dédramatisées. Un article intéressant d'A. **Bottéro** en 1998 reprenait le « *Timing cortical des hallucinations auditives* » en se basant sur les résultats du groupe d'imagerie de l'Institut de Psychiatrie de Londres. Ils affirmaient que la circonvolution frontale inférieure (impliquée dans le langage) s'activait toujours du côté gauche avant qu'un sujet ne signale qu'il entendait des voix puis les circonvolutions temporales moyennes et supérieures (impliquées dans l'audition) s'activaient simultanément des deux côtés (en même temps que le sujet signale qu'il entendait des voix). Ainsi, chronologiquement, le sujet pensait quelque chose de lui (en général un jugement négatif), puis pensait que c'était ce qu'on pensait de lui et finissait par l'entendre à voix haute (d'où les voix malveillantes). En pratique, « si les voix traduisent bien une auto-dépréciation négative du sujet au travers de son miroir social, le travail psychothérapeutique devrait faire porter tout l'effort sur comment l'aider à regagner une position socialement valorisée, qui le réconcilie avec lui-même, pour voir ses voix s'atténuer, plutôt que de passer d'interminables séances à lui démontrer qu'il n'y a pas de micros sous son lit [...] » [34] « (Le patient) reste [...] un partenaire clinique et thérapeutique unique » "Thérapeutique" car le praticien va pouvoir s'appuyer sur les ressentis du malade, sur les voix qu'il entend pour adopter la meilleure stratégie psychothérapeutique possible, d'autant que d'après la littérature 20 à 40% des hallucinations auditives seraient insensibles aux neuroleptiques, [35] et [36] c'est dire l'importance du travail de revalorisation du sujet pour diminuer l'intensité des voix.

C'est aussi évidemment la base de la relation de confiance avec le médecin, socle de l'alliance thérapeutique.

(b) La thérapie cognitivo-comportementale

Elle est basée sur l'observation par le thérapeute des difficultés du sujet. Après cette évaluation, un contrat de soins peut être mis en place avec des objectifs à atteindre.

Différentes méthodes ont été proposées pour aider les patients psychotiques, avec une prise en charge brève (une heure) sur 10 à 20 séances :

- Une thérapie centrée sur la modification progressive des croyances qui sont à la base des expériences délirantes.
- Une technique de résolution de problèmes rencontrés dans la vie quotidienne, en effectuant des exercices adaptés à des situations jugées difficiles (ex : rencontres sociales)
- Le développement des stratégies d'adaptation : le but étant de définir les situations anxiogènes et déclencheuses d'idées délirantes et de développer des stratégies d'alternative comme l'évitement, la relaxation...

Les TCC ont fait leurs preuves chez les patients schizophrènes en association avec les neuroleptiques et ont leur place quelque soit le stade évolutif de la maladie. [31]

(c) La psychanalyse

Elle a souvent été critiquée et même parue comme une contre-indication, cependant, de nombreux praticiens effectuent ce type de prise en charge. La pratique d'une psychanalyse nécessite un thérapeute aguerri et ne peut pas se pratiquer en phase aiguë. [31]

(d) La psychothérapie institutionnelle

Elle consiste à donner aux structures de soins un rôle « psychothérapeutique », en effaçant toute référence à l'ancien rôle « aliénant » des anciens hôpitaux psychiatriques. Le principe est de varier les activités de groupe (ex : sport, activités culturelles et artistiques, ergothérapie,...) et de contrer tout phénomène de scission de groupe (que le patient peut lui-même ressentir dans son propre vécu...) Il est indispensable que les activités se renouvellent afin de maintenir une stimulation nécessaire et ne pas tomber dans le caractère routinier. L'équipe soignante doit présenter l'image d'une équipe soudée et cohérente. [31]

(3) Les programmes de psychoéducation

L'objectif de la psychoéducation n'est pas de se substituer aux approches traditionnelles mais de les compléter en favorisant l'adaptation du patient, de façon directe ou indirecte en renforçant l'efficacité des prises en charge classiques.

Des programmes psychoéducatifs ont été développés ces dernières années et ne sont pas uniquement destinés aux patients souffrants de psychose. Ils portent essentiellement sur la reconnaissance des symptômes de la maladie et la gestion des traitements, en particulier quand la compliance est un des problèmes majeurs du trouble.

Si l'éducation peut être définie comme le processus d'apprentissage par lequel une personne acquiert des connaissances et de la compréhension, la psychoéducation ne se résume pas à une simple transmission de l'information. Le soignant qui délivre des informations au patient et/ou à sa famille ne se contente pas de donner des renseignements sur la maladie, les symptômes et les traitements : il s'assure que cette information est comprise et surtout tient compte des réactions de son interlocuteur et explore les représentations de la maladie. En précisant ses connaissances sur la maladie, le patient va acquérir un savoir-faire, va apprendre à mieux contrôler les symptômes et gérer son traitement, il devient acteur dans la prévention des rechutes. [37]

Il existe différents programmes qui varient selon les capacités du patient, les objectifs à atteindre, le cadre théorique, la forme (individuelle ou collective), le type de support (affiches, fascicules, vidéos, jeux de rôle, jeux de société...)

Au Centre Hospitalier Esquirol de Limoges, deux sont utilisés :

- Le PACT (Psychose Aider Comprendre Traiter) sous forme audiovisuelle, avec des vidéos mettant en scène de vrais malades et des acteurs (uniquement de vrais malades dans la version récente) souvent utilisé par les infirmiers en groupe de patients
- Schiz'ose dire sous forme de fascicules, chacun traitant d'un sujet différent souvent laissé à la disposition du patient et repris ensuite avec lui par un soignant.

Le groupe de patients permet un échange et un partage de témoignages bénéfiques pour rompre avec l'isolement. Le support vidéo est également intéressant pour que le patient puisse s'identifier aux patients schizophrènes interrogés dans la vidéo. Je me souviens d'un patient à qui on tentait depuis des semaines de lui expliquer qu'il était schizophrène mais qui ne le comprenait pas, et qui, un jour, vient frapper à mon bureau pour m' « annoncer » qu'il était schizophrène et qu'il s'était « reconnu » dans la vidéo car le patient qui était interrogé « avait le même regard que lui... » Il avait compris qu'il souffrait de la même maladie que ce « monsieur de la vidéo ».

(4) La remédiation cognitive

La remédiation cognitive est utilisée pour pallier des difficultés cognitives. Ces déficits se manifestent généralement sous la forme de troubles de l'attention, de la mémoire, des fonctions exécutives (responsables de la capacité à organiser ses actions et son discours), des fonctions visuospatiales, de la vitesse de traitement, de la métacognition et/ou de la cognition sociale. Ce dernier type d'altération cognitive, qui est associé aux psychoses, empêche les patients de comprendre les intentions, les désirs et les émotions d'autrui et nuisent très fortement à l'insertion socioprofessionnelle des personnes qui en sont atteintes.

La remédiation cognitive est pratiquée par des professionnels de santé: psychologues, neuropsychologues, médecins ou infirmiers spécifiquement formés. La remédiation est alors proche de « l'entraînement cognitif », il s'agit de maintenir la fonction des modules cognitifs altérés ou d'en compenser la faiblesse par d'autres. Toutefois, contrairement à la remédiation cognitive, l'entraînement cognitif est destiné aux sujets sains, sans déficit cognitif, qui souhaitent prévenir l'apparition de ces derniers. Il regroupe des techniques employées en prévention du vieillissement cognitif en dehors de toute indication médicale (*Programme d'Entraînement Cérébral du D^r Kawashima* par exemple...)

La remédiation cognitive à visée thérapeutique prend la forme d'un traitement rééducatif - pratiqué sous forme d'exercices ludiques - destiné à améliorer le fonctionnement attentionnel, mnésique, langagier, exécutif, visuospatial, métacognitif ou social. Une action indirecte sur les déficits fonctionnels affectant la vie quotidienne est attendue, ce qui peut contribuer à améliorer l'insertion sociale et professionnelle des patients traités.

Plusieurs programmes de remédiation cognitive sont disponibles en français pour les patients souffrant de schizophrénie dont IPT, CRT, RECOS, REHA-COM, MCT, ToMRemed et Gaïa par exemple. La remédiation cognitive a fait l'objet de nombreuses études contrôlées. Trois méta-analyses attestent de son efficacité dans la schizophrénie parues en 2006, 2007 et 2011. [38] ; [39] et [40]

(5) L'art thérapie

Selon la British Association of Art Therapists, l'art thérapie comme son nom l'indique est « l'utilisation de matériel artistique pour promouvoir l'expression personnelle et la réflexion en présence d'un artothérapeute formé à cet effet. » Il n'est pas nécessaire que les patients orientés vers l'art-thérapie aient de l'expérience ou des compétences artistiques, puisque la principale préoccupation de l'artothérapeute n'est pas d'effectuer une évaluation esthétique ou diagnostique de l'œuvre produite par le patient. L'objectif global des praticiens est de permettre au patient de

mettre en œuvre des changements et de se développer au niveau personnel en utilisant du matériel artistique dans un environnement sûr et stimulant. Malheureusement très peu d'études se sont intéressées à l'effet de l'art thérapie sur les patients schizophrènes. [41]

(6) L'hygiène de vie

Une fois de retour au domicile, il est important d'adopter un rythme de vie convenable, comme un « règlement d'ordre intérieur », valable pour toute la maisonnée, si le patient vit avec d'autres personnes.

Ceci ne doit nullement être interprété comme une discipline vexatoire ou stupide, il s'agit en réalité d'un moyen pratique d'installer des routines utiles afin de recréer des automatismes chez un malade qui les a perdues et ne s'en rend pas compte.

Il faut en effet se rappeler que le malade schizophrène vit en permanence dans l'instant, il ne prévoit donc pas les événements dans leur chronologie (et, souvent, prévoit encore moins leurs conséquences). Par exemple, il n'anticipera pas la faim et le fait de participer à un repas en famille ne lui viendra même pas à l'idée, c'est pour cela qu'il viendra à vider le réfrigérateur à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit... selon le même principe, la sensation de fatigue ne viendra pas nécessairement en même temps que pour le reste de la famille...

Les horaires à respecter pour les activités vitales (manger, dormir, se laver...) sont donc un moyen de recréer des repères temporels lui permettant progressivement de retrouver une vie sociale. Des activités occupationnelles peuvent également être proposées mais il serait illusoire de les imposer... [1]

(7) La psychoéducation familiale

Il est très utile pour les membres de la famille de suivre des cours de psychoéducation pour mieux apprendre et comprendre la nature de la maladie et la meilleure stratégie sur la façon de se comporter avec le malade. En effet, la schizophrénie a pour particularité de provoquer presque inexorablement des tensions et des malentendus entre patient, membres de la famille, médecins, soignants et personnes côtoyées par le malade. « Tantôt ce dernier sera en conflit avec ses proches, tantôt avec les soignants. Parfois ceux-ci se liguent avec le malade contre la famille, puis cette alliance se renverse, et puis on recommence... jusqu'au moment où on réalise enfin que, dans l'intérêt du patient, tout le monde doit coopérer pour l'aider » (Dr J. Desclin, 2000 [1])

Bien informés et éduqués à la maladie, l'entourage peut aider la démarche diagnostique et même thérapeutique en fournissant au médecin les éléments nécessaires.

L'entourage peut ainsi décrire les comportements inappropriés ou inhabituels tout comme les propos tenus par le patient dans l'intervalle entre deux visites, car le patient peut avoir un comportement et un discours adaptés lors de l'entretien médical, ce qui peut retarder une prise en charge spécialisée.

La famille peut également être un précieux allié dans la prise en charge du patient, elle peut par exemple s'assurer de la bonne prise du traitement, encourager le malade à ne pas l'arrêter, le soutenir dans ses efforts en soulignant positivement les progrès faits, l'accompagner aux programmes de réhabilitation, aux consultations etc....

La première étude sur les effets de cette maladie sur la famille a été menée aux Etats-Unis en 1995. Depuis, les enquêtes se sont multipliées (notamment dans les pays anglo-saxons) et les expériences vécues et rapportées par les associations de famille ont montré que :

- Quand un membre de la famille devient malade, cela engendre chez les autres membres de la famille des sentiments de : crainte, honte, culpabilité, amertume, abattement et une coupure d'avec le milieu social. Souvent, la maladie est niée ou minimisée ou au contraire, devient le centre d'intérêt de toute la famille, devenant le seul sujet de conversation.
- Quand un conjoint devient malade, le nombre de divorce est 3 à 4 fois plus élevé que dans le reste de la population.
- Les familles redoutent davantage les symptômes positifs présents pendant les crises (notamment le comportement agressif, les hallucinations et les idées délirantes) Elles supportent également mal les symptômes négatifs (l'inactivité, la négligence corporelle, l'indécision, la lenteur...). Souvent, lorsque les familles sont mal informées, ces symptômes peuvent être interprétés comme de la paresse, de l'égoïsme, de la méchanceté...
- La schizophrénie est souvent cause de pertes financières.
- De nombreux parents supportent sans rien dire et tentent d'éviter au maximum une nouvelle hospitalisation, au détriment souvent de leur propre santé. [1]

Soulignons que la famille, du fait de cette implication, est souvent « malmenée ». La famille se trouve souvent en première ligne lors de la décompensation du malade, signe régulièrement en tant que tiers pour une hospitalisation, se retrouve persécuteur (de manière réelle ou délirante) du patient, assure un soutien au quotidien, est sollicitée par les soignants durant l'hospitalisation... Ce « partenaire » indispensable doit être préservé et soutenu le plus possible. Il peut alors être proposé à ces familles des thérapies familiales avec le patient par exemple et leur indiquer les

adresses des associations de familles de malades (UNAFAM par exemple). Ces groupes peuvent avoir un effet de soutien non négligeable et ont l'effet positif de déstigmatiser la maladie en réduisant la peur et l'angoisse ressenties face à une situation mal ou non comprise.

Il est également possible de les diriger vers un programme psychoéducatif dédié aux personnes confrontées à la maladie psychiatrique d'un proche appelé « Profamille ». Ce programme a vu le jour au Canada à la fin des années 1990 et s'est développé en Suisse, France et Belgique. Il existe une cinquantaine de centres sur l'Hexagone, dont un qui s'est récemment créé sur Limoges, en partenariat avec l'UNAFAM et animé entre autre par Dr Lescure, psychiatre référent du programme. Ce ne sont pas des groupes de parole, les participants vont surtout acquérir des connaissances sur la maladie et des savoir-faire. Ils permettent aux familles de :

- mieux comprendre comment mieux gérer certains problèmes spécifiques au malade (par exemple le refus de se reconnaître malade et de refuser le traitement)
- apprendre à mieux gérer et réduire les conséquences sur elles-mêmes (ex : disputes au sein du couple parental, anxiété, insomnie...)
- accéder plus facilement aux services médico-sociaux.

Différentes études et notamment une méta-analyse ont prouvé l'efficacité de ces programmes avec un taux de rechute divisé par 4 à un an et par 2 dans les années suivant la prise en charge psychoéducative familiale. [42]

(8) Les électroconvulsivothérapies (ou ECT)

Dans la schizophrénie, les électroconvulsivothérapies ou « électrochocs » ne se font pas en première intention.

Leur utilisation peut toutefois être utile dans certaines situations et être associée au traitement médicamenteux afin d'en potentialiser les effets.

Elles sont indiquées notamment dans un épisode catatonique (où leur place est primordiale mais c'est une situation plutôt rare de nos jours), mais aussi dans les troubles schizo-affectifs, les formes paranoïdes sévères avec risque vital, les épisodes aigus résistant aux médicaments. [21]

(9) Les rTMS (Stimulations Magnétiques Transcrâniennes répétées)

Comme nous l'avons déjà évoqué, selon la littérature, 20 à 40% des hallucinations seraient résistantes à un traitement, c'est pour cela que les rTMS ont été proposées comme un traitement potentialisateur.

Les rTMS sont utilisées en psychiatrie depuis 1995, elles consistent à appliquer un champ magnétique sur des zones cérébrales ciblées afin d'entraîner une modulation de l'excitabilité corticale. C'est une méthode non invasive utilisant une sonde apposée sur le crâne. Une basse fréquence (inférieure à 1Hz) induira une diminution de l'excitabilité des structures nerveuses alors que des hautes fréquences (supérieures à 1 Hz) produiront l'effet inverse.

Différentes études ont retrouvé une efficacité modérée des rTMS basses fréquences, appliquées sur le cortex temporo-pariétal sur les hallucinations auditives dans la schizophrénie notamment Hoffman et al. en 1999 et une méta-analyse portant sur 189 patients issus de sept projets différents.

Il semblerait également que les rTMS aient un intérêt dans la symptomatologie négative : malgré des résultats contradictoires, plusieurs études et notamment une méta-analyse (2010) montreraient une amélioration avec les rTMS hautes fréquences (environ 10 Hz sur un temps de traitement long : 15 séances) appliquées sur le cortex préfrontal dorso-latéral gauche. [43]

(10) La prise en charge sociale

La « sociothérapie » représente l'ensemble des mesures permettant une resocialisation progressive des patients psychotiques. Elle fait appel au réseau de soins afin d'organiser le mieux possible la réadaptation du patient dans la vie quotidienne et dans la mesure du possible au travail.

(11) Les thérapeutiques en cours de recherche

(a) La stimulation intra-cérébrale

Elle consiste à implanter des micro-électrodes à demeure dans certains territoires cérébraux (à la manière des électrodes déjà mises en œuvre avec succès pour le traitement de la maladie de Parkinson). [1]

(b) La supplémentation en hormones sexuelles

L'adjonction aux traitements neuroleptiques d'une supplémentation soit par la DHEA (DéHydroEpiAndrostérone) soit par l'administration de très faibles doses d'hormones sexuelles œstrogènes (moindres que dans la pilule contraceptive) pourraient améliorer l'efficacité des neuroleptiques. NB : ces hormones, cependant, ne sembleraient pas prolonger cette efficacité dans le temps, c'est-à-dire qu'elles ne paraîtraient pas retarder la survenue éventuelle d'une nouvelle crise. [1]

(c) Les acides aminés et acides gras

Il pourrait s'avérer que les acides aminés, précurseurs des protéines, parfaitement naturels et inoffensifs, comme la sérine et la glycine, dont nous savons qu'ils interviennent dans le fonctionnement de certains récepteurs neuronaux synaptiques (les récepteurs NMDA) soient un traitement adjuvant des neuroleptiques. [1]

Aux deux acides aminés précédents, ajoutons les acides gras essentiels nommés « oméga-3 » qui seraient importants pour le maintien des membranes cellulaires. [1]

C. Un "symptôme" à part : le défaut d'insight

De nombreux schizophrènes (entre 50 et 80% d'entre eux) semblent être persuadés d'être parfaitement sains d'esprit ou de souffrir tout au plus d'un trouble de l'humeur et de n'avoir aucunement besoin d'un traitement. Ceci correspond à ce que l'on appelle le « défaut d'insight », terme savant signifiant que le malade est dans l'incapacité de prendre conscience de ses troubles. Ce phénomène, très déroutant pour l'entourage et parfois frustrant pour les soignants, est déjà connu dans certains troubles organiques (sous le terme d'anosognosie) et notamment des neurologues qui s'occupent de patients ayant présenté un AVC situé dans le cortex cérébral moteur et somatosensible droit : ceux-ci souffrent alors d'une hémiplégie gauche qu'ils ne reconnaissent pas et dont ils peuvent même nier obstinément l'existence malgré l'évidence flagrante. [1] et [44]

Si on en revient à la psychiatrie, une mauvaise conscience d'avoir un trouble mental n'est pas spécifique à la pathologie schizophrénique. Le DSM IV-TR a pris la précision d'inclure cette dimension dans le critère diagnostique du trouble obsessionnel compulsif (TOC) et la littérature récente concernant l'insight reprend des études sur la dysmorphophobie et les troubles

bipolaires.[22] Cependant c'est dans la schizophrénie que cette dimension est principalement étudié car les enjeux sont importants, ainsi il est établi dans la littérature que l'un des principaux facteurs de risque de la mauvaise observance est le défaut d'Insight, ce qui influence considérablement le pronostic de la maladie. [45] [46]

1. Introduction

Avant de définir ce qu'est l'Insight, commençons tout d'abord à savoir pourquoi ce terme anglais a été conservé dans le vocabulaire français.

L'anglais possède un vocabulaire extraordinairement riche et possède par exemple 3 termes différents face à un seul en français pour désigner la conscience qui sont « *conscience*, *consciousness* et *awareness* ». Cette différence ne pose aucun problème lorsqu'il s'agit du langage quotidien mais soulève des difficultés dans les textes spécialisés traitant de la conscience.

L'*Insight* est un terme anglais sans réelle équivalence en français et c'est pour ces difficultés de traduction qu'il a tout simplement été conservé. Ce terme s'est généralisé depuis plusieurs années dans la littérature anglo-saxonne pour désigner la perception par le patient de sa maladie, sa clairvoyance au sujet de ses troubles. **Marc Louis Bourgeois** a repris le terme comme synonyme de « conscience de la maladie mentale » (d'où les propositions des termes d'*introvision* ou *intravision*). [47], [48]

Le défaut d'Insight en psychiatrie a été très étudié ces quinze dernières années et de nombreuses hypothèses ont été évoquées quant à l'explication de ce déficit. Selon **Birchwood**, il existerait au moins quatre modèles d'explication chez ces patients :

- Un modèle psychodynamique impliquant un déni de la maladie comme *mécanisme de défense*
- Un modèle neuropsychologique impliquant un *déficit* de la conscience du trouble comparable à l'anosognosie neurologique
- L'hypothèse clinique : où le trouble de l'Insight serait un *symptôme primaire* lié directement à la maladie mentale
- Le modèle cognitif : l'Insight résume un *ensemble d'attributions et de croyances* concernant les symptômes mentaux. [45]

Nous développerons ces différents modèles au travers des chapitres suivants mais considérons tout d'abord l'évolution historique du concept d'Insight.

2. Historique

L'histoire de l'Insight est compliquée à retracer car il intervient différents facteurs :

- La définition exacte qui peut être d'une conception plus ou moins large
- La spécialité intéressée : par exemple dans les syndromes cérébraux organiques, la majorité des travaux sur l'Insight l'ont étudié dans un sens étroit (simple conscience d'être malade) alors qu'en psychiatrie générale, l'Insight est considéré dans un sens plus général (conscience d'être malade + jugement sur la maladie, ses conséquences...)
- La conceptualisation différente de l'Insight selon les auteurs
- La conceptualisation différente selon les écoles de pensée

Avant d'évoquer l'historique de l'Insight dans le contexte morbide, et en particulier en psychiatrie, il semble intéressant de retracer l'historique du concept de la connaissance de Soi en dehors de tout contexte pathologique.

a) Evolution du concept de la connaissance de soi

Ainsi, depuis longtemps, le concept d'Insight de l'esprit sain est source d'intérêt comme le démontre l'inscription « connais-toi toi-même » sur le temple d'Apollon à Delphes. Selon **Socrate**, se soucier de son âme était le devoir de chacun.

Avec le déclin de la culture grecque, l'intérêt pour la connaissance de soi semble diminuer pour réapparaître avec l'essor du christianisme au XI^e et XII^e siècles.

Au Moyen-Age, l'examen de soi semble lié à la poursuite de vertus morales et le Soi va être constamment sous le regard de Dieu.

A la Renaissance, cette conception du Soi change pour apparaître comme un individu en relation au monde. **Pic de la Mirandole**, écrivain de la Renaissance, soutenait que l'individu était capable de se juger lui-même et ainsi de contrôler sa vie.

Au XVII^e siècle, l'intérêt pour l'individualité continue à se développer. **Descartes** identifie la conscience avec la pensée et la conscience de Soi comme intrinsèque à la pensée.

Aux XVIII^e et XIX^e siècles, le Soi devient le centre de la pensée. Il n'est plus considéré comme le Soi individuel de Descartes mais comme un Soi au sens plus large. Certains

philosophes proposent que la connaissance de Soi se développe en même temps que la connaissance des autres et on devient alors capable de se voir à travers le regard de l'autre.

Au XIX^e siècle, un autre concept se développe : la « compréhension » mais là encore dans un sens large, c'est-à-dire la compréhension + l'examen de son propre esprit mais aussi la totalité des états mentaux et existentiels y compris les aspects non conscients. [47]

b) Evolution du concept de la folie

Après l'historique du concept de la connaissance de Soi, voyons maintenant l'évolution historique de « la folie » afin de mieux appréhender ensuite l'Insight comme connaissance de Soi lorsqu'on est « fou ».

Jusqu'au début du XIX^e siècle, la folie n'était pas considérée comme une catégorie médicale. Même si de nombreuses descriptions des comportements jugés fous existent, elles étaient interprétées de manière littéraire voire artistique.

Il faudra attendre le milieu du XIX^e siècle pour trouver une description « psychiatrique ».

Concernant la capacité du fou à se rendre compte qu'il était fou, celle-ci a également évoluée. Avant le XIX^e siècle, la folie était présentée comme un phénomène fonctionnant en « tout ou rien ». La présence d'idées délirantes définissait à elle-seule la folie. De même, par définition, les fous (=ceux qui délirent) n'avaient aucune conscience de l'être, il était donc absurde de parler d'Insight dans la folie.

Au début du XIX^e siècle, la psychiatrie se développe et la folie devient un attrait plus important pour les médecins. La notion de folie totale (fonctionnant en tout ou rien) est radicalement modifiée et se développe alors la notion de « folie partielle ». Cette folie partielle pouvait alors s'accompagner d'un degré plus ou moins important de lucidité et donc l'Insight dans la folie pouvait alors avoir un sens. [47]

c) Historique du terme : « insight »

Rappelons, tout d'abord, que ce terme ou équivalent strict n'existe que dans les langues germaniques et qu'il n'existe pas de terme français correspondant.

En Allemand, l'équivalent : « *Einsicht* » a pu être traduit en latin par **Grimm et Grimm** (1862) par « *Intelligenti et judicium* ». **Adelung** au début du XIX^e siècle le définit comme « *Das sinneinsehen in eine Sache* » autrement dit : « voir du sens à l'intérieur d'une chose ».

L'Oxford English Dictionary (2002) traduit l'Insight par : « vision intérieure », c'est-à-dire « avec les yeux de l'esprit ou de la compréhension »

En ce qui concerne l'usage clinique du terme Insight, **Pick** (1882) fut le premier à le nommer : « *Krankheitseinsicht* » ou « Insight de la maladie », et l'absence d'Insight (Insightlessness) nommé « *Einsichtslospar* » par **Krafft-Ebing** en 1893. [47]

d) Historique du concept « insight »

Après avoir abordé l'historique de la notion de connaissance de Soi, celle de la folie et celle du terme, il est désormais possible d'évoquer l'historique du concept de l'Insight « clinique » comme la connaissance et la conscience de Soi dans la folie.

Nous détaillerons cette évolution conceptuelle en France puis de façon beaucoup plus synthétique en Angleterre puis en Allemagne.

(1) En France

Comme nous l'avons vu, le XIX^e siècle a été marqué par l'apparition du concept d'Insight rendue possible par :

- Le développement de la connaissance de Soi, qui ne correspondait plus à une simple conscience de soi mais qui incluait un jugement de soi
- L'évolution du regard porté sur la folie, qui n'était plus considéré comme un phénomène en « tout ou rien » mais qu'elle pouvait être partielle et que par conséquent, le « fou » pouvait prendre conscience de son état psychique et voire même le juger, « s'autocritiquer ».

Au début du XIX^e siècle, **Pinel** (1801) a retranscrit des propos de patients démontrant qu'ils pouvaient avoir un certain jugement de leur état mental. Ces malades, jugeant de leur état psychique, demandaient de leur plein gré et ce de manière judicieuse, la prolongation de leur hospitalisation par exemple.

Esquirol (1838), quant à lui, considérait l'Insight de deux manières différentes :

- Soit comme *conscience* de la maladie (« quelques lypémaniaques⁵ ont le sentiment de leur état, [ils ont] la conscience de la fausseté, de l'absurdité des craintes dont ils sont tourmentés ; ils s'aperçoivent bien qu'ils déraisonnent... » (Esquirol, 1838, Vol. I, p. 420)
- Soit comme la capacité du patient à *réfléchir* sur son état.

Au milieu du XIX^e siècle, le concept de conscience de la folie se développe encore plus au point que **Baillarger** (1853), dans le contexte du débat sur les folies partielles, en faisait un critère de sélection, disant que si le patient avait conscience de son état, il n'était pas fou. Ce qui se résumait par l'existence d'une folie partielle mais non d'un Insight partiel.

Falret (1866) était en désaccord avec ce critère de distinction entre raison et folie, en effet il a montré que les individus sains d'esprit pouvaient avoir un mauvais Insight, et ne pas avoir conscience de changements morbides en eux-mêmes.

En 1869/1870, a été organisé par la Société Médico-psychologique un débat important sur la conscience de la maladie mentale : « *La discussion sur les aliénés avec conscience de leur état* » Ce débat s'est déroulé dans un contexte d'inquiétudes juridiques visant à déterminer la responsabilité de l'individu pour des actes criminels et délictueux.

- **Morel**, entre autres, affirmait que les patients pouvaient avoir conscience de leur état de maladie et se retrouver en même temps impuissants face à des pulsions et qu'ils ne pouvaient pas être tenus pour juridiquement responsables. L'Insight ou la conscience de son état était alors considéré comme une partie qui observe le comportement de manière passive, comme un « spectateur ». De plus, il a montré que les patients présentaient différents degrés de conscience de leur folie et a suggéré que ce degré de conscience dépendait du site de la lésion provoquant la folie.
- **Fournet** quant à lui, soutenait que la conscience de la maladie implique un certain degré de raison et que donc le degré de responsabilité pour une infraction était proportionnel au degré de raison du patient. Ses arguments en général n'ont pas été suivis durant ce débat.
- **Billod**, qui avait globalement la même position que Morel, constatait lors d'une de ses études, que le nombre de patients ayant la conscience de leur état pathologique

⁵ Atteints d'un état dépressif caractérisé par une mélancolie profonde pouvant évoluer en obsession morbide ou folie dépressive (terme vieilli)

était beaucoup plus faible que ceux n'ayant pas cette conscience et qu'elle était beaucoup plus fréquentes chez les patients dont la folie résultait de l'alcoolisme :

Nombre de patients avec conscience de la maladie mentale	Admissions à l'asile	
	Hommes (n=378)	Femmes (n=350)
Nombre total avec conscience	61 (dont 55 pour qui la folie était consécutive à l'abus d'alcool)	19 (dont 5 pour qui la folie était consécutive à l'abus d'alcool)
Nombre avec conscience complète	49	12
Nombre avec conscience incomplète	12	7

Tableau 2 : Prévalence de la conscience chez les patients admis à l'asile de Vaucluse entre janvier et décembre 1869 (Billod, 1870)

A noter qu'un suivi longitudinal de ces patients a permis de montrer que cet Insight rétrospectif était le meilleur indicateur pronostic par rapport à la récurrence de la maladie. (60% de rechute chez les patients sans Insight contre 10% pour ceux avec une bonne conscience)

Plus tard, **Henri Dagonet** 1881, s'est préoccupé tout particulièrement de la conscience de l'état mental et y a consacré un article « *conscience et aliénation mentale* ». Il définissait la conscience comme « la connaissance intime de soi-même [et] celle des opérations morales et intellectuelles qui s'effectuent dans le Soi ». Il décrivit également la conscience comme active, capable de recevoir les signaux de la vie intérieure mais aussi d'agir, « [c'est] la force qui éclaire l'esprit et dirige la raison. » ainsi que « le sentiment de la personnalité, les transformations subies par celui-ci sous l'influence de la maladie »

Il s'attardait aussi sur la modification de la conscience, qui lorsqu'elle est complète pourrait amener à une nouvelle personnalité du patient, il ira jusqu'à définir des formes de « double personnalité » accompagnées de « double conscience »

Il croyait également que la conscience de la maladie s'expliquait par l'asymétrie pathologique des hémisphères cérébraux, hypothèse encouragée par l'autopsie d'un de ses patients.

Enfin, Dagonet a émis un avis sur la responsabilité juridique et a rejoint les aliénistes en disant que les patients pouvaient avoir une bonne conscience de Soi mais tout en se sentant « forcés » d'accomplir des actes poussés par des idées délirantes.

Victor Parant en 1888 est venu compléter ces observations en disant que la préservation de la conscience ne signifiait pas la préservation du libre arbitre... [47]

(2) En Grande-Bretagne

Globalement, l'intérêt de l'Insight était moindre Outre-Manche.

Cependant, certains aliénistes y ont fait référence, comme **Prichard**, qui notait que les malades mentaux étaient en général convaincus de leur parfaite santé d'esprit même si il existait parfois des patients conscients de leur trouble et qui en souffraient.

Maudsley exprimait quant à lui un grand scepticisme envers l'importance que l'on donnait à la conscience « la conscience est un phénomène dépendant ou tout au plus un épiphénomène... » (Maudsley, 1916). Le patient fou ne pouvait en aucun cas avoir un Insight « il est maintenant un Soi si égocentrique qu'il est incapable de considération sur le non-Soi ...» (Maudsley, 1895) Il a même été plus loin en affirmant que l'homme sensé n'était pas capable de juger les comportements d'un homme insensé (conclusion lourde de conséquence pour le jugement des responsabilités juridiques des infractions)

Ce n'est qu'en 1934 que le concept d'Insight s'est élargi grâce à **Aubrey Lewis** qui soulignait la confusion des sens différents donnés à l'Insight et qui a donc proposé sa propre définition : « attitude correcte face à une transformation morbide du Soi » ce qui impliquait :

- Prendre conscience d'un changement
- + analyser ce changement
- + adopter un comportement correct en réponse.

Dans ce cadre, il ne croyait pas en l'Insight total car la maladie mentale elle-même causerait des perturbations du Soi subjectif qui, par conséquent ne pourrait pas être évalué par un observateur extérieur et de plus, les instruments utilisés par le patient pour juger son esprit serait également atteint. Un observateur non-malade ne pourrait pas, dans ces conditions, correctement évaluer la conscience de la maladie du sujet. [47]

(3) En Allemagne

Pick (1882) a largement contribué à la conceptualisation de l'Insight. Il évoquait la prise de conscience de la maladie par les patients et avait observé que les malades avaient une meilleure conscience de leur maladie si celle-ci s'était développée progressivement.

Il considérait également la conscience de la maladie au sens large qu'il a subdivisé en :

- Conscience de *se sentir* malade c'est-à-dire une altération de la sensation de bien-être
- Conscience de la maladie faisant référence à une *réflexion* du sujet

NB : Nous verrons d'ailleurs que cette subdivision est retranscrite dans l'échelle Q8 utilisée dans notre étude et que les deux items ne sont pas nécessairement associées.

Arndt en 1905 reprendra cette distinction et complétera par une observation : les patients dont la conscience de la maladie est fondée sur le sentiment d'être malade vivent cette conscience avec beaucoup plus de clarté et d'implication personnelle, contrairement à ceux dont la conscience de la maladie s'appuie sur une réflexion.

Aschaffenburg en 1915 viendra lui aussi compléter cette distinction en affirmant qu'il existe une discordance entre sentiment d'être malade et conscience de cette même maladie.

Ainsi, les patients peuvent n'avoir aucun sentiment de maladie mais avoir une bonne conscience de la maladie comme dans la syphilis ou le diabète ; de même, certains patients ont le sentiment d'être malade mais sans une bonne conscience, comme l'hypochondriaque par exemple.

Dans les maladies somatiques, le sentiment d'être malade se développe en fonction de la conscience de la maladie et de l'expérience vécue : peur des opérations, peur de la douleur etc. Dans les maladies psychiatriques, le sentiment d'être malade correspond souvent au premier symptôme de la maladie et au fur et à mesure que ces sentiments sont clarifiés, le vécu du sentiment de maladie tend à diminuer pour être remplacé par la « rationalisation » pathologique en rapport avec l'évolution de la maladie elle-même.

Karl Jaspers s'est également intéressé à l'Insight dans la maladie mentale et soulignait la relation étroite entre conscience et jugement des symptômes mentaux et manifestations cliniques. Il décrit différents stades des manifestations de la conscience dans la maladie psychotique :

- 1) Les patients deviennent confus, la conscience est liée à divers stimuli et ils ne peuvent être un juge fiable
- 2) Les patients tentent de donner un sens à leurs expériences, par des croyances irréelles par exemple
- 3) La maladie produit un changement de personnalité et l'attitude du patient devient de moins en moins intelligible aux autres car il peut apparaître indifférent ou passif face aux croyances délirantes les plus effrayantes.

Jaspers considérait que les psychotiques schizophrènes (contrairement aux autres psychoses comme la manie ou l'hallucino-alcoolique) ne montraient pas d'Insight complet et que ceux qui en avaient l'air se révélaient être des patients qui récitaient des expressions apprises par cœur. [47]

3. La conceptualisation de l'Insight selon les écoles de pensée

Comme nous l'avons introduit, il est difficile de définir précisément l'Insight et ce, notamment par la considération différente selon les courants de pensée.

De manière grossière, la Gestalt (terme que nous préciserons dans le prochain paragraphe) considère l'Insight en termes de *résolution de problèmes spécifiques* alors que la neuropsychologie cognitive comme *une fonction d'un système de lecture de l'esprit* et la psychanalyse le considère en termes de *compréhension*.

Bien que le but ici ne soit pas de définir les différents courants de pensée, il semble néanmoins nécessaire d'aborder et de développer ces conceptions afin de comprendre les différents points de vue de l'Insight.

a) Le concept d'Insight en Gestalt et en psychologie cognitive (influencés par la Gestalt)

Pour être succinct, la Gestalt est un courant de pensée psychologique et une psychothérapie qui vise à la résolution des troubles émotionnels et comportementaux par un travail sur les processus psychologiques et corporels de l'individu, elle s'intéresse particulièrement au contact et à la mise en relation par l'expression des émotions.

L'un de ses principes fondamentaux est qu'un ensemble est plus grand que la somme des parties le constituant. Pour illustrer ce concept, reprenons l'exemple de **Ehrenfels** (1890) : une mélodie (=le tout) est composée de notes distinctes (= éléments individuels) ; même si ces notes sont jouées dans une tonalité différente, la mélodie pourra être identifiée, par contre, si ces mêmes notes sont jouées dans un ordre différent, la mélodie ne sera pas reconnaissable. Il ne suffit donc pas de l'ensemble des éléments individuels pour former un tout. Dans cet exemple, la relation entre les différents éléments : leur ordre, est essentiel pour former le tout : la mélodie.

Par analogie, l'Insight n'est donc pas conçu comme la simple compréhension d'un problème mais une compréhension « authentique », basée sur l'appréciation de la relation entre les différents éléments qui composent une situation (**Wertheimer**)

Köhler, lui, s'est posé la question de savoir si les chimpanzés étaient capables de se comporter « avec Insight ». Lors d'une expérience, il a placé des chimpanzés dans une cage avec un fruit à l'extérieur. Les singes disposaient d'un bâton dans la cage, trop court pour attraper le fruit, mais suffisamment long pour attraper un second bâton, plus long, se situant à l'extérieur de la cage, celui-ci permettant alors d'attraper le fruit. Il a pu observer différents comportements :

- Les singes qui parvenaient à attraper le fruit « par hasard » : les actions se composaient d'un certain nombre d'actions simples, séparées et qui amenaient éventuellement à la solution.
- Les singes qui résolvaient le problème « par Insight » : les actions montraient alors « un développement sans à-coups et continu », que Köhler interprétait comme indiquant « l'apparition soudaine de solutions parfaitement claires et définies »

En résumé, l'Insight était défini comme une forme de comportement intelligent caractérisé par un processus soudain, rapide, sans à-coup et orienté par lequel un objectif particulier est atteint.

Hartmann, (1931) reprendra également ce concept en insistant sur l'importance de la soudaineté et que l'Insight n'est pas progressif « là où l'Insight n'est pas immédiat ou au moins soudain, il a perdu son caractère essentiel »

La spécificité du concept d'Insight dans la Gestalt se manifeste de diverses façons :

- L'expérience de l'Insight est caractérisée par la soudaineté, la spontanéité, le caractère étonnant et la satisfaction. (rappelez-vous ce devoir de maths auquel vous réfléchissiez depuis des heures et dont la solution vous apparaît soudainement comme par magie!...)
- L'Insight est un évènement discret et est une forme spécifique de connaissance ou de compréhension par rapport à un problème particulier.
- L'Insight est orienté spécifiquement vers la résolution d'une tâche particulière, extérieure à l'individu. (le problème peut être restructuré de sorte qu'une solution soit comprise et éprouvée par l'individu, mais cette compréhension se rapporte au problème extérieur.) [47]

b) Le concept d'Insight en psychologie psychanalytique

L'Insight a occupé dès les débuts de l'approche psychanalytique une place importante voire centrale.

De manière synthétique, la psychanalyse mise au point par le célèbre **Sigmund Freud**, est une psychothérapie qui repose essentiellement sur la parole. Elle consiste en l'explication de certains actes ou pensées en termes psychiques à partir de l'affirmation de l'existence du « déterminisme psychique » : une idée qui se présente à l'esprit ou un acte ne sont pas arbitraires, ils ont un antécédent et un sens que l'exploration de l'inconscient permet de mettre à jour. Le but de la thérapie psychanalytique est selon Freud de « transformer ce qui est inconscient en ce qui est conscient ». Cette exploration de l'inconscient repose sur l'interprétation des rêves, des actes manqués, des lapsus ou l'hypnose par exemple.

Ainsi, l'Insight correspond à la connaissance de Soi, qui est « plus profond » en termes psychanalytiques que selon l'approche gestaltiste. Cette « profondeur » se rapporte au niveau de compréhension qu'un individu peut développer de ses processus mentaux tels que *conscients*, *préconscients* et *inconscients*.

Segal (1962) précisera que, selon lui, l'Insight « doit être assez profond. Il doit atteindre les couches profondes de l'inconscient et illuminer ces processus précoces dans lesquels le modèle des rapports internes et externes est établi et dans lequel le Soi est structuré »

De nombreux psychanalystes ont tentés d'expliquer ce qu'était l'Insight. Citons quelques unes de ces théories :

- **Loewenstein** (1956) : l'Insight serait un concept plus complet « qu'amener à la conscience » et qu'il impliquerait « le rétablissement de connexion »
- **Shengold** (1981) et **Blum** (1979) : « l'Insight fait plus que rendre conscient, il établit les causes, les significations et les connexions »
- **Glucksman** (1993) : l'Insight se rapporterait à « la connaissance ou à un certain type de raisonnement qui aide le patient à expliquer ses symptômes ou problèmes »

Un certain nombre de psychanalystes ont tenté de distinguer également différents types d'Insight :

- Ex : l'Insight intellectuel (connaissance comprise et acceptée à un niveau intellectuel ou théorique) et Insight émotionnel (connaissance saisie à un niveau plus profond, où l'individu le ressent ; il est souvent considéré comme l'Insight psychanalytique)
- Ex : insight neutre, émotif et dynamique
 - Neutre : compréhension et acceptation du lien entre antécédent et symptôme (ex : dispute avec le conjoint et indigestion)
 - Emotif : il s'y ajoute une composante émotive (ex : anxiété sous-tendant la dispute avec le conjoint)
 - Dynamique : compréhension des motivations inconscientes qui soutiennent la composante émotive (ex : motif inconscient de l'anxiété amenant à la dispute)

Sur un plan thérapeutique, les avis divergent cependant : certains prônant les thérapies basées sur l'Insight les autres émettant une opinion plus réservée. [47]

c) Résumé

Essayons de résumer les conceptualisations différentes de l'Insight selon les écoles de pensée dans un tableau synthétique :

Gestalt	Psychanalyse
Restructuration d'évènements externes	Restructuration d'évènements internes
Phénomène discret, soudain et spécifique	Phénomène continu, progressif et sans limite
Connaissance par rapport à un problème extérieur restructuré pour être comprise par l'individu	Connaissance de Soi, problème chez l'individu
<u>Rôle thérapeutique</u> : conscience dans les syndromes organiques cérébraux (ex : démence)	<u>Rôle thérapeutique</u> : connaissance des processus mentaux inconscients (d'importance variable selon les psychanalystes)

Tableau 3 : Les conceptualisations de l'Insight selon les écoles de pensée

4. Echelles d'évaluation

La sévérité du défaut d'Insight est variable d'un sujet à l'autre et est peut-être un des facteurs de risque majeur de rechutes et donc de mauvais pronostic, il est donc probablement l'une des caractéristiques symptomatiques les plus importantes à rechercher. En effet, qui accepterait de se faire hospitaliser et traiter s'il était convaincu de n'être aucunement malade ? Qui accepterait de poursuivre son traitement antipsychotique s'il était persuadé de ne présenter aucun symptôme psychotique ? Voyons maintenant quelles sont les méthodes d'évaluation possibles pour la mettre en évidence et estimer le degré d'atteinte. [48]

C'est au cours des dix à quinze dernières années que les études centrées sur l'Insight se sont développées. En général, l'objectif principal a été d'examiner le rapport entre l'Insight des patients et des variables cliniques (ex : le pronostic, l'observance thérapeutique, la sévérité de la psychopathologie...) Les résultats ont été très divers, divergents voire contradictoires. Dans ces études, différents outils d'évaluation ont été utilisés et ceux-ci vont permettre d'évaluer le niveau d'insight et de ses différents aspects, de suivre l'évolution de la conscience du trouble au cours du temps, d'évaluer le pronostic et le degré d'implication du patient dans sa prise en charge. Décrivons quelques unes de ces échelles.

a) L'échelle ITAQ

L'ITAQ (Insight and Treatment Attitude Questionnaire) est un questionnaire qui a été conçu par **Mc Evoy** et al (1989) afin d'évaluer l'Insight chez des patients psychotiques, basé sur l'idée qu'un bon Insight était le reflet d'une adéquation entre le discours du patient et celui du clinicien. Ainsi, les questions dans l'outil de mesure se rapportent spécifiquement aux attitudes des patients quant aux besoins d'hospitalisation, de traitement et de suivi ultérieur et les scores d'Insight sont explicitement basés sur l'idée que le patient est en accord avec l'évaluateur sur ces attitudes.

Cette échelle est composée de 11 questions, le score allant de 0 (pas d'insight) à 22 (insight maximum) [47]

b) L'échelle SAI

Pour **David** (1990) l'important était une évaluation quantitative de l'Insight, ils considéraient que l'Insight chez les patients psychotiques était composé de 3 dimensions distinctes :

- Reconnaissance de sa maladie mentale
- Compliance au traitement
- Capacité à reconnaître les évènements psychotiques (hallucinations et délire) comme pathologiques.

La SAI (Schedule for Assessing Insight) reprend ces 3 dimensions. Les patients sont classés selon le point jusqu'auquel ils acceptent d'être malades. Le score va de 0 à 14.

c) L'échelle SUMD

Amador et al. (1991) se sont appuyés sur la diversité des définitions de l'Insight dans la littérature et considéraient que l'Insight se composait de 4 dimensions :

- Conscience des signes, symptômes et conséquences de la maladie
- Causes attribuées par le patient à la maladie et aux symptômes et à leurs conséquences
- Constitution de l'image de Soi
- Stratégies psychologiques de défense.

En 1993, Amador et Strauss se rendent compte de la difficulté d'évaluer ces 4 dimensions et réduisent cette évaluation à 2 dimensions : conscience de la maladie et causes attribuées à la maladie. De là, la SUMD (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder) est conçue. Celle-ci

se compose de 20 items (3 généraux et 17 spécifiques à partir desquelles 10 scores récapitulatifs peuvent être calculés, avec un score allant de 1 à 5 pour chaque item) A noter qu'il est possible d'utiliser cette échelle dans une version abrégée (n'explorant qu'un aspect de l'Insight comme la conscience de certains symptômes par exemple) [47]

d) L'échelle Q8

M.L Bourgeois et al. ont élaboré en 2002 une échelle sous forme d'un hétéroquestionnaire simple et rapide, formé de 8 questions ouvertes pour explorer différentes dimensions de la conscience du trouble. (Cf. annexe 4) On peut explorer ainsi l'explication donnée par le malade de sa présence à l'hôpital psychiatrique, l'existence d'un vécu de maladie avec le nom éventuellement donné de cette maladie, l'attribution causale de celle-ci, la conscience d'une souffrance psychique, d'un handicap. Enfin, une bonne conscience du trouble s'accompagne généralement d'une acceptation des soins et d'un relatif optimisme sur l'issue du traitement.

A chaque question est attribué soit un score de 0, indiquant l'absence de discernement soit de 1, indiquant une perception au moins partielle du problème psychopathologique et de ses conséquences, ainsi que la nécessité de soins. Le score maximum est de 8.

Les patients peuvent être répartis en trois catégories :

- Score 0-2 : non conscience du trouble
- Score 3-5 : conscience médiocre du trouble
- Score 6-8 : bonne conscience du trouble.

[49] [50]

5. L'Insight dans les syndromes cérébraux organiques

a) Etats neurologiques

Tout comme pour les études de l'Insight dans les troubles psychiatriques « fonctionnels », les études centrées sur l'exploration de l'Insight de patients souffrant de syndromes cérébraux organiques se sont multipliées ces quinze dernières années.

Le principal objectif était la corrélation entre Insight et certaines variables cliniques et tout comme pour les études consacrées à l'Insight dans les troubles psychiatriques, les résultats sont variables et parfois même contradictoires. Ceci peut en partie s'expliquer par des différences concernant la définition, les méthodes d'évaluation et les mesures utilisées pour les données. [47]

(1) Définition

Historiquement, l'intérêt pour l'Insight en neurologie s'est développé dans une perspective opposée : en psychiatrie, on observait progressivement que les malades manifestaient un certain degré de conscience de leur état alors qu'en neurologie, peu à peu on se rendait compte que les patients ne manifestaient pas d'Insight.

Depuis la fin du XIX^e siècle, existent des descriptions cliniques de patients qui ne semblaient pas être conscients de leur déficit neurologique pourtant important et majeur.

Babinski (1914) a inventé le terme « anosognosie » pour évoquer l'absence de conscience (en anglais : *unawareness*) dans le déni de l'hémiplégie décrit chez les patients après un AVC. Ce terme a ensuite été repris pour d'autres syndromes neurologiques :

- La cécité corticale (syndrome d'Anton)
- L'aphasie (Rubens et Garrett, 1991)
- L'hémiballisme (Roth 1944)
- Les syndromes amnésiques (Mc Glynn et Schacter, 1989)
- La démence (Reed 1993)
- La dyskinésie tardive (Myslobodsky 1986)
- Les déficits secondaires à un traumatisme crânien (Prigatano, 1991)

Dans tous ces syndromes, le concept d'anosognosie renvoie au sens spécifique et relativement étroit d'« absence de conscience » d'un déficit particulier (*unawareness* ≠ défaut d'Insight en psychiatrie) La connaissance reste ciblée au déficit neurologique (ex : hémiplégie) sans englober ce que représente l'incapacité pour le Soi.

Différents termes sont employés dans la littérature neurologique et ce de manière interchangeable (perte d'Insight, absence de conscience, altération de la conscience de Soi...) il n'y a qu'un terme qui semble à part : le déni. Celui-ci est souvent employé dans un sens plus large incluant un certain niveau de conscience mais, pour une raison indéfinie, le sujet est inapte ou réticent à reconnaître les troubles (et ce, donc, sur une base psychodynamique) [47]

Nous pourrions résumer ainsi les différences entre anosognosie et défaut d'Insight :

Anosognosie en neurologie	Insight en neurologie	Insight en psychiatrie
Sens étroit (altération de la conscience)	Sens étroit (altération de la conscience) *	Sens large (altération de la conscience et/ou du jugement)
Perte de perception/lésion d'un organe	Perte de perception	Facteurs psychodynamiques
Phénomène unitaire en général : conscience ou non de leur handicap	Phénomène unitaire en général : conscience ou non de leur handicap	Phénomène gradué : Conscience variable du trouble

Tableau 4 : Les caractéristiques de l'anosognosie et de l'Insight.

* : par définition, il est impossible d'exiger des jugements détaillés concernant les conséquences d'un problème si ce problème n'est pas considéré comme expérimenté ou perçu par le patient.

(2) Méthodes d'évaluation

Elles sont très nombreuses et diverses allant de cotation simple à complexe, d'échelle d'auto ou d'hétéro-évaluation et parfois même combinées comme dans la méthode d'écart des mesures.

Dans cette dernière méthode, le principe est de confronter l'évaluation du patient par lui-même considérée comme l'évaluation subjective à l'évaluation du patient par des soignants ou par la famille, considéré alors comme l'évaluation objective. L'écart ainsi obtenu sera plus ou moins important selon la prise de conscience du patient. Or cette méthode présente des inconvénients car l'évaluation soit disant objective par un tiers ne l'est jamais totalement et par exemple, la lourdeur des soins peut faire sous-estimer les capacités du patient et, a contrario, le déni des proches une surestimation des capacités. [47]

(3) Causes de l'altération de l'Insight / anosognosie dans les états neurologiques.

(a) Théorie neuro-anatomique et neuropsychologique.

De nombreuses théories « lésionnelles » ont été mises en avant comme des bases étiologiques possibles de l'anosognosie.

La première théorie était basée sur l'idée d'une maladie cérébrale diffuse générale (**Stengel et Steele** 1946) mais hypothèse jugée insuffisante car les patients sont souvent bien orientés et présentent peu de signe d'altération intellectuelle.

L'éventualité d'une lésion localisée va donc susciter un intérêt croissant.

En général, même si les résultats sont peu concluants, l'anosognosie, bien qu'apparemment plus prévalente chez les patients souffrant de lésions de l'hémisphère droit est également associée à des dommages de l'hémisphère gauche (**Cutting**, 1978)

De plus, la perturbation du schéma corporel n'expliquerait pas l'absence de conscience par rapport aux déficits cognitifs et comportementaux (**Weinstein et Kahn** 1955)

Il n'y a pas non plus de certitude que les patients se rendent compte des déficits mais qu'ils sont incapables de les exprimer (**Mc Glynn et Schacter** 1989)

Enfin, l'absence de conscience ne serait pas non plus la conséquence d'une altération du sens spatial et de perte sensorielle (**Bisiach et al.** 1986 ; **Levine et al.** 1991 ; **Berti et al.** 1998)

En revanche, de nombreuses études ont retrouvé une association entre anosognosie et dysfonctionnement du lobe frontal (**Mc Glynn et Schacter**, 1989 ; **Goldberg et Ban**, 1991)

Stuss et Benson (1986) ont quant à eux fait une distinction conceptuelle entre conscience de Soi et conscience des déficits dans les troubles du comportement comme la négligence ou l'aphasie : la première serait altérée par une lésion des lobes frontaux et la seconde par une lésion des régions cérébrales postérieures ou basales. [47]

Plus récemment, en août 2011 est paru un article « *Insight et neuro-imagerie : l'apport de l'étude des réseaux du repos* » (**Orliac, Joliot, Jaafari, Delamillieure**) Ce « Réseau du Mode par Défaut, (RMD) » serait le support de l'activité mentale spontanée d'un sujet au repos et son activation semblerait être liée aux pensées ayant trait à la conscience de soi (ce réseau se désactiverait au cours d'une tâche cognitive). Il serait composé

- d'une région médiane postérieure (précunéus et gyrus cingulaire postérieur)
- d'une région médiane antérieure étendue (région frontale médiane et gyrus cingulaire antérieur)
- d'une région pariétale inférieure (gyrus angulaire)

- associées selon les études d'une région temporelle moyenne et d'une région hippocampique.

De nombreux auteurs y verraient le support de la « projection du Soi » dans le temps et l'espace, comme du passage au point de vue de l'autre (Théorie de l'Esprit).

L'hypothèse de travail d'**Orliac et al.** était l'existence d'un lien entre la synchronisation du RMD et le phénomène d'Insight dans la schizophrénie. Ils ont inclus 20 patients schizophrènes vs 20 témoins volontaires sains et les ont comparés avec une acquisition en IRMf (imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle) de repos pendant huit minutes avec pour consigne de « rester éveillé, bouger le moins possible, garder les yeux fermés et laisser libre cours à ses pensées ».

Ils ont pu mettre en évidence une diminution de la connectivité fonctionnelle du RMD chez les patients au niveau d'une région cingulaire antérieure et d'une région cingulaire postérieure ($p < 0.05$) Cette diminution au niveau cingulaire antérieur est fortement corrélée ($p < 0.001$) à l'intensité des symptômes négatifs évalués par la PANSS (Positive And Negative Syndrom Scale) La synchronisation de la région postérieure semblait être liée à la qualité de l'Insight évaluée par l'IS (Insight Scale de Birchwood) ($p < 0.05$) mais avec un petit nombre de patients ($n=7$) Le traitement de ce type d'information ne serait donc pas limité à la région préfrontale comme longtemps supposé.

En intégrant le travail d'une autre équipe (**Zysset et al.**) qui ont étudié « le jugement évaluatif », qui est l'appréciation d'un stimulus ou d'une situation sur la base d'un référentiel de valeurs propres au sujet, Orliac et al. ont supposé que le cortex cingulaire postérieur aurait un rôle dans la formation d'une représentation mentale complexe, c'est-à-dire intégrer l'information évaluée à un ensemble d'expériences et de connaissances afin de créer un référentiel de jugement. C'est ce référentiel qui permettrait ensuite une évaluation par les régions cingulaires antérieures. De la même manière, au cours du phénomène d'Insight, le sujet devrait porter un jugement évaluatif sur lui-même et donc créer un référentiel basé sur sa mémoire autobiographique.

(b) Théories motivationnelles

Contrairement aux théories lésionnelles précédemment décrites, certains chercheurs ont soutenu que le défaut d'Insight en neurologie (ou anosognosie) était d'origine psychologique.

Weinstein et Kahn (1955) ont affirmé que l'anosognosie ou le déni de la maladie était une réponse adaptative pour éviter le stress à la reconnaissance de l'incapacité. « On ne peut pas dire que le patient "oublie" ou "ignore" qu'il est malade mais plutôt qu'il exprime ses sentiments à ce sujet dans un langage particulier » Bien que proposant des mécanismes psychologiques,

Weinstein et Kahn ont postulé néanmoins la nécessité de la présence d'un dysfonctionnement cérébral mais sans que celui-ci ne soit la cause du déni mais plutôt son degré d'atteinte. [47]

b) Insight de la démence

Cette approche neurologique est importante afin de clarifier les différences et similitudes d'avec l'abord psychiatrique mais aussi pour l'exploration de l'Insight dans les démences, maladie particulière pour son approche double : neurologique et psychiatrique.

Etant donné cette particularité clinique, il n'est pas étonnant que les résultats des études soient encore une fois divergents, hétérogènes voire contradictoires.

Considérons simplement quelques résultats d'études notables.

L'insight serait différent selon le type de démence : les patients atteints d'une démence corticale (Maladie d'Alzheimer, démence fronto-temporale...) auraient un Insight plus faible que les patients présentant une démence sous-corticale (maladie de Huntington, maladie de Parkinson...) (**Kaszniak** et **Christenson** 1996 ; **Lishman** 1998) (à noter que les résultats concernant les démences vasculaires étaient beaucoup plus divergents)

Les études concernant la corrélation entre sévérité de la démence et Insight n'ont pas retrouvé le même résultat (certaines retrouvant une corrélation faible, d'autre forte et d'autre enfin nulle, sans corrélation)

Les résultats des rares études tentant d'examiner l'évolution de l'Insight en fonction de la progression de leur maladie ont également été variables.

De même, les résultats concernant corrélation Insight/dépression dans la démence sont contradictoires. [47]

6. Les enjeux actuels de l'Insight en psychiatrie

a) Concept théorique et phénomène clinique de l'Insight

Avant d'évoquer les problèmes de ces deux distinctions de l'Insight, il convient de les définir :

- Concept d'Insight : renvoie au concept théorique de l'Insight considéré comme un tout, dans son sens le plus large et le plus flou.
- Phénomène d'Insight : renvoie aux manifestations cliniques de l'Insight et est donc seulement un aspect du concept d'Insight.

(1) Le concept d'Insight : un problème de signification

L'examen de la signification du concept d'Insight permet d'identifier deux principaux problèmes :

- L'absence de limites définies
- Le sens exact de l'Insight : symptôme ou état mental ?

(a) Insight : quelle définition retenir ?

Nous avons vu que les définitions sont très diverses et que les limites du concept ne sont pas réellement établies... parfois considéré dans un sens étroit, parfois, dans un sens plus large... allant de la simple perception d'une « anomalie » à l'élaboration d'un réel questionnement sur son état psychique.

En conséquence, les patients peuvent avoir une certaine connaissance de leur état mental mais manifester des jugements variables. Que doit-on attendre d'un patient ?

Pour un patient souffrant de schizophrénie par exemple, quel niveau de connaissance doit-il avoir de sa pathologie ? Est-il nécessaire pour un patient d'estimer exactement tous ses troubles et symptômes ? A partir de combien de symptômes clairement identifiés un patient peut-il être considéré comme ayant un bon Insight ? Quel degré de certitude doit-il avoir de son état pour avoir un bon Insight ?...

On se rend compte qu'au vu du nombre de questions posées, ce concept ne peut être clairement défini à l'heure actuelle et qu'il ne peut y avoir une démarcation précise.

(b) Insight : symptôme ou état mental ?

L'ouvrage d'**Ivana Markova**, nous fait réfléchir sur cette question de la nature exacte de l'Insight. Elle considère qu'il s'agirait davantage d'un état mental que d'un symptôme. Nous aborderons ici les arguments en faveur d'un symptôme dans un premier temps puis les arguments en faveur d'un état mental tels qu'elle les retranscrit.

➤ Arguments en faveur de l'Insight-symptôme :

Preuves directes :

- dans l'Etude pilote internationale sur la schizophrénie (WHO, 1973), le manque d'Insight est rapporté comme le « symptôme » le plus fréquemment retrouvé dans la

schizophrénie et par conséquent ce terme de « symptôme » a été repris dans de nombreuses études.

- **Cuffel et al** (1996) considèrent qu'un Insight faible est une « manifestation importante » de la schizophrénie
- **Kim et al** (1997) : le manque d'Insight serait « un trait inhérent à la schizophrénie »
- **Mohamed et al.** (1999) : « un Insight faible peut être conceptualisé davantage comme une expression du trouble que les hallucinations ou les croyances délirantes »

Preuves indirectes :

- Des théories postulent l'existence d'un lien entre l'Insight et la maladie. Le manque d'Insight serait un *mécanisme de défense* et serait alors une réponse à la maladie.
- Des études retrouvent une diminution de l'Insight en rapport avec un *dysfonctionnement neurologique*. (**Young et al.** 1998 ; **Ott et al.** 1996...)

➤ Argument en faveur de l'Insight-état mental :

- Etant donné le nombre de définitions différentes, la nature même de l'Insight semble obscure et il serait alors difficile de concevoir l'Insight comme un symptôme
- Le fait de reconnaître que les facteurs sociaux et culturels ont un poids important dans l'acceptation ou non d'un trouble mental (**Johnson et Orrell** 1995 ; **Lam et al**, 1996, **Chung et al**, 1997), serait davantage le reflet d'un état mental qu'une partie du processus d'une maladie.
- Le fait que l'Insight implique un jugement du patient et non une description simple d'une expérience vécue ne serait pas non plus en faveur d'un symptôme.
- Les résultats contradictoires des nombreuses études sur le sujet
- Le fait que des sujets « sains d'esprit » puissent ne pas avoir un bon Insight
- Certaines études retrouvent une amélioration de l'Insight avec l'évolution du processus démentiel (**Mc Daniel et al** 1995, **Derouesné et al** 1999)
- L'augmentation de l'information fournie aux patients sur ce qu'ils vivent peut faire augmenter l'Insight (ce qui serait en faveur d'un état mental dynamique, susceptible d'évoluer)

Notons que c'est ce dernier argument que nous mettrons en avant dans notre étude avec la preuve d'un meilleur Insight selon les prises en charge et les informations transmises.

(2) Le phénomène de l'Insight : un problème d'interprétation

Comme nous l'avons expliqué, le phénomène d'Insight est la manifestation clinique du patient de son Insight.

Le principal problème du phénomène d'Insight est l'interprétation car, en effet, l'Insight ne se manifeste qu'en situation clinique et il y aura toujours un tiers impliqué, lui-même utilisant différents outils d'évaluation.

En premier lieu, le patient lui-même interprète ses propres expériences et va les traduire dans son langage. La première difficulté est donc la capacité ou non du sujet à percevoir son état puis de la retranscrire (par la parole ou par le comportement)

Deuxièmement, le clinicien interprète l'Insight exprimé par le patient et celui-ci peut être différent d'un praticien à un autre (si le patient dit qu'il est schizophrène, qu'il a besoin d'un traitement etc. un juge extérieur peut dire que le patient a un bon Insight car il répond de manière adaptée à la question alors qu'un autre juge peut dire qu'il n'a pas un bon Insight car le patient ne fait que répéter un discours appris par cœur)

Troisièmement, l'objet de l'Insight étudié, c'est-à-dire le champ de l'Insight sur lequel on s'interroge (ex : sensation d'être malade mentalement, capacité à percevoir des hallucinations, acceptation d'un traitement etc.) sera source de plus ou moins d'interprétations de la part du clinicien : en effet si l'objet de l'Insight est la capacité à reconnaître son hémiparésie, l'observation directe de l'incapacité du sujet à lever le bras et le discours du patient par rapport à cette incapacité suffira à conclure à un bon ou mauvais Insight. En revanche, si l'objet est la capacité du patient à reconnaître et analyser une humeur dépressive ou une hallucination (vécu subjectif et non directement observable par le clinicien) le décalage entre l'intensité du symptôme et l'analyse du patient peut être plus difficile à évaluer.

Quatrièmement, l'outil de mesure peut être source de décalage par l'interprétation engendrée (ex dans l'écart de mesure déjà décrite, une part subjective des soignants ou de la famille peut occasionner une mauvaise interprétation du résultat d'Insight)

Cinquièmement, la relation patient-clinicien, tout comme le cadre de l'entretien, est essentielle à une bonne évaluation de l'Insight. En effet si le patient n'est pas en confiance il peut taire certains symptômes et réciter un discours appris par cœur, surestimant ainsi l'évaluation de l'Insight. [47]

b) Conscience et Insight

Comme nous l'avons largement expliqué, l'Insight n'est pas le simple anglicisme de conscience et les deux termes ne sont pas synonymes, mais en quoi cette distinction est-elle importante ?

Rappelons que la *conscience* est l'insight considéré dans un sens étroit, uniquement centré sur la perception d'un problème tandis que l'*Insight* dans son sens large renvoie à cette perception accompagnée des jugements.

Autrement dit on parlera surtout de l'Insight (considéré dans son sens large) dans le domaine de la psychiatrie/psychologie car le phénomène exploré sera constitué de jugements qui vont au-delà d'une conscience ou perception d'un « déficit ». L'Insight ou conscience de « symptômes mentaux » renvoie en réalité à plus que la conscience de la *présence* des symptômes, il renvoie aussi à la conscience du *sens* donné par le patient aux symptômes mentaux, c'est-à-dire des jugements qu'il portera sur la nature et/ou le caractère morbide des expériences vécues.

Par exemple, les types de jugement qui pourraient entrer en jeu dans le fait d'accepter que l'on souffre d'une « maladie mentale » seraient de différents aspects de la connaissance et de l'expérience. Ceci inclut : le point de vue personnel de l'individu sur la définition même de « maladie mentale » avec tout ce que cela implique : les connaissances générales (basées sur l'information dans les livres, les médias, les dialogues entre patients, avec les soignants...) et les connaissances personnelles basées sur des expériences antérieures, le rôle des familles, des amis, la composante culturelle ou religieuse...

Un exemple simple peut illustrer facilement la différence entre conscience et Insight :

- Un patient se plaint d'une douleur qui paraît hors de proportion pour une personne extérieure ou alors il s'inquiète d'une cicatrice minime, à peine visible, sur le visage en adoptant un comportement inadapté à la situation : se repli chez lui, sensation d'être défiguré, adopte tous les artifices possibles pour la cacher etc.... : dans ces deux situations le patient a une bonne conscience voire une *conscience majorée* au problème mais un *Insight réduit* car hors de proportion par rapport à ce qui est « objectivement » établi.

Une étude a également tenté de prouver la distinction entre conscience et Insight : celle de **Marková et al.** en 2004. Elle était conçue pour explorer l'Insight des problèmes de mémoire dans un groupe hétérogène, incluant des patients déments et des patients anxio-dépressifs. Tous présentaient une plainte mnésique. Le postulat était que si les profils étaient identiques, il existerait un concept unique d'Insight, dans le cas contraire, les concepts seraient différents.

Nous ne développerons pas ici la méthode mais analysons les résultats :

- Sans surprise, le groupe « neurologique » présentait des performances mnésiques significativement moindres que le groupe « psychiatrique »
- Les scores totaux d'Insight ne présentaient pas de différence significative
- Par contre, les écarts de score étaient significativement différents :
 - L'écart positif (problème de mémoire évalué comme plus sévère par le soignant) (donc faible Insight) était plus fréquent chez les patients « neurologiques » (souffrant de démence)
 - L'écart négatif (problème de mémoire évalué comme plus sévère par le patient) (donc faible Insight) était plus fréquent chez les patients « psychiatriques » (souffrant de troubles anxio-dépressifs)
 - ➔ Les patients neurologiques sous-estimaient leurs problèmes de mémoire alors que les patients psychiatriques les majoraient.
 - ➔ Autrement dit : les patients neurologiques présentaient une mauvaise conscience de leur état contrairement aux patients psychiatriques.
 - ➔ Les types d'altération de l'Insight présentés dans les deux groupes sont donc différents et sont probablement sous-tendus par des mécanismes différents. Il y aurait peu de sens à rechercher une cause neurobiologique commune. (conscience et Insight sont probablement organisés différemment dans le cerveau)

Conscience = perception

Insight = perception + jugements associés

c) Un bon insight est-il associé à un risque de suicide plus important ?

Nombreux sont les psychiatres qui sont réticents à l'annonce du diagnostic de schizophrénie en avançant l'argument suivant : « si le patient se rend compte de son état mental, il y a un risque de suicide majoré »

Monsieur le **Dr V. Caillard**, psychiatre d'une unité de crise et de post-urgence recevant des suicidants ou des patients en situation de crise, à Caen précise dans un article son point de vue,

basée sur des résultats d'études qui concernent l'association Insight et risque suicidaire. Il reprend l'observation de 208 patients schizophrènes par **Amador et al.** qui démontraient en 1996 que le comportement suicidaire était corrélé avec une meilleure appréhension par les patients de leurs symptômes négatifs ou de leurs idées délirantes. Ils ont cependant également observé que l'Insight portant sur la conscience générale d'être atteint d'un trouble mental n'était pas corrélé au comportement suicidaire.

D'autres études ont retrouvé ce constat d'une corrélation entre un Insight augmenté et une suicidalité plus importante chez des patients schizophrènes. (**Kim et al.** 2002 ; **Schwartz** 2000.)

Ce lien entre l'Insight et la suicidalité doit être cependant nuancé pour **Dr Caillard** qui cite différentes études comme celle de **Fenton et al.** en 1997 qui mettait en évidence la corrélation positive entre forme paranoïde et risque suicidaire, tandis que la forme déficitaire semblait davantage protectrice contre le suicide. Il reprenait également l'étude d'**Harvey et al.** 2008 qui retrouvaient une fréquence plus importante de gestes suicidaires dans la période se situant entre le début des troubles et l'accès aux soins.

Enfin, dans l'étude de **Bourgeois et al.** en 2004 il apparaissait que le niveau de base de conscience des troubles (un bon Insight initial) pouvait constituer un facteur de risque de comportements suicidaires mais aussi que l'évolution thérapeutique vers une meilleure prise de conscience des troubles contribuait à la diminution de ce risque suicidaire.

Dr Caillard concluait ainsi : « cette constatation encourageante justifie les efforts déployés [...] pour faire évoluer la conscience des troubles dans une direction positive [...] susceptibles de rompre l'isolement naturel du sujet schizophrène. [...] Il s'agit là [...] d'une évolution positive de l'Insight dans un cadre thérapeutique, ce qui n'est pas du tout la même chose que le facteur suicidogène d'un (trop) bon Insight chez un sujet isolé et confronté à la prise de conscience douloureuse et solitaire de ses troubles en dehors de toute perspective d'avenir et d'accompagnement psychologique. » [51]

7. Résumé

Afin de clore ce chapitre difficile concernant ce concept tellement complexe qu'est l'Insight, tentons de le résumer par des schémas (repris de l'ouvrage « *L'Insight en Psychiatrie* » d'Ivana Marková) pouvant expliquer la relation entre conscience et Insight.

Rappelons une dernière fois les termes :

- conscience : perception directe la plus simple d'un état/stimulus particulier
- Insight : connaissance de Soi, issu de jugements plus complexes formulés par les sujets sur un état particulier.

Ceci sous-entend que pour avoir un bon Insight, il faut tout d'abord avoir la conscience de cet état qui peut alors être représenté ainsi :

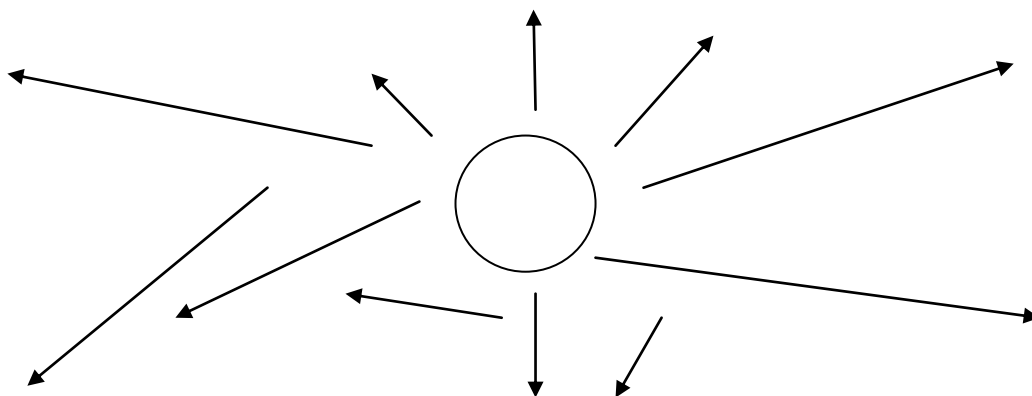


Figure 1 : Représentation de l'Insight

L'ensemble du schéma représente l'Insight, qui par définition est mal délimité.

Le cercle représente la conscience qui est le noyau de cet Insight.

Les flèches, les jugements issus de la conscience (évidemment leur nombre est infini).

Nous avons également évoqué le « phénomène d'Insight » qui, rappelons-le est l'aspect de l'Insight qui s'exprime cliniquement. Il n'est donc qu'une portion de l'Insight : schématisé par un triangle ici :

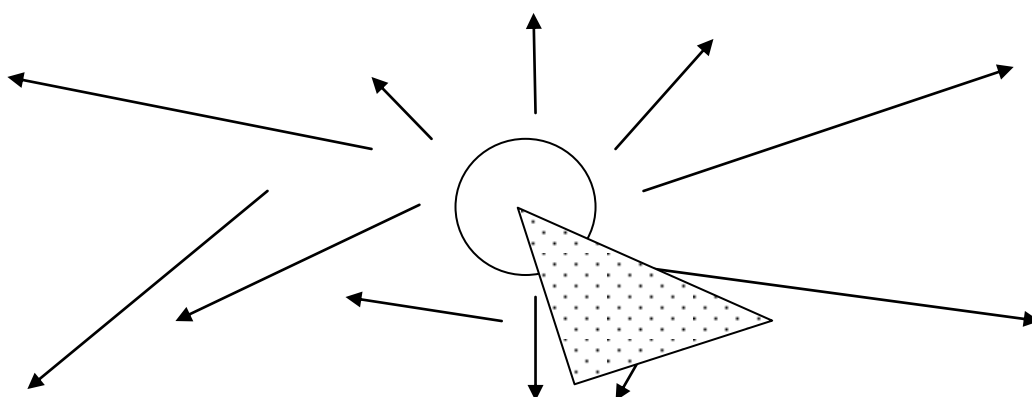


Figure 2 : Représentation du phénomène d'Insight

Or, comme nous l'avons vu, ce phénomène est obligatoirement soumis à une autre interprétation : celle d'un juge externe avec tous les éléments extérieurs interagissant sur le phénomène d'Insight (le phénomène d'Insight, l'expression clinique va donc être modifiée par le jugement du clinicien, le contexte de l'entretien, l'objet exact de l'Insight observé, l'influence familiale etc....) Nous obtenons ainsi un autre schéma avec les flèches bidirectionnelles qui représentent les effets des interactions avec le clinicien, la situation d'entretien, le type de mesure choisie etc. et le nouveau triangle quadrillé, le « nouveau phénomène d'Insight » résultant de toutes ces interactions.

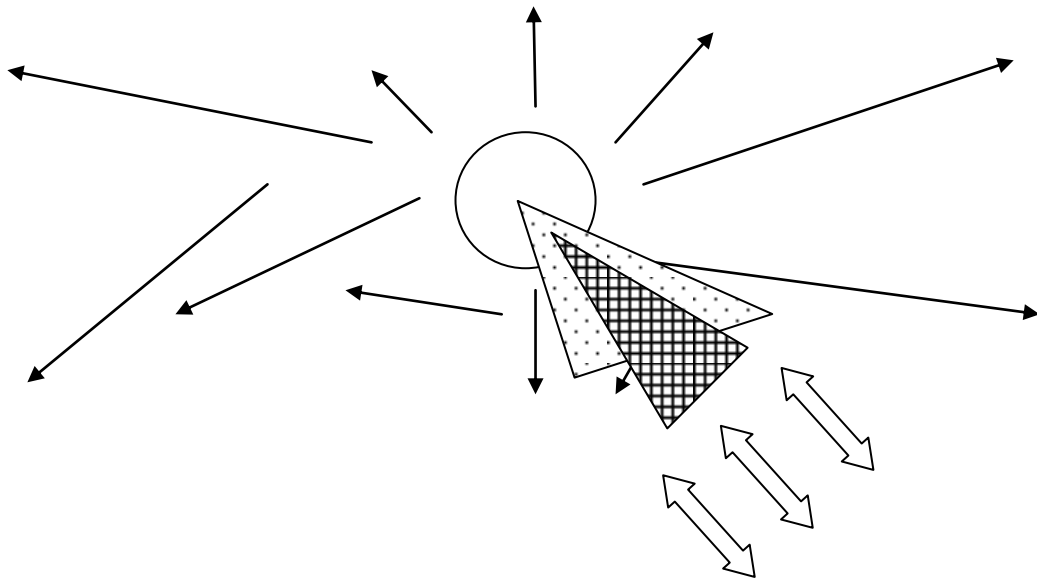


Figure 3 : Le nouveau phénomène d'Insight

Maintenant, si on s'intéresse plus particulièrement à l'Insight en psychiatrie, et notamment dans le cadre des psychoses, le phénomène d'Insight va varier selon l'objet.

Par exemple, si un patient est capable de dire qu'il est inquiet ou qu'il a peur mais que ce sentiment est dû à une idée délirante non accessible au raisonnement (ex, peur dans le cadre d'un délire de persécution), le patient fait preuve d'un certain degré d'Insight : il est conscient d'avoir peur, l'exprime mais ceci est limité car le délire n'est pas critiqué.

On pourrait schématiser cette situation ainsi :

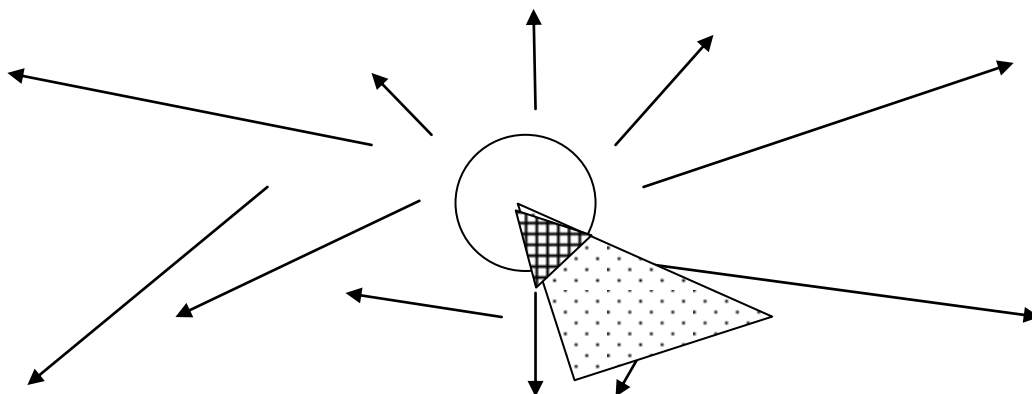


Figure 4 : Le phénomène d'Insight en lien avec l'état mental subjectif

Le triangle en pointillé serait alors le plein Insight sur la situation et le triangle quadrillé, le phénomène d'Insight en lien avec l'état mental subjectif, soit la peur ici.

Si on s'intéresse à la schizophrénie, le problème sera encore différent car ce mot renvoie à plus qu'une simple perception d'un état mental, il renvoie également à un jugement du terme lui-même, qui va être influencé par la connaissance populaire, les enjeux sociaux, la véhiculation du terme par les médias etc. L'Insight d' « être schizophrène » n'est pas en lien direct avec la conscience et va se construire par l'intermédiaire d'autres jugements :

- Soit basés eux-mêmes sur une expérience personnelle, en lien avec la conscience (les 3 triangles blancs représentent ces états mentaux subjectifs, soit l'expérience personnelle, qui sont la structure de base pour l'Insight de la « schizophrénie »)

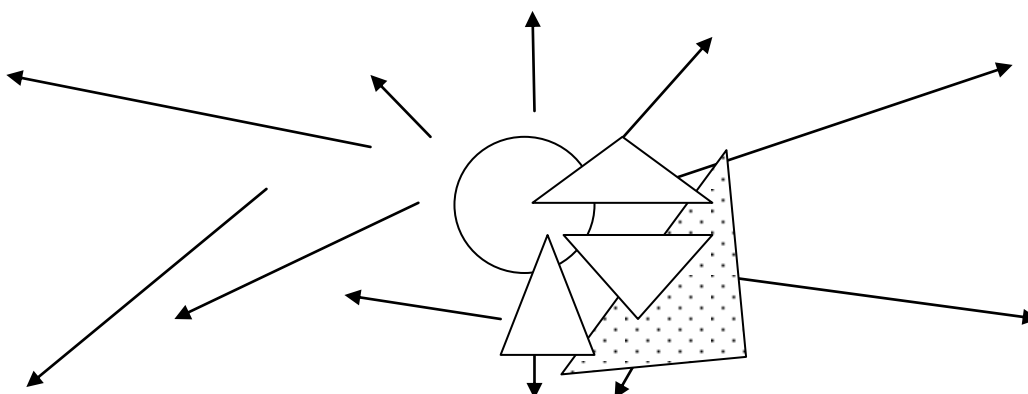


Figure 5 : Insight basé sur l'expérience personnelle.

- Soit basés sur des jugements non personnels et qui vont être plus de l'ordre de l'apprentissage, de la connaissance générale... et donc cet Insight va être un Insight sans conscience.

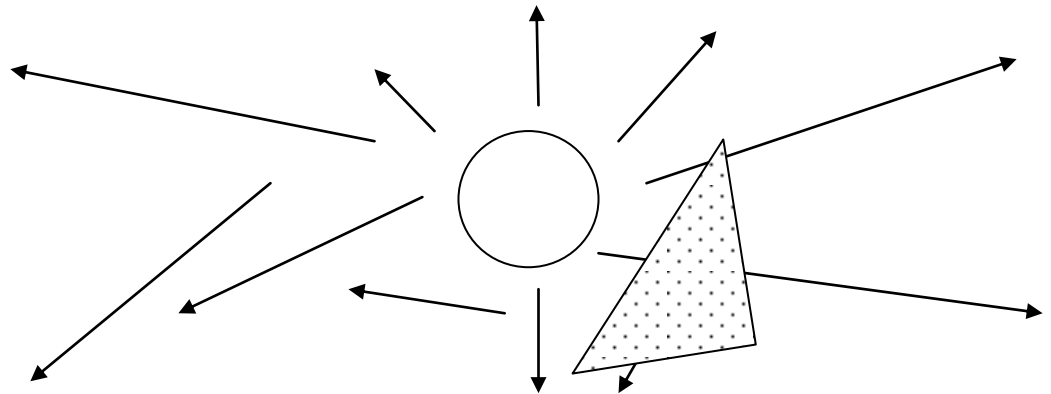


Figure 6 : Insight basé sur des jugements non personnels

Il est alors possible qu'un patient schizophrène ne « se sente » d'aucune manière malade ou ne perçoive pas qu'il a des problèmes particuliers et pourtant qu'il juge, sur la base d'informations reçues de tiers, qu'il souffre de schizophrénie (de manière similaire, un patient cancéreux asymptomatique qui va apprendre par un médecin qu'il est malade va se dire malade, concevoir avoir besoin d'un traitement, et pour autant ne pas se sentir malade). [47]

Bien que les études se multiplient autour de l'Insight on s'aperçoit que peu de choses ont changé : jadis les psychanalystes expliquaient l'échec de leur méthode dans les troubles psychotiques en faisant valoir l'« absence d'Insight » du patient ; aujourd'hui, on explique volontiers l'échec de la prise en charge d'une schizophrénie par « un manque d'insight » ce qui conduirait à l'arrêt du traitement neuroleptique. La prise en charge diffère : psychanalyse vs médicament mais le résultat est sensiblement le même. Il semblerait que certaines attitudes seraient à changer à commencer par la définition même de la psychose retrouvée dans le Petit Robert et de nombreux ouvrages de psychiatrie : « maladie mentale affectant de manière essentielle le comportement, et dont le malade ne reconnaît pas le caractère morbide (à la différence des névroses) » [52]

D. Connaissance de la schizophrénie

1. Définitions

D'après le Larousse, la connaissance est l' « action, le fait de comprendre, de connaître les propriétés, les caractéristiques, les traits spécifiques de quelque chose : (ex. « La connaissance de la nature ».)

Ainsi que l' « opération par laquelle l'esprit humain procède à l'analyse d'un objet, d'une réalité et en définit la nature : (ex. la connaissance intuitive.) »

D'après ce même dictionnaire, connaître est défini par : « Avoir appris comment quelqu'un, un animal, un groupe vivent, se comportent et pouvoir prévoir leurs réactions, leurs sentiments, etc. »

Pour reprendre cette définition, *connaître* est donc la suite d'un *apprentissage*. Ceci implique d'avoir l'*information*, puis de l'*analyser* avant de la *mémoriser* pour enfin pouvoir la *restituer*.

La connaissance de ce concept : la schizophrénie est par conséquent la résultante de toutes ces étapes. Nous allons donc les détailler afin de comprendre les limites pour le patient de connaître sa maladie.

2. Recevoir l'information : l'annonce du diagnostic.

L'annonce d'un diagnostic est toujours un exercice difficile pour un médecin, il n'en est pas autrement pour l'annonce du diagnostic de schizophrénie, loin de là ! La question fait même débat : faut-il l'annoncer au patient ?

Longtemps les psychiatres se sont montrés très réticents mais depuis une dizaine d'années, les avis sont beaucoup plus partagés, notamment depuis la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades qui donne l'obligation au médecin d'annoncer au patient le diagnostic de la maladie. De plus, certaines études ont mis en évidence les effets positifs de l'annonce du diagnostic.

Ainsi, par exemple, une étude « *Impact à long terme de l'annonce diagnostic sur l'Insight de patients atteints de troubles schizophréniques* », dont la méthodologie est certes critiquable, (faible effectif, biais de sélection vis-à-vis de l'âge, résultats pas toujours statistiquement significatifs...) montrerait tout de même qu'un programme d'information selon un protocole psychoéducatif améliorerait une partie de l'Insight (notamment l'attribution des symptômes) et diminuerait les symptômes positifs de la maladie. [53]

Nous allons tenter de percevoir les avantages et inconvénients à l'annonce de cette maladie à travers de deux articles de la littérature : le premier issu du « *Journal of Medical Ethics* » traitant

des questions autour de l'annonce ou non et le second issu des « *Annales Médico-psychologiques* » décrivant une étude autour des impressions des patients ayant reçu l'information concernant leur diagnostic et peut-être parviendra-t-on à nuancer cette citation de **Jean Anouilh** « le drame du cocu, c'est le drame de l'homme : la connaissance »...

« Tu as vu le Sunday Times ? [...] cet article sur eux, qui utilisent ces injections pour les détenus de Parkhurst Jail ! Ce sont ces injections-là que j'ai ! [...], Lis ce qui est écrit ! Hein ? A propos de leur indication pour les schizophrènes et les psychopathes des hôpitaux psychiatriques ? Tu réalises que ce doit être ce que je suis ????? » (**Moira Duff**, « *The Vocation of Pearl Duncan* » London : The Women's Press, 1982.) Cet extrait d'une nouvelle peut représenter l'une des pires façons d'apprendre qu'on est schizophrène, en tout cas c'est ce que pense **Jacqueline M. Atkinson**, auteur de plusieurs ouvrages concernant la schizophrénie qui reprend dans un article « *To tell or not to tell the diagnosis of schizophrenia* » paru en 1989, les arguments pour annoncer le diagnostic et les arguments contraires.

➤ Les arguments en défaveur de l'annonce :

- 1) « *Ne pas blesser* ». C'est souvent un argument que les psychiatres mettent en avant. Certains craignent une aggravation de la symptomatologie et un désespoir intense. Ils avancent également les conséquences délétères à long terme. Or, on peut s'apercevoir que dans l'annonce du diagnostic de cancer, l'acceptation du patient de son diagnostic est progressive est qu'elle n'apparaît qu'après une phase de détresse, de désespoir, de colère... et que le principal est d'accompagner le patient dans ce cheminement psychique. Les psychiatres craignent également de mettre une « étiquette officielle » et que cela ait un impact social, or il n'y a aucune obligation pour le patient à en parler aux autres...
- 2) « *il n'y a aucune certitude du diagnostic* » en effet, il n'existe aucun examen pouvant affirmer de manière formelle que le patient souffre d'une schizophrénie. Il semble sage en effet que le diagnostic ne soit pas annoncé de manière trop rapide, dès le premier épisode...
- 3) « *le patient refuse* » certains patients refusent de parler du diagnostic pour « se protéger » (ce qui arrive aussi chez des patients qui ne veulent pas savoir qu'ils ont un cancer)
- 4) « *la relation médecin-patient peut être affectée* » des psychiatres avancent qu'étant donné l'absence d'Insight, qui serait pour certains obligatoire et totale, le patient de ce fait, ne pourra pas accepter son diagnostic donc l'annonce ne servirait à rien de toute

manière. De plus, certains pensent que si le patient est persécuté, le fait de lui annoncer une maladie qui ne correspond pas à son ressenti pourrait rendre le médecin « complice » et qu'il devienne à son tour persécuteur.

➤ Les arguments en faveur de l'annonce :

- 1) *Argument moral* : le patient a le droit de savoir. Est-il légitime de priver le patient d'une information concernant sa santé ?
- 2) *Argument clinique* : Premièrement, le fait de connaître le diagnostic peut permettre au patient d'avoir une explication concernant ses ressentis et ses comportements. Deuxièmement, le patient n'est plus isolé, seul face à ses troubles, il peut appartenir à un groupe, échanger avec d'autres malades (sur les forums par exemple). Troisièmement, le fait d'être « malade » est un outil pour déculpabiliser. Enfin, le traitement est davantage acceptable : en effet, comment un patient peut-il accepter un antipsychotique s'il pense être dépressif ? rappelons que sur les notices de médicaments, les indications thérapeutiques sont notées...
- 3) *Argument de sens « pratique »* : il serait illusoire que le patient ne connaisse jamais son diagnostic s'il le demande... il le trouvera d'une façon ou d'une autre : ex, sur un arrêt de travail, un compte-rendu d'hospitalisation, la déduction d'après son traitement, l'entretien avec le juge des libertés.... Ce qui risque, s'il le découvre, d'entamer la relation de confiance avec le médecin...
- 4) *Argument juridique* : en lien avec la loi du 4 mars 2002, déjà cité, qui est le prolongement de l'argument moral.

[54]

Cet article bien qu'ancien (1989), semble toujours être d'actualité, comme nous pouvons le constater avec un article concernant une étude réalisée en 2006 : « *L'annonce du diagnostic de schizophrénie. Analyse textuelle d'entretiens cliniques.* » [18]

Cette étude consistait à mieux comprendre l'impact de l'annonce du diagnostic « schizophrénie ». Elle a inclus 20 patients (11 hommes et 9 femmes) en ambulatoire et qui avaient reçu l'annonce du diagnostic de schizophrénie, porté par des psychiatres, depuis moins de dix ans. Les entretiens étaient semi-directifs (comprenant 3 thèmes : la représentation de la maladie, l'annonce du diagnostic et le vécu de la maladie) et ont été analysés par le logiciel Alceste (Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte) qui identifie dans un texte les mots les plus fréquemment utilisés par le locuteur et constitue des classes de discours.

Les résultats principaux de cette étude sont séparés en quatre classes, faisant référence aux réponses données à quatre questions :

- « *Avez-vous parlé (du diagnostic de schizophrénie) dans votre entourage ?* » :

La révélation reste assez confidentielle. Lorsqu'elle a lieu, elle se produit en direction de la mère. Lorsque les patients se réfèrent à l'entourage plus élargi, le terme schizophrénie est moins cité, ils parlent plutôt de « prise de traitement » ou de « difficultés psychiatriques ». Le médecin apparaît également comme une personne ressource avec laquelle il est possible d'évoquer le nom de la maladie. Les patients sembleraient avoir conscience de l'impact négatif du terme sur l'entourage et que ce serait un fardeau qu'ils décideraient de porter seuls et cloisonneraient les deux mondes médical et familial dont le terme appartiendrait seulement au monde médical. Le terme d'« ami » est associé à la non-révélation du terme de schizophrénie « pour ne pas les effrayer » par exemple. L'attitude face au mot « schizophrénie » serait donc modifiée par l'entourage : « ils protégeraient la famille de ce terme mais s'en protégeraient vis-à-vis de l'entourage plus élargi »

- « *Connaissez-vous des noms de maladie mentale ? Avez-vous eu des informations sur la maladie autrement que par votre médecin ?* »

Le terme de schizophrénie a été le plus souvent cité (mais sans surprise étant donné le contexte de l'entretien et l'annonce du diagnostic étant à la base un des critères d'inclusion...) La maladie mentale est souvent associée à la « souffrance », au « ressenti douloureux ». On constate également que les patients se documentent sur leur maladie par la lecture (seuls 4 patients sur 20 n'ont pas cherché d'information) Cependant, aucun de ces sujets n'ont pu rapporter une information précise tirée de cette lecture, jugée trop complexe ou trop spécialisée. 7 patients disaient avoir éprouvé de la peur en apprenant leur diagnostic mais 6 rapportaient un sentiment de soulagement, car le fait de mettre un nom sur la maladie donnait du sens aux symptômes vécus. Le terme « rassurer » a également été très souvent cité et se rapportait souvent au médecin.

- « *Quels ont été les premiers signes de la maladie ? Comment se manifeste-t-elle ?* »

Le champ le plus représenté a été celui de l'audition et les deux manifestations les plus citées, l'audition de voix critiquant le sujet puis l'angoisse. Le second champ était le sentiment de persécution. Ils associent souvent leur mal-être à la « paranoïa » qui serait d'ailleurs a priori un terme préférentiel pour les patients au terme de schizophrénie. A noter que le terme de « dédoublement de la personnalité » a également souvent été cité mais comme une preuve qu'ils ne sont pas schizophrènes « j'ai pas de dédoublement de la personnalité, je suis une et pas deux

alors je suis pas schizophrène ». A noter la boutade d'une patiente de cette étude : « alors, on dit schizophrène pour dire deux personnes dans une, mais si c'est trois, qu'est-ce qu'on dit alors ? Trisomie c'est ça ? [...] » La maladie a souvent été associée à la notion de danger aussi.

- « *Que savez-vous de votre maladie ? Quelles sont les manifestations de la maladie qui vous gênent le plus ?* »

Ce qui apparaît le plus fréquemment c'est l'opposition entre le monde externe et le monde interne. Les 3 termes les plus utilisés étaient « extérieur », « délire » et « exister », renvoyant à la définition de la maladie sur le versant « d'une inadaptation à la réalité extérieure ». Les professionnels sembleraient être entre ces deux mondes comme le laisserait supposer le terme « aider » (4^{ème} terme le plus cité). Le deuxième champ qui apparaissait semblait être celui des symptômes physiques avec notamment le terme de « fatigue ». [18]

Ces deux études démontrent que l'information est capitale dans l'apprentissage de ce qu'est la schizophrénie, et apportent des arguments positifs de l'impact de cette annonce sur les patients et que contrairement à ce qu'avancait J. Anouilh, la connaissance n'est peut-être pas nécessairement un drame...

3. Analyse de l'information et facteurs susceptibles d'influencer la mémorisation.

De manière générale, nous n'apprenons pas tous de la même manière ni dans les mêmes conditions, autrement dit, il existe des facteurs influençant l'apprentissage liés au sujet lui-même et au milieu qui l'entoure, ce sont ces facteurs que nous allons évoquer en premier.

a) Facteurs liés au milieu

L'apprentissage est plus facile lorsqu'on fait des associations d'idées, de syllabes de chiffres etc. Ainsi, des associations apprises peuvent devenir automatiques et le fait de vouloir apprendre une autre association peut s'avérer plus difficile. Ex : apprendre les associations « poisson-noël » et « père-avril » va être plus difficile que « poisson-avril » et « père-noël ». Ainsi, le milieu extérieur et les perceptions sensorielles qui y sont associées sont importants pour l'apprentissage. Le conditionnement est basé sur ce phénomène des associations sens-apprentissage d'un comportement.

b) Facteurs liés au sujet

Enumérons simplement les facteurs intrinsèques à la mémorisation :

- L'attention/la concentration
- La motivation (différente d'un sujet à un autre selon les objectifs de l'apprentissage)
- La participation affective
- L'expérience
- L'organisation des informations (va varier selon les techniques d'apprentissage de chacun : ex : moyens mnémotechniques, organisation selon la sémantique, selon la première lettre pour une liste de mots...)
- L'activité associée (ex : certaines personnes retiennent mieux en parlant à voix haute, en écrivant...)

[55]

4. Mémorisation

Il existe différentes catégories de mémoire :

- **mémoire à court terme** ou **mémoire de travail** (permettant d'effectuer un calcul mental par exemple)
- et **mémoire à long terme**, se subdivisant en :
 - o mémoire déclarative ou explicite (qui concerne le stockage de données qui peuvent émerger de la conscience et qui sont exprimées le plus souvent par le langage) comprenant elle-même la *mémoire épisodique* (mémoire des événements vécus dans la vie quotidienne) et la *mémoire sémantique* (mémoire des mots)
 - o mémoire non déclarative ou procédurale ou encore implicite, mémoire des actes appris (ex : faire du vélo.)

Dans le cas particulier de la schizophrénie, certains aspects de la mémoire peuvent être atteints. Essayons de voir les différentes composantes qui sont préservées et les autres qui sont défaillantes.

La mémoire implicite ou procédurale et l'empan mnésique (qui est la capacité de stockage variable en général entre 6 et 9 unités) seraient généralement préservés chez les sujets schizophrènes, tout comme la capacité à acquérir une habileté motrice ou cognitive par un apprentissage.

En revanche, la mémoire de travail apparaîtrait perturbée. Dans une étude que reprend **A. Bottéro** dans l'article « *troubles cognitifs des schizophrénies : la part anticholinergique* » paru en 1998, l'objectif était de savoir la part iatrogène des troubles mnésiques chez le patient schizophrène. Ils ont pu mettre en évidence que l'impact cognitif des effets cholinergiques (dus aux neuroleptiques mais aussi aux antidépresseurs, sédatifs, phénothiaziniques (Théralène® par exemple) et correcteurs extrapyramidaux) était majeur sur les tests d'attention, sur ceux qui évaluaient la mémoire à court terme et à moyen terme. En revanche, les déficits de la mémoire de travail n'étaient pas influencés par « la puissance anticholinergique des traitements » et ce déficit semble donc être directement lié à la pathologie. [56]

Mais les perturbations les plus nettes sembleraient concerner la mémoire à long terme explicite. Le rappel sans indice serait plus perturbé que le rappel indicé (ce qui pourrait également témoigner d'un trouble attentionnel) Cependant, les performances de rappel des schizophrènes ne sont pas améliorées, contrairement à celle des témoins, quand l'information à retenir peut être organisée, par exemple par catégories. [57], [58]

5. Restitution de l'information : le rappel

Comme nous l'avons déjà traité, le schizophrène présente de nombreux troubles du langage (trouble du cours de la pensée, néologismes, trouble de la logique etc....) et c'est pour cela aussi que même si l'information a été donnée, répétée, permettant ainsi un apprentissage, que l'encodage a bien été réalisé, que la mémorisation à long terme a pu être faite, le rappel de l'information peut s'avérer difficile chez le patient schizophrène et l'interprétation du discours doit être faite par un professionnel ayant l'habitude du « langage schizophrénique ».

II. Deuxième partie : étude descriptive auprès des patients schizophrènes.

A. Principe de l'étude

1. Contexte de l'étude

Très souvent, une différence nette existe entre les représentations de la maladie par le médecin et celles par le malade. Ceci est d'autant plus vrai en psychiatrie et particulièrement dans les psychoses où il peut exister une distorsion de la réalité. D'un côté, la représentation savante de la maladie, qui serait objective : celle du médecin ; de l'autre, la représentation profane, plus subjective : celle du patient. L'une serait « la vérité » et l'autre, celle du patient, serait erronée et source d'obstacles à la prise en charge thérapeutique. Or pour **Canguilhem**, « la maladie du malade » aurait une importance considérable dans les rapports entre normal et pathologique : « ce n'est pas une méthode objective qui fait qualifier de pathologique un phénomène biologique considéré. C'est toujours la relation à l'individu malade, par l'intermédiaire de la clinique, qui justifie la qualification de pathologique » [59] En effet, l'adhésion du patient est le socle d'une bonne observance : il paraît donc indispensable de considérer avec attention son opinion sur sa maladie. Nous voulions au travers d'une étude recueillir ce point de vue.

Une enquête sur la perception et la connaissance des psychoses menée en juillet 2005 en Belgique par l'Institut de Sondage IPSOS [60] auprès de 995 personnes, issues de la population générale et d'un âge supérieur ou égal à 15 ans, nous a donné l'idée de recueillir les mêmes informations auprès de patients. Il s'agissait de savoir exactement ce que les malades connaissent de leur maladie.

Nous voulions aussi étudier les facteurs pouvant influencer cette connaissance de la maladie mais surtout évaluer s'il existait un lien entre la connaissance de la maladie et la conscience du trouble.

2. Objectifs de l'étude

a) Objectif principal

L'objectif principal de l'étude était donc de rechercher s'il y avait un lien entre l'Insight et la connaissance de la maladie.

A priori, il aurait paru logique que plus la connaissance était bonne, meilleure était la conscience de son trouble or en pratique, il n'est pas rare qu'un patient connaisse parfaitement les symptômes de la schizophrénie et qu'il puisse conclure « heureusement, ce n'est pas mon cas », il est encore plus fréquent qu'un patient dise « je suis schizophrène, j'ai besoin d'un traitement... »

mais soit incapable de répondre à la question simple : « qu'est-ce que la schizophrénie ? » ou « quels sont vos symptômes ? ».

C'est autour de ces expériences cliniques qu'il nous est paru intéressant de savoir si cette question, qui de premier abord semblait facile à y répondre, était si simple... d'autant qu'à notre connaissance aucune étude n'a été réalisée à ce sujet.

b) Objectifs secondaires

De nombreuses études ont examiné les facteurs influençant l'Insight, notamment sociodémographiques et il semblait intéressant de réaliser, à notre échelle, les mêmes recherches afin de confirmer ou non les résultats.

Par analogie, il paraissait évident qu'une étude autour des facteurs influençant la connaissance devait être réalisée. Cependant, a contrario, peu d'études ont concerné la connaissance de la maladie en général et encore moins celles sur la schizophrénie.

B. Méthodologie

1. Schéma de l'étude

C'est une étude descriptive, transversale et monocentrique.

Les passations de questionnaires se sont déroulées du 25 juin 2013 au 22 octobre 2013 sur le Centre Hospitalier Esquirol de Limoges.

2. Population d'étude

a) Les patients schizophrènes

Ont été inclus les patients :

- schizophrènes y compris schizo-affectifs (F20.x et F25.x)
- âgés de 18 à 65 ans (afin d'éviter au maximum les troubles cognitifs dus à une démence)
- hospitalisés depuis au moins deux semaines (afin d'éviter la crise aiguë et la déstabilisation liée à l'admission)
- dont c'est la 2^{ème} hospitalisation au moins (afin que le diagnostic soit posé et a priori annoncé)

- hospitalisés dans les pavillons de la filière psychotique, troubles de l'humeur et addiction.

Ont été exclus les patients

- qui étaient hospitalisés pour la première fois en psychiatrie
- non francophones
- dont la durée d'hospitalisation était inférieure à deux semaines
- qui ont refusé
- mineurs
- dont l'âge était supérieur à 65 ans
- qui présentaient une contre-indication médicale (patient en isolement et/ou en contentions, crise aiguë, inaccessibilité au dialogue, mutiques...)
- hospitalisés au pôle géro-psi-chiatrique et dans la filière pédo-psi-chiatrique, y compris l'Unité Mère-Bébé car la symptomatologie est particulière en périnatalité.

b) Les familles

Nous avons inclus des familles de patients hospitalisés. Les critères d'exclusion étaient :

- Le refus du patient
- Le refus de la famille
- L'illettrisme / l'incompréhension du français
- Les conjoints non mariés ou non pacsés

3. Variables recueillies

a) Pour les patients

Différentes variables ont été recueillies afin de pouvoir les comparer avec les scores d'Insight et de connaissance.

Données sociodémographiques :

- Age
- Sexe
- Mode de vie (urbain ou rural)
- Niveau d'étude
- Nationalité
- Origine ethnique
- Religion (croyance et pratique religieuse)
- Profession

Données cliniques recueillies dans le questionnaire :

- Contexte du premier contact avec le terme « schizophrénie » (médias, professionnel de santé...)
- Annonce du diagnostic
- Le diagnostic selon le patient
- Atteinte de l'entourage de schizophrénie
- Antécédents de prise en charge complémentaire (hôpital de jour, CER (Centre d'Evaluation et de Réhabilitation), infirmière ambulatoire de proximité, programme psychoéducatif type PACT...)
- Antécédents de tentative de suicide
- Antécédent d'addiction
- Antécédent de pathologie neurologique (notamment traumatisme crânien et épilepsie)

Données cliniques recueillies dans le dossier médical :

- Diagnostic précis
- Mesure de protection sociale (sous curatelle, sous tutelle et sans protection)
- Filière dans laquelle le patient était hospitalisé au moment de la passation du questionnaire

- Le mode d'hospitalisation
- Nombre d'hospitalisations complètes
- Durée d'hospitalisation au moment de la passation du questionnaire

Résultats de l'échelle MINI (syndrome psychotique actuel et syndrome psychotique vie entière)

Score de l'échelle Q8 (en valeur absolue et en catégories)

Score du questionnaire sur la connaissance de la schizophrénie : QuesCoS

Nous détaillerons au fur et à mesure toutes ces variables dans les chapitres suivants.

Il est également à noter que nous aurions souhaité évaluer le lien entre score du QuesCoS de la famille et le score de celui du patient mais qu'au vu du petit nombre de familles ayant répondu, nous n'avons pas pu le faire. Une simple évaluation descriptive sera donc établie.

b) Pour les familles

Tout comme pour les patients, un certain nombre de données a été recueilli auprès des familles.

Données sociodémographiques :

- Age
- Sexe
- Mode de vie
- Niveau d'étude
- Nationalité
- Origine ethnique
- Religion
- Profession
- Lien de parenté avec le patient
- Degré de proximité avec le patient (s'il vit ou non avec et depuis combien de temps)
- Appartenance ou non à une association (UNAFAM) (NB : le projet « Profamille » n'était pas encore mis en place lors de la passation des questionnaires)

Données cliniques :

- Contexte du premier contact avec le terme « schizophrénie »
- Annonce du diagnostic à la famille
- Atteinte de l'entourage de schizophrénie

Score du questionnaire sur la connaissance de la schizophrénie QuesCoS

4. Les questionnaires utilisés.

a) Le questionnaire Q8

Comme nous l'avons déjà vu, différents questionnaires évaluant l'Insight existent. Nous avons fait le choix du questionnaire Q8 de Bourgeois pour sa simplicité et sa rapidité de passation. De plus, il s'agit, avec l'item relatif à l'Insight de la PANSS, de la seule échelle d'Insight validée en français.

Comme nous l'avons vu, cette échelle est composée de huit questions dont chacune est notée sur 1. La cotation est laissée libre au juge.

Nous avons cependant préféré mettre en place une grille de cotation pour éviter une notation subjective. De plus, chaque question s'est vue attribuée la note de 0, ½ ou 1 (contrairement à l'échelle initiale cotée de manière dichotomique : soit 0, soit 1). Cette cotation est évidemment critiquable car s'éloigne de l'échelle validée mais le docteur Bourgeois lui-même dans une conférence à Poitiers en 2008 critiquait sa méthode de cotation et il nous semblait davantage « équitable » d'avoir la possibilité d'une note intermédiaire.

Voici le système de cotation que nous avons adopté :

Q1) *Pourquoi êtes-vous ici ?*

R1) si le motif est :

- psychiatrique : nous comptabilisons le maximum de points soit : 1/1
- social ou somatique ou délirant : 0.5/1
- autre : 0/1

Q2) *Avez-vous l'impression d'être malade ?*

R1) si la réponse est :

- oui : 1/1
- non : 0/1
- peut-être : 0.5/1

Q3) *De quelle maladie souffrez-vous ? Existe-t-il une autre maladie ?* (question ajoutée par rapport au questionnaire initial car nous passons dans différents pavillons et voulions être sûrs que le terme de schizophrénie n'était pas omis du fait d'une autre problématique prédominante au moment de la passation du questionnaire, comme une addiction à l'alcool par exemple)

R3) si la maladie évoquée était :

- schizophrénie ou psychose : 1/1
- des symptômes de la schizophrénie (ex : délire) ou une autre maladie psychiatrique ou « maladie de la tête » : 0.5/1
- autre : 0/1

Q4) *A quoi cela est dû ?*

R4) si la réponse était :

- une amorce d'explication même minime (ex : « au décès de ma maman ») : 1/1
- délirante complétée d'une explication rationnelle : 0.5/1
- délirante ou « je ne sais pas » : 0/1

Q5) *Souffrez-vous psychiquement ou moralement ?*

R5) si la réponse était :

- « psychiquement » ou les deux : 1/1
- Uniquement « moralement » : 0.5/1
- Aucun des deux : 0/1

Q6) *Est-ce que vous êtes handicapé dans votre vie professionnelle ? Familiale ? Ou sociale ?*

R6) si il existait :

- trois « oui » : 1/1
- Au moins un « oui » : 0.5/1
- Trois « non » : 0/1

Q7) *Que peut-on faire pour vous ?*

R7) si la réponse était :

- Adaptée avec des orientations de prise en charge : 1/1
- Une demande délirante ou une prise en charge par rapport à la famille ou « maintenant rien » et que le patient était effectivement en attente d'une prise en charge sociale pour la sortie : 0.5/1
- « rien » ou demande inadaptée (ex : « me sevrer en médicaments ») : 0/1

Q8) *Pensez-vous qu'une guérison est possible ? (c'est-à-dire sans traitement) (nous avons rajouté cette précision afin qu'il n'existe pas d'ambiguïté dans la notion de guérison)*

R8) si la réponse était :

- « non » : 1/1
- « oui » : 0/1
- « peut-être » ou « je ne sais pas » : 0.5/1

L'ensemble des réponses donnait donc un résultat sur 8. Il est admis de classer les notes en trois catégories :

0-2 : non conscience du trouble

3-5 : conscience médiocre du trouble

6-8 : bonne conscience du trouble

Comme nous avons fait le choix d'une notation par intervalle de demi-points, si le score total était 2.5 ou 5.5, il était attribué un demi-point d'impression globale, subjectif.

b) L'échelle MINI

Nous voulions pouvoir objectiver le diagnostic de schizophrénie dans notre étude, l'idéal aurait été d'utiliser une PANSS car, comme nous l'avons vu, c'est l'échelle la plus utilisée dans la schizophrénie pour évaluer la symptomatologie positive, négative et générale. Le souci était la durée, en effet nous devions déjà utiliser deux questionnaires plus le recueil de données sociodémographiques. Si nous avions ajouté la PANSS, le temps de passation aurait été d'environ 1h voire plus, ce qui n'était pas envisageable pour des patients dont le maintien de la concentration est déjà difficile. De plus, nous ne pouvions pas le faire en deux temps car la symptomatologie n'est pas fixe et l'Insight est également un concept dynamique. Nous voulions donc pouvoir comparer tous les facteurs à un seul temps « t ».

Il a donc fallu trouver une alternative et la section « L » de l'échelle MINI concernant les troubles psychotiques parut être un bon compromis. Certes, nous pouvions seulement évaluer s'il existait un syndrome psychotique actuel et/ou sur la vie entière mais cela venait renforcer ou non le diagnostic posé. Il ne s'agissait évidemment pas d'établir un diagnostic, car comme nous l'avons longuement expliqué, la schizophrénie est une maladie qu'il est difficile à déterminer et que cette échelle seule ne peut l'établir.

c) Le questionnaire QuesCoS

Nous voulions évaluer la connaissance des patients sur leur maladie. Nous avons recherché dans la littérature les différentes échelles, questionnaires etc.... mais aucun ne nous satisfaisait pleinement.

Kleinman a défini l'existence de modèles explicatifs de la maladie selon cinq axes :

- L'étiologie
- Le moment et le mode d'apparition des symptômes
- La physiologie
- L'évolution du trouble (évolution aiguë ou chronique, type de sévérité...)
- Le traitement

Selon **Weiss**, la notion développée par Kleinman était « tout à fait pertinente et féconde en pratique clinique, [mais] difficilement applicable pour la recherche ». (L'objectif de Kleinman n'était pas de construire un instrument de mesure mais de proposer un guide clinique). Weiss a donc proposé un cadre d'entretien semi-structuré pour explorer les modèles explicatifs : l'EMIC.

L'EMIC (Explanatory Model Interview Catalogue) est un instrument de mesure de la perception de la maladie par les patients et qui s'intéresse à trois dimensions : l'expérience qu'a le malade de sa pathologie, le sens qu'elle a pour lui et les conduites qui s'y rapportent (les modes d'expression de la souffrance, les causes perçues et les comportements de recherche d'aide). Cependant, ce questionnaire n'est pas spécifique aux maladies psychiatriques (bien qu'il peut être adapté) mais il est composé également de questions semi-ouvertes centrées sur les ressentis des malades vis-à-vis de leurs troubles (ex : « Pensez-vous que les autres vous évitent à cause de ce problème ? » « Croyez-vous que cette maladie vous a empêché de vous marier et/ou qu'elle a causé des problèmes au sein du couple ? » « Est-ce que vos voisins, collègues et autres personnes de votre entourage, ont moins de respect à votre égard à cause de ce problème ? » etc.). Les patients ont le choix de réponse entre : « oui », « probablement », « peu possible » et « non ». [61] et [59]. Ce questionnaire n'évalue pas le degré de connaissance spécifique de la maladie mais a l'avantage d'évaluer la stigmatisation perçue.

Comme nous l'avons déjà évoqué, l'étude ayant inspiré notre projet était celle menée par l'Institut de sondage IPSOS en Belgique qui questionnait la population générale (n=955) sur leur connaissance de la schizophrénie. De même, nous nous sommes inspirés de leur questionnaire pour élaborer le nôtre. Ce sondage comportait 6 questions à choix multiples :

- « D'après vous, combien de personnes souffrent-elles de psychose en Belgique ? » :
 - 1 sur 3
 - 1 sur 30
 - 1 sur 300
 - 1 sur 3000
 - 1 sur 30000
 - Ne sait pas

- « Qu'est-ce que la schizophrénie ? »
 - Un dédoublement de la personnalité
 - Une maladie mentale qui peut provoquer des délires et des hallucinations
 - Un autre mot pour démence
 - Une maladie mentale au cours de laquelle l'humeur fluctue entre deux extrêmes

- Une maladie au cours de laquelle on devient extrêmement asocial et dangereux
 - Une maladie contagieuse
 - Ne sait pas
- « Comment la schizophrénie peut-elle être prévenue et/ou traitée ? »
- Peut être maîtrisée grâce à la thérapie
 - Peut être maîtrisée grâce aux médicaments
 - Peut être maîtrisée grâce à l'association de la thérapie et des médicaments
 - Ne peut pas guérir
 - Peut guérir grâce à la thérapie
 - Peut guérir grâce aux médicaments
 - Peut guérir grâce à l'association de la thérapie et des médicaments
 - La rémission est possible
 - Peut être traitée au point que la maladie n'est plus détectable
 - Est toujours mortelle
 - Peut être prévenue par une vaccination
 - Ne sait pas
- « D'après vous, la schizophrénie est-elle provoquée par :... »
- Plusieurs facteurs différents, cela dépend de la maladie
 - Il s'agit d'une maladie héréditaire
 - Le fait d'être confronté à une longue série de problèmes et de déboires
 - Consommation de drogues
 - Alcoolisme
 - Une atteinte de certaines parties du cerveau
 - Une mauvaise éducation
 - La pollution
 - Ne sait pas

- « Les personnes souffrant de problèmes psychiatriques graves... »
 - Ne peuvent pas fonctionner normalement
 - Sont régulièrement internées dans un hôpital ou un établissement psychiatrique, et ce leur vie durant
 - Peuvent parfois fonctionner normalement
 - Ont peu de chances de s'intégrer dans la société
 - Constituent une charge pour leur entourage
 - Ce sont des « paumé(e)s »
 - Sont dangereux
 - Peuvent fonctionner normalement
 - Ne sait pas

- « Comment réagiriez-vous si une personne de votre entourage immédiat souffrait d'un trouble psychiatrique grave ? »
 - Je réagis activement en cherchant de l'aide pour la personne en question
 - Je voudrais tout savoir sur cette maladie pour pouvoir comprendre et aider le mieux possible cette personne
 - Je réagis activement en cherchant de l'aide pour moi-même et la personne en question
 - Je pourrais facilement en parler
 - Je réagis activement en cherchant de l'aide pour moi-même
 - Je me distancierais de la personne
 - J'en parlerais au plus petit nombre possible de gens
 - Ne sait pas.

[60]

Ce questionnaire présentait plusieurs avantages :

- il comportait à la fois des questions de connaissances générales sur la pathologie mais également des notions de stigmatisation (ex : le dédoublement de la personnalité, la dangerosité, l'attitude de l'entourage vis-à-vis d'un malade...)

- les réponses multiples possibles, permettant de mettre de côté les difficultés de verbalisation et de rappel mnésique qui sont très fréquents chez le patient schizophrène (cf. p113 sur la mémorisation de l'information)
- facilité de reproductibilité
- l'objectivité avec l'écartement d'un juge extérieur

Il comportait cependant des limites pour notre objectif :

- trop peu de questions sur la symptomatologie
- absence de question autour du traitement
- absence de réflexion dans une situation donnée : les réponses pouvaient facilement se trouver dans des livres spécialisés et donner une image « faussement » bonne par rapport à la connaissance réelle.

Nous avons donc fait le choix de compléter ce questionnaire avec :

- une question relative au traitement spécifique de la schizophrénie
- des items supplémentaires (ex : « la guérison par désenvoutement » par exemple)
- des cas cliniques notamment afin de savoir exactement comment les patients réagiraient si une personne dans leur entourage délirait ou avait un comportement dissocié ou violent...

Notre Questionnaire sur la Connaissance de la Schizophrénie (QuesCoS) est donc le résultat de toutes ces modifications apportées à l'enquête d'IPSOS. Il figure dans son intégralité à la fin de l'ouvrage à l'Annexe 7.

Nous avons opté pour cette notation de QCM : afin de ne pas pénaliser les réponses justes trouvées en notant les questions par 0 ou 1, nous avons préféré noter chaque question sur le nombre total de réponses justes. Ainsi certaines questions seront notées sur 1 s'il n'existait qu'une seule réponse correcte mais d'autres peuvent être notées sur 6 s'il y avait 6 réponses justes à donner. Le total s'élève à 24 (la question 3 n'a pas été comptabilisée car source de contradiction avec le discours de certains psychiatres). De plus, afin de rendre la notation la plus réaliste possible (et éviter par exemple la note maximale pour les patients qui entouraient toutes les

réponses), les réponses fausses entourées étaient déduites du score pour chaque question. La note pour chaque item ne pouvait cependant pas être négative.

Voici les réponses justes au questionnaire :

Q1) 3.....	1/1
Q2) 2-7 et 10.....	3/3
Q3) 10 (non cotée).....	NC
Q4) 2-4-5-9-10 et 11.....	6/6
Q5) 3 et 10.....	2/2
Q6) 3.....	1/1
Q7) (1 ou 3) - 4 – (5 ou 6) – (9 ou 10).....	4/4

(Il existait différentes solutions possibles pour la Q7, car cela était une opinion que nous ne pouvons pas juger comme étant bonne ou non, le fait de facilement parler aux autres de la maladie d'un proche n'est pas « vrai » ou « faux », c'est une attitude propre à chacun)

Q8) 2.....	1/1
Q9) 4.....	1/1
Q10) 3.....	1/1
Q11) 1 et 5.....	2/2
Q12) 2 et 3.....	2/2
Total :	24/24

Selon la notation, si par exemple (les réponses justes sont en gras)

- un patient répondait à la question 2 : **2 et 7**, il aurait 2 points sur 3
- un patient répondait à la question 2 : 1-**2-7** et **10**, il aurait $3 - 1 = 2$ points sur 3 également
- un patient répondait à la question 2 : 1-**2-3-4-7** et **10**, il aurait : $3 - 3 = 0$ points sur 3
- un patient répondait à la question 2 : 1-**2-3-4-5-6-7** et **10**, il aurait : $3 - 5 = -2$ mais comme il n'existe pas de points négatifs : il obtiendrait : 0 points sur 3



5. Droits des patients.

Le comité d'éthique n'a pas été consulté mais les droits des patients ont été respectés selon nous. Le consentement a été recueilli pour le questionnaire adressé aux patients mais également pour le questionnaire auprès des familles. Concernant les patients sous tutelle, tous les tuteurs ont été contactés, mais leurs signatures n'ont pas été recueillies car il s'agissait d'une étude au sein de l'hôpital et que les patients étaient « capables » de décider ou non de répondre aux questionnaires.

Cf. annexe 8 : formulaire de consentement.

C. Protocole de l'étude

Avant l'inclusion des patients, nous avons présenté notre projet aux différents psychiatres de du Centre Hospitalier Esquirol concernés par l'étude ce qui nous a permis grâce à leurs précieux conseils, de modifier certains paramètres et d'améliorer le questionnaire QuesCoS. De plus, il semblait indispensable de prévenir de notre passage afin que les médecins puissent notifier les possibles contre-indications médicales et connaissent notre projet afin de reprendre avec les malades (et/ou leur famille) si ceux-ci posaient des questions autour de leur santé mentale.

Nous avons envisagé d'inclure entre 70 et 100 patients (selon les populations incluses dans les différentes études concernant l'Insight). Nous avons recensé toutes les deux semaines les patients incluables sur le Centre Hospitalier Esquirol grâce au logiciel Cariatides utilisé sur l'hôpital sur lequel sont répertoriés tous les diagnostics selon la CIM 10, les antécédents d'hospitalisation, la date d'admission, le mode d'hospitalisation et le régime de protection sociale et nous sommes présentés dans les différents pavillons. Il n'existait qu'un seul investigateur afin de limiter la variabilité inter-juges.

La passation des questionnaires s'est faite dans un ordre précis.

- 1) explication du déroulement du recueil de données et de sa durée approximative : (30 minutes). Il était annoncé aux patients qu'il s'agissait d'un questionnaire autour de leur santé psychique, de leur moral, de leur vécu de l'hospitalisation puis d'un autre questionnaire autour d'une maladie dont nous parlerions ultérieurement.
- 2) recueil de leur accord oral.
- 3) recueil de données cliniques : nombre d'hospitalisations antérieures, (confirmé ensuite par les données du logiciel Cariatides), antécédents de prise en charge ambulatoire, antécédents d'addiction, antécédents de tentative de suicide, antécédents neurologiques.

- 4) échelle Q8
- 5) section L de l'échelle MINI (Troubles psychotiques)
- 6) recueil de données sociodémographiques (âge, niveau d'étude, nationalité, origine ethnique, croyance religieuse, profession)
- 7) contexte de l'annonce du diagnostic s'il avait eu lieu.
- 8) introduction de la seconde partie : nous avons fait le choix de dire au patient qu'il s'agissait d'un questionnaire sur la schizophrénie en général et que ce questionnaire était posé à des gens schizophrènes et d'autres qui ne l'étaient pas. Nous n'avons pas voulu, dans un souci de déontologie, être « l'annonceur » du diagnostic s'il n'avait pas été fait.
- 9) recueil de l'information concernant la connaissance d'une autre personne schizophrène ou non
- 10) Questionnaire QuesCoS : les patients avaient alors le choix : soit d'y répondre en présence de l'investigateur soit en chambre. Il était également possible que ce soit l'investigateur qui lise les questions (notamment pour les illettrés).
- 11) Recueil écrit du consentement (en double exemplaire) pour l'utilisation des données personnelles de façon anonyme d'une part et pour l'autorisation de donner un questionnaire à la famille.
- 12) don du formulaire de consentement éclairé au patient et du questionnaire « famille » si le patient l'acceptait. Le questionnaire famille était recueilli par les infirmiers du pavillon et récupéré par l'investigateur.
- 13) par souci éthique, si le patient avait présenté de nombreuses interrogations autour de la pathologie et semblait anxieux, l'investigateur conseillait le patient à poser les questions à son psychiatre référent et les infirmières en étaient averties au décours afin de surveiller son état psychique, sans que le secret médical soit révélé. L'anonymat et la confidentialité étaient respectés.

Il était important de respecter cet ordre, notamment ne pas donner le formulaire de consentement avant la passation des questionnaires afin de ne pas induire une orientation des réponses vers le diagnostic de schizophrénie. En effet le terme n'a été prononcé par l'investigateur qu'à l'introduction de la seconde partie.

D. Méthodologie statistique

Grâce aux compétences méthodologiques du biostatisticien, M. Dalmay, exerçant au Centre d'Epidémiologie, de Biostatistique et de Méthodologie de la Recherche au CHU de Limoges nous avons établi une méthodologie statistique et analysé les différents résultats obtenus.

Les résultats des variables quantitatives sont présentés sous la forme moyenne \pm écart-type, minimum, maximum et médiane. Ceux des variables qualitatives sont exprimés en fréquences et pourcentages. Les comparaisons de variables qualitatives entre deux groupes de sujets ont été réalisées par des tests du Chi2 ou des tests exacts de Fisher en fonction des effectifs théoriques et du nombre de classes dans les variables considérées. Les distributions des variables quantitatives ont été comparées par des tests t de Student ou des tests non paramétriques de Man et Whitney pour séries non appariées dans le cas de petits échantillons ne suivant pas une distribution normale. Des tests non paramétriques de Kruskal Wallis ont été réalisés pour comparer plus de deux distributions de variables quantitatives ne suivant pas une loi normale.

Un test de concordance de Kappa a été réalisé pour tester la concordance entre Q8 et QuesCoS. Plus K est proche de 1 meilleure est la concordance. Si $K = -1$, la discordance est maximale.

La recherche de corrélations entre variables quantitatives a été réalisée par un test de corrélation simple. Une régression linéaire a été utilisée pour étudier la liaison entre ces 2 variables quantitatives.

Le seuil de significativité choisi pour l'ensemble des analyses statistiques est de 0,05.

Les logiciels utilisés ont été Statview 5.0 et SAS 9.1.3 (SAS Institute, Cary, USA).

E. Résultats

Considérons maintenant les résultats obtenus lors de cette étude au travers d'une analyse descriptive (patients puis familles) puis comparative en essayant de répondre à l'objectif principal : « existe-t-il un lien entre Insight et connaissance dans la schizophrénie ? » puis aux objectifs secondaires : « existe-t-il une relation entre les variables sociodémographiques et l'Insight d'une part et la connaissance d'autre part ? »

1. Analyse descriptive

a) Les patients schizophrènes

(1) Données sociodémographiques

Nous avons pu rencontrer 86 patients, 5 ont refusé de participer à l'étude soit 81 patients interrogés mais seulement 76 ont été inclus. (1 avait 68 ans, 1 n'a pas rendu le questionnaire, 1 n'était cliniquement pas suffisamment stable pour poursuivre l'interrogatoire et 2 n'ont pas signé le formulaire de consentement)

Nous allons décrire dans cette partie les différents facteurs sociodémographiques des patients pouvant potentiellement influencer l'Insight et la connaissance de la schizophrénie.

(a) L'âge

	Moyenne	Déviati on standard	Nombre	Minimum	Maximum	Médiane
Age	41,829	11,916	76	19	63	43,000

Tableau 5 : Distribution des sujets selon l'âge

La moyenne d'âge était donc de 42 ans avec une médiane comparable à 43 ans (il y avait autant de personnes dont l'âge était supérieur que celles dont l'âge était inférieur à 43 ans)

Il existait une bonne dispersion des âges s'étalant de 19 à 63 ans avec un écart-type (déviati
on standard) de 12. (Plus l'écart type est élevé, plus les données sont dispersées)

(b) Le sexe

Nous avons interrogé deux fois plus d'homme que de femmes, ce qui est concordant avec la littérature puisque les hommes sont davantage hospitalisés que les femmes (symptomatologie plus bruyante)

	Nombre	Pourcentage
Hommes	51	67,105
Femmes	25	32,895
Total :	76	100,000

Tableau 6 : Distribution des sujets selon le sexe

(c) Le mode de vie

Les $\frac{3}{4}$ des patients interrogés vivent à la ville, ce qui pouvait être attendu car tous les malades ont été inclus à l'hôpital et sont généralement suivis par des soignants du Centre Hospitalier Esquirol et que très souvent le projet de réinsertion se fait sur le secteur géographique des intervenants.

	Nombre	Pourcentage
Urbain	57	75,000
Rural	19	25,000
Total :	76	100,000

Tableau 7 : Distribution des sujets selon le mode de vie

(d) Le niveau d'étude

Nous pouvons constater que tous les niveaux d'études ont été représentés avec une proportion plus importante de patients dont le niveau se situe entre la scolarité obligatoire et un CAP/BEP (73,684%%)

	Nombre	Pourcentage	
1	3	3,947	1) 3ème cycle d'université (bac +5 et plus)
2	7	9,211	2) licence, maîtrise (bac +3 et +4)
3	5	6,579	3) BTS, DEUG, DUT (bac +2)
4	5	6,579	4) Bac/ bac pro
5	17	22,368	5) CAP/BEP
5bis	7	9,211	5bis) Un an maximum au delà de la scolarité obligatoire
6	32	42,105	6) n'allant pas au-delà de la scolarité obligatoire
Total :	76	100,000	

Tableau 8 : Distribution des sujets selon le niveau d'étude

(e) La nationalité et l'ethnie

Une étude multicentrique de « *l'International Pilot Study of Schizophrenia* » en 1973 concluait que les troubles de la conscience de la symptomatologie schizophrénique étaient reconnus comme un phénomène transculturel. [44] Nous avons souhaité nous en assurer au travers de notre échantillon.

Nous avons préféré séparer la nationalité et l'origine ethnique afin de mieux appréhender le facteur « ethnique » dans la comparaison avec l'Insight et la connaissance. Car, d'une part, le patient peut être français mais d'une autre influence ethnique, d'autre part, l'origine ethnique peut être « caucasienne » mais le patient non français (ex : Italien) pouvant influencer la compréhension du fait de la barrière de la langue.

Nous pouvons constater que 5% des patients interrogés n'étaient pas français et que 25% étaient d'origine ethnique autre que française et que 14,474% étaient d'origine autre que caucasienne.

	Nombre	Pourcentage
Nationalité française	72	94,737
Autre nationalité	4	5,263
Total :	76	100,000

Tableau 9 : Distribution des sujets selon la nationalité

<u>Ethnie</u>	Nombre	Pourcentage	
0	57	75,000	0) Français
1	8	10,526	1) Caucasien
2	2	2,632	2) Africain
3	6	7,895	3) Nord africain
4	0	0	4) Asiatique
5	0	0	5) Sud américain
6	0	0	6) Nord américain
7	3	3,947	7) DOM-TOM
Total :	76	100,000	

Tableau 10 : Distribution des sujets selon l'ethnie

(f) La religion

Nous avons fait le choix de différencier la croyance religieuse de la pratique religieuse (qui par extension démontrerait une croyance plus intense). Du fait de leur hospitalisation, à long terme pour certains, le terme de « pratique religieuse » incorporait tous les rituels et prières et ne signifiait pas nécessairement se rendre au lieu de culte.

	Nombre	Pourcentage
Non croyant	18	23,684
Croyant	54	71,053
Agnostique	4	5,263
Total :	76	100,000

Tableau 11 : Distribution des sujets selon la croyance.

	Nombre	Pourcentage
Non pratiquant	43	56,579
Pratiquant	33	43,421
Total :	76	100,000

Tableau 12 : Distribution des sujets selon la pratique religieuse.

Nous constatons que 71,053% des patients étaient croyants et que 43,421% étaient pratiquants, ce qui veut dire que quasiment la moitié des patients priait et que les $\frac{3}{4}$ étaient croyants, d'où l'importance religieuse dans cette population, que le thème délirant soit mystique ou non...

D'après le sondage TNS Sofres d'avril 2007, 2 français sur 3 déclaraient appartenir à une religion cependant ce sentiment ne s'accompagnait pas nécessairement d'une croyance en Dieu. De fait, si 69% déclaraient avoir une religion, seuls 38% des Français croyaient qu'il existait un Dieu, quel qu'il soit ; alors qu'une même proportion était dans le doute (37% ne savaient pas s'il existait un Dieu) et que 22% affirmaient ne pas croire en l'existence d'un Dieu. [62]

Nous constatons donc que le pourcentage de croyants serait supérieur dans la population schizophrène que dans la population générale en France d'après notre échantillon. Précisons « en France » car la religion prédominante est le catholicisme et que le sentiment de croyance serait inférieur dans le catholicisme (49%) par rapport à d'autres religions telles que l'Islam (94%). [62]

(g) La profession

Nous avons voulu recenser si les patients travaillaient et si non, pour quelle raison. Nous nous sommes aperçu que seulement 6,579% des patients travaillaient et que les $\frac{3}{4}$ étaient en arrêt de travail ou en arrêt maladie.

	Nombre	Pourcentage
1	1	1,316
2	4	5,263
3	1	1,316
4	0	0
5	5	6,579
6	0	0
7	1	1,316
8	59	77,632
9	5	6,579
Total :	76	100,000

- 1) Travail en milieu ordinaire
- 2) Travail en milieu protégé
- 3) démission
- 4) retraité
- 5) en recherche d'emploi
- 6) licencié
- 7) étudiant
- 8) Arrêt de travail ou arrêt maladie
- 9) Autre (mère au foyer par exemple)

Tableau 13 : Distribution des sujets selon la profession

(2) Données cliniques recueillies dans le questionnaire

(a) Annonce du diagnostic

Nous avons souhaité connaître les conditions de l'annonce du diagnostic psychiatrique telle qu'elle a été perçue par le patient. (Nous n'avons recueilli que la version du patient et n'avons pas interrogé les médecins pour savoir si une annonce avait été faite ou non.) Nous observons (heureusement !) que la grande majorité des personnes à l'origine de l'annonce sont les psychiatres (61,842%) cependant il nous paraît intéressant de souligner que près de 4% étaient la famille et 2,6% les amis...

Afin de respecter la prise en charge des collègues psychiatres, et leur souhait d'annoncer ou non le diagnostic de schizophrénie, nous avons demandé aux patients qui leur avait parlé de leur trouble psychique et de spécifier le terme employé. Si les patients précisaient « psychose ou schizo-affectif », le *diagnostic retenu par le patient* était comptabilisé dans la catégorie « schizophrénie », s'ils spécifiaient : « dépression, bipolaire, ... », le terme était compté comme « autre ».

Nous pouvons constater que, malgré un diagnostic posé de schizophrénie, seulement 53% des patients connaissaient (ou avaient retenu) leur diagnostic.

	Nombre	Pourcentage
1	4	5,263
2	47	61,842
3	1	1,316
4	4	5,263
5	0	0
6	0	0
7	3	3,947
8	2	2,632
9	5	6,579
10	2	2,632
11	8	10,526
Total :	76	100,000

- 1) Médecin généraliste
- 2) psychiatre
- 3) psychologue
- 4) Infirmier(e) durant l'hospitalisation
- 5) Infirmier(e) libéral(e)
- 6) infirmier(e).ambulatoire de proximité
- 7) famille
- 8) ami
- 9) autre
- 10) personne
- 11) ne sait pas

NB : dans « autre » nous avons recueilli :
 (1 « sans précision », 1 « mon ophtalmo »,
 1 « mon chef professionnel », 1 « une
 interne », 1 « un courrier envoyé à la CPAM »

Tableau 14 : Personne ayant annoncé le diagnostic selon le patient

	Nombre	Pourcentage
Schizophrénie	40	52,632
Autre	36	47,368
Total :	76	100,000

Tableau 15 : Diagnostic retenu par le patient

(b) Contexte du premier contact avec le terme « schizophrénie »

Nous avons souhaité savoir où est-ce que les patients avaient entendu le terme de schizophrénie, nous avons classé en deux catégories : « patients qui ont entendu le terme », « patients qui n'ont jamais entendu le terme ». Il paraît intéressant de souligner que 5,263% des patients interrogés n'ont jamais entendu parler du terme...

	Nombre	Pourcentage
Avaient connaissance du terme	72	94,737
N'avaient pas connaissance du terme	4	5,263
Total :	76	100,000

Tableau 16 : Distribution des patients selon leur connaissance du terme.

Détaillons dans le tableau ci après les différents types de connaissances parmi les patients qui avaient connaissance du terme (sur 72 patients donc):

	Nombre	Pourcentage	
Médias	38	52,778	
Médecin généraliste	13	18,056	
Médecin psychiatre	52	72,222	
Infirmier	35	48,611	
Internet	9	12,500	
Entourage	42	58,333	
Autre :	Autre patients	5	6,944
	Psychologue	4	5,556
	Magazine	3	4,167
	Livres	7	9,722
	Dictionnaire	2	2,778
	Chanson	1	1,389
	Films	2	2,778
	Etudes (en cours de philosophie)	1	1,389
	Affiche dans la salle d'attente	1	1,389
	Connaissance populaire	3	4,167

Tableau 17 : Distribution des sujets selon le type de connaissance

A travers cette question simple, nous pouvons constater les vecteurs de l'information les plus importants :

- Le psychiatre à 72%
- L'entourage à 58%
- Les médias à 53%
- Les infirmiers à 49%
- Le médecin généraliste ne représente que 18% et internet 13%...
- Le support papier reste tout de même un vecteur essentiel par rapport à internet puisqu'il représente 17% (magazines, livres et dictionnaires) certains ont précisé le titre des ouvrages « la schizophrénie » dans la collection « Que Sais-je ? », des articles dans « Le Monde » et « Sciences et Vie »
- Le support audio-visuel peut également être intéressant puisque 3% ont mentionné des films et 1% une chanson (*La Parisienne* « Pour réussir mon destin, Je vais voir le médecin, Je ne suis pas schizophrène, Ça me gêne {x2} Je ne suis pas hystérique, Ça s'complice {x2}, Je lui dis je désespère, Je n'ai pas de goûts pervers » interprétée par Marie-Paule Belle)
- Les échanges entre patients semblent importants puisque 7% des patients interrogés ont déjà entendu parler de schizophrénie par d'autres patients.

Nous tenons à préciser que le patient qui signale avoir eu connaissance du terme « schizophrénie » grâce à une affiche placardée sur le mur de la salle d'attente de son psychiatre disait n'avoir jamais entendu parler de schizophrénie autrement...

A noter que le nombre de patients ayant parlé de schizophrénie avec leur psychiatre (n=52) diffère du nombre de patients qui disaient être schizophrènes (ou psychotiques) (n=40) (cf. paragraphe précédent concernant l'annonce du diagnostic). Ceci s'explique pour la plupart du temps par la difficulté du rappel du terme : les patients ne se souvenaient pas de leur diagnostic ou alors mentionnaient un autre et se rappelaient à l'évocation du terme par l'investigateur du mot exact désignant leur trouble.

(c) Atteinte de l'entourage par la schizophrénie

Il nous semblait intéressant de voir si le fait de connaître quelqu'un souffrant de schizophrénie était un facteur influençant l'Insight ou la connaissance. Nous avons donc posé la question aux patients qui ont été 50% à connaître quelqu'un atteint de cette maladie, à noter que le fait de connaître un autre patient schizophrène était comptabilisé dans les « oui ».

	Nombre	Pourcentage
Oui	38	50,000
Non	38	50,000
Total :	76	100,000

Tableau 18 : Distribution des sujets selon l'existence d'une atteinte de l'entourage par la schizophrénie

Décrivons maintenant le type de relation avec le patient de ces personnes :

	Nombre	Pourcentage
Un enfant	0	0,000
Un parent	1	2,632
Un frère/une sœur	5	13,158
Un autre membre de la famille	4	10,526
Conjoint	1	2,632
Un ami	11	28,947
Un collègue	1	2,632
Un patient	23	60,526

Tableau 19 : Le type de relation entre patient et autre personne reconnue schizophrène

Le total est supérieur à 100% car un même patient pouvait avoir différents membres de sa famille atteints et ou connaître d'autres personnes de son entourage souffrant du même trouble.

Ce qui est marquant, c'est le pourcentage élevé de patients et d'amis atteints de schizophrénie. Les patients schizophrènes semblent se livrer davantage entre eux puisque 60,526% des patients disent connaître un autre patient souffrant également de schizophrénie.

De plus, nous pourrions également évoquer l'hypothèse que beaucoup de personnes schizo-phrènes se retrouvent entre elles, du fait de ce point commun et que par conséquent des liens d'amitié se forment...

(d) Antécédents de prise en charge complémentaire

Aucune prise en charge

Dans un premier temps, si nous considérons simplement la présence ou l'absence de prise en charge complémentaire, nous pouvons constater que la grande majorité (90,789%) des patients ont eu ou ont une prise en charge associée à l'hospitalisation elle-même.

	Nombre	Pourcentage
Aucune prise en charge complémentaire	7	9,211
Prise en charge complémentaire	69	90,789
Total :	76	100,000

Tableau 20 : Distribution des sujets selon l'existence d'une prise en charge complémentaire

Si nous considérons maintenant le type de prise en charge exact :

- 57,895% bénéficient ou ont bénéficié d'un(e) *Infirmier(e) de l'équipe ambulatoire de proximité (anciennement infirmière de secteur)*

	Nombre	Pourcentage
IDE	44	57,895
Absence d'IDE	32	42,105
Total :	76	100,000

Tableau 21 : Distribution des sujets selon la prise en charge par une infirmière ambulatoire de proximité.

- 77,632% d'un *hôpital de jour (HDJ)*

	Nombre	Pourcentage
HDJ	59	77,632
Absence d'HDJ	17	22,368
Total :	76	100,000

Tableau 22 : Distribution des sujets selon la prise en charge par un hôpital de jour

- 21,053% du *Centre d'Evaluation et de Réhabilitation (CER)*

	Nombre	Pourcentage
CER	16	21,053
Absence de CER	60	78,947
Total :	76	100,000

Tableau 23 : Distribution des sujets selon la prise en charge par le Centre d'Evaluation et de Réhabilitation

- 6,579% d'un *programme psycho-éducatif type PACT*

	Nombre	Pourcentage
PACT	5	6,579
Absence de PACT	71	93,421
Total :	76	100,000

Tableau 24 : Distribution des sujets selon la prise en charge par un programme psycho-éducatif type PACT

- 2,632% d'une *autre prise en charge complémentaire (« film passé dans un centre de repos » et appartement thérapeutique)*

	Nombre	Pourcentage
Autre prise en charge	2	2,632
Aucune autre	74	97,368
Total :	76	100,000

Tableau 25 : Distribution des sujets selon une autre prise en charge complémentaire

(e) Antécédents de tentative de suicide

Comme nous l'avons annoncé, les nombres de tentatives de suicide et de suicides sont importants dans la schizophrénie, ainsi, il n'est pas étonnant que le pourcentage d'antécédent de tentative de suicide (TS) soit dans cette étude également important : il s'élève à 31,579%

Nous avons souhaité différencier le nombre de femmes et d'hommes car dans la littérature il est retrouvé qu'il y a davantage de tentatives de suicide chez les femmes mais plus de suicides chez les hommes. Ici les chiffres sont bien répartis (14 femmes pour 10 hommes) mais le pourcentage est plus élevé chez les femmes : 56% des femmes ont fait une tentative contre 20% des hommes.

	Nombre	Pourcentage
Antécédent de TS	24 (dont 14 femmes)	31,579 (56% des femmes et 20% des hommes)
Absence d'antécédent de TS	52	68,421
Total :	76	100,000

Tableau 26 : Distribution des sujets selon les antécédents de tentative de suicide

(f) Antécédent d'addiction

Nous avons aussi demandé aux patients s'ils présentaient des antécédents d'addiction à un produit ancienne ou récente : 43,421% ont répondu « oui ».

	Nombre	Pourcentage
Antécédent d'addiction	33 (dont 4 femmes)	43,421 (16% des femmes et 57% des hommes)
Absence d'antécédent d'addiction	43	56,579
Total :	76	100,000

Tableau 27 : Distribution des sujets selon les antécédents d'addiction

(g) Antécédent de pathologie neurologique

Il nous a semblé important de considérer les antécédents neurologiques des patients car comme nous l'avons vu, l'anosognosie neurologique pourrait être à l'origine d'un défaut d'Insight. Nous avons retrouvé que 19,737% des patients présentaient des antécédents neurologiques. Nous avons comptabilisé : 9 antécédents de traumatismes crâniens, 3 épilepsies et 3 hypoxies à la naissance (ayant nécessité de la réanimation)

	Nombre	Pourcentage
Antécédents neurologiques	15	19,737
Absence d'antécédents neurologiques	61	80,263
Total :	76	100,000

Tableau 28 : Distribution des sujets selon les antécédents neurologiques

(3) Données cliniques recueillies dans le dossier médical

(a) Le diagnostic

Nous avons recherché également si le type de schizophrénie pouvait influencer l'Insight et/ou la connaissance. Nous avons inclus pour la majorité des patients schizophrènes paranoïdes (46,053%) et des patients schizophrènes dysthymiques (25,000%)

Nous constatons que 8 femmes sont diagnostiquées schizo-affectives soit 32% des femmes (n=25) contre 22% des hommes et que 32% des femmes sont étiquetées schizophrènes paranoïdes contre 53% des hommes.

	Nombre	Pourcentage
F 20.0	35 (dont 8 femmes)	46,053
F20.1	2 (dont 1 femme)	2,632
F 20.2	0	0
F 20.3	6 (dont 0 femme)	7,895
F 20.4	0	0
F 20.5	7 (dont 4 femmes)	9,211
F 20.6	3	3,947
F 25.x	19 (dont 8 femmes)	25,000
F 20.8	0	0
F 20.9	4 (dont 4 femmes)	5,263
Total :	76	100,000

- F 20.0 : Schizophrénie (S.) Paranoïde
- F 20.1 : S. Hébéphrénique
- F 20.2 : S.Catatonique
- F 20.3 : S. Indifférenciée
- F 20.4 : Dépression Post-schizophrénique
- F 20.5 : S. Résiduelle
- F 20.6 : S. Simple
- F 25.x : Troubles schizo-affectifs
- F 20.8 : Autres formes de S.
- F 20.9 : S, sans précision

Tableau 29 : Distribution des sujets selon le diagnostic posé par les psychiatres.

(b) Le type de mesure de protection sociale

Nous avons fait le choix d'inclure tous les patients sous protection sociale ou non, y compris ceux sous tutelle car ne voulions pas exclure des patients qui pouvaient apporter de nombreux renseignements à l'étude. Les tuteurs ont naturellement été informés.

Nous avons comptabilisé une proportion importante de patients avec protection sociale (42,106%) démontrant une fois de plus le handicap social de cette pathologie.

Nous constatons qu'en pourcentage il y a plus de femmes sous tutelle (16%) que d'hommes (6%), ceci peut s'expliquer par le biais de recrutement à l'hôpital : en effet, il se peut que les femmes qui sont hospitalisées sont davantage dépendantes d'où la mise sous tutelle alors que les hommes sont hospitalisés davantage selon un critère de violence et/ou d'agressivité.

	Nombre	Pourcentage
Sans protection	44 (dont 13 femmes)	57,895 (52% des femmes et 61% des hommes)
Sous curatelle	25 (dont 8 femmes)	32,895 (32% des femmes et 33% des hommes)
Sous tutelle	7 (dont 4 femmes)	9,211 (16% des femmes et 6% des hommes)
Total :	76	100,000

Tableau 30 : **Distribution des sujets selon la mesure de protection sociale**

(c) La filière d'hospitalisation

Il nous a semblé intéressant d'établir une distinction entre les filières où étaient hospitalisés les patients. En effet sur le Centre Hospitalier Esquirol de Limoges, les différentes unités sont organisées en pôles et en filières. Nous avons recruté les patients sur trois filières différentes : psychotique (incluant des pavillons ouverts, fermés et de réhabilitation au long cours), trouble de l'humeur (ne comportant que des pavillons ouverts) et addictologie (comprenant un pavillon fermé, deux pavillons d'admission et post-cure (au moment de la passation du questionnaire) et un pavillon de réadaptation (SSR : soins de suite et de réadaptation) ; les deux seuls patients recrutés ont été sur le pavillon fermé)

Les chiffres obtenus reflètent assez bien où sont hospitalisés les patients schizophrènes :

	Nombre	Pourcentage
Filière « psychotique »	62	81,579
Filière « trouble de l'humeur »	12	15,789
Filière « addictologie »	2	2,632
Total :	76	100,000

Tableau 31 : Distribution des sujets selon la filière d'hospitalisation du patient

(d) Le mode d'hospitalisation

Etant donné que le placement des patients est souvent dû à une absence de conscience des troubles, il nous semblait important d'inclure ce paramètre. Nous avons retrouvé 56 patients en soins libres (73,684%) et 20 sous contrainte (26,316%).

Nous remarquons un pourcentage plus net d'hommes en SPDRE (14%) que de femmes (4%) reflétant probablement le « trouble à l'ordre public » plus fréquemment présent chez les hommes que chez les femmes et qui est un motif de SPDRE.

	Nombre	Pourcentage
Soins libres	56 (dont 20 femmes)	73,684 (80% des femmes et 71% des hommes)
Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT)	12 (dont 4 femmes)	15,789 (16% des femmes et 16% des hommes)
Soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat (SPDRE)	8 (dont 1 femme)	10,526 (4% des femmes et 14% des hommes)
Total :	76	100,000

Tableau 32 : Distribution des sujets selon le mode d'hospitalisation

(e) Le nombre d'hospitalisations

Nous avons retrouvé une majorité de patients (40,789%) qui avaient été hospitalisé un grand nombre de fois (plus de 10), seulement 6,579% n'avait eu qu'une hospitalisation antérieure.

A noter que le nombre a été vérifié dans le dossier médical et différait souvent des dires du patient, celui-ci déclarait fréquemment un nombre d'hospitalisation inférieur à la réalité.

	Nombre	Pourcentage
Une hospitalisation	5	6,579
Entre 2 et 5	20	26,316
Entre 6 et 10	20	26,316
Au-delà de 10	31	40,789
Total :	76	100,000

Tableau 33 : Distribution des sujets selon le nombre d'hospitalisations

(f) La durée d'hospitalisation

Par contre, nous avons recruté davantage de patients dont l'admission à l'hôpital se situait entre 15 et 30j avant la passation du questionnaire (42,106%), nous nous trouvons donc souvent dans une situation semi-aigue. Nous pouvons souligner que les durées d'hospitalisation sont importantes en psychiatrie (bien plus qu'en somatique) d'où un réel problème de santé publique.

Remarquons qu'un nombre de patients non négligeable : 15,789% étaient hospitalisés depuis plus d'un an (pour certains même 10 ans et au maximum 23 ans...), ce qui reflète encore le problème social de ces malades et du projet thérapeutique possible.

	Nombre	Pourcentage
Entre 15j et 30j	32	42,106
Entre 1 et 3 mois	20	26,316
Entre 3 et 6 mois	8	10,526
Entre 6 mois et 1 an	4	5,263
Au-delà de 1 an	12	15,789
Total :	76	100,000

Tableau 34 : Distribution des sujets selon la durée d'hospitalisation

(4) Résultats des questionnaires

(a) MINI

Nous avons obtenu deux types de résultats : le pourcentage de patients présentant des symptômes psychotiques au moment de la passation du questionnaire et le pourcentage de patients ayant présenté des symptômes psychotiques dans le passé. Premièrement, près de 70% des patients interrogés présentaient des symptômes actuels. La seconde donnée était recherchée afin de conforter le diagnostic de schizophrénie, il est donc normal que 100% des patients interrogés ont présenté des symptômes psychotiques sur leur vie entière.

	Nombre	Pourcentage
Symptômes « actuels »	53	69,737
Pas de symptômes « actuels »	23	30,263
Total :	76	100,000

Tableau 35 : Distribution des sujets selon les symptômes psychotiques actuels.

	Nombre	Pourcentage
Symptômes « vie entière »	76	100,000
Pas de symptômes « vie entière »	0	0
Total :	76	100,000

Tableau 36 : Distribution des sujets selon les symptômes psychotiques sur la vie entière

(a) Le questionnaire Q8

Rappelons que ce questionnaire a pour but d'évaluer l'Insight des patients et qu'il a été validé en France.

Nous avons souhaité comparer les résultats en valeurs quantitatives (score sur 8 initialement mais converti sur 24 pour faciliter la comparaison avec le score du QuesCoS qui est sur 24) et en valeurs qualitatives : par classes telles que définies par l'auteur de la Q8, le Docteur Bourgeois.

➤ Résultats en valeurs quantitatives :

	Moyenne	Déviat ion standard	Nombre	Minimum	Maximum	Médiane
Q8 (sur 8)	4,908	2,248	76	0,000	8,000	5,000

Tableau 37 : Résultats globaux du questionnaire Q8 (notée sur 8)

	moyenne	Déviat ion standard	Nombre	Minimum	Maximum	Médiane
Q8 (sur 24)	14,724	6,743	76	0,000	24,000	15,000

Tableau 38 : Résultats globaux du questionnaire Q8 (notée sur 24)

➤ Résultats en valeurs qualitatives :

Classe 1 : scores compris entre 0 et 2 : non conscience du trouble.

Classe 2 : scores compris entre 3 et 5 : conscience médiocre du trouble.

Classe 3 : scores compris entre 6 et 8 : bonne conscience du trouble.

	Nombre	Pourcentage
Q8 classe 1	15	19,737
Q8 classe 2	25	32,895
Q8 classe 3	36	47,368
Total :	76	100,000

Tableau 39 : Distribution des scores obtenus au questionnaire Q8 selon les catégories de conscience du trouble

➤ Résultats par items :

	Nombre			Total	Moyenne
	0	½	1		
Q1	9	8	59	76	0,829
Q2	27	11	38	76	0,572
Q3	24	13	39	76	0,599
Q4	37	8	31	76	0,461
Q5	23	13	40	76	0,612
Q6	16	31	29	76	0,586
Q7	18	12	46	76	0,684
Q8	24	18	34	76	0,566

Tableau 40 : Résultats par items du questionnaire Q8 (chaque item noté sur 1)

Si nous considérons les scores de la Q8 par question, nous pouvons constater que la meilleure moyenne est celle relative à la question « pourquoi êtes-vous ici ? » (0,829/1) suivie de la réponse à « que peut-on faire pour vous ? » (0,684) puis « souffrez-vous psychologiquement ou moralement ? » (0,612). Ces trois questions sont relatives à la notion de mal être et de demande d'aide, le fait que ces réponses soient plus facilement données est concordant avec le fait que ces patients étaient pour la plupart en hospitalisation libre et donc dans une démarche de demande de soins. Par contre, les réponses aux questions plus spécialisées comme l'abord d'une maladie (0,572), laquelle (0,599), ce à quoi elle est due (0,461), et les conséquences sur la vie quotidienne (0,586) sont beaucoup moins connues. Les patients obtiennent plus de la moyenne en ce qui concerne le besoin de traitement à vie (0,566) (mais souvent cette réponse semblait être « récitée » plus qu'authentique...)

➤ Comparaison avec l'étude de Bourgeois en 2002 (réalisée auprès de 121 patients, tous diagnostics psychiatriques confondus)

La moyenne retrouvée était à 4,94/8. Avec 50,41% ayant un bon Insight, 30,58% avec un Insight intermédiaire et 19,01% dont l'Insight était mauvais. Ce qui globalement, semble assez concordant, même si le système de cotation a été modifié et que la population interrogée était composée uniquement de patients schizophrènes.

(b) Le questionnaire QuesCoS

De même, nous avons choisi de comparer les résultats du QuesCoS de manière quantitative et qualitative. Rappelons que ce questionnaire a été inventé pour l'étude et qu'il n'est donc pas validé.

➤ Résultats en valeurs quantitatives :

	Moyenne	Déviat ion standard	Nombre	Minimum	Maximum	Médiane
QuesCoS (sur 24)	7,224	4,359	76	0,000	18,000	7,000

Tableau 41 : Résultats globaux du questionnaire QuesCoS (noté sur 24)

Avec le type de notation adopté et les résultats obtenus nous avons souhaité voir s'il s'agissait d'une courbe de Gauss, nous pouvons l'illustrer ainsi :

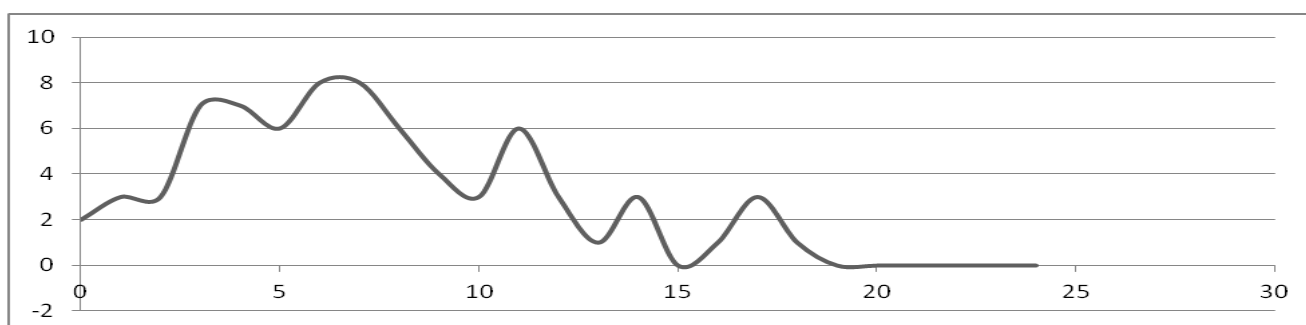


Figure 7 : Distribution des patients selon leurs notes obtenus au questionnaire QuesCoS.

En abscisse : les notes obtenues

En ordonnées : le nombre de patients ayant la même note.

Il ne s'agit malheureusement pas d'une courbe de Gauss car elle est décalée vers la gauche (démontrant des résultats médiocres) centrée sur la moyenne de 7,224 (la médiane est à 7,000), n'est pas « harmonieuse », ce qui est probablement due en partie au nombre de sujets insuffisant et possède une pente plus douce pour les valeurs supérieures à la moyenne. Cependant, avec un nombre de sujets plus important et une simplification du questionnaire, nous pourrions espérer nous en approcher.

➤ Résultats en valeurs qualitatives :

- Classe 1 : scores compris entre 0 et 7 : mauvaise connaissance de la schizophrénie
- Classe 2 : scores compris entre 8 et 15 : connaissance moyenne de la schizophrénie
- Classe 3 : scores compris entre 16 et 24 : bonne connaissance de la schizophrénie

	Nombre	Pourcentage
QuesCoS classe 1	45	59,211
QuesCoS classe 2	26	34,211
QuesCoS classe 3	5	6,579
Total :	76	100,000

Tableau 42 : **Distribution des scores obtenus au questionnaire QuesCoS selon les catégories de connaissance du trouble**

➤ Résultats par items :

Reprenons en détail les réponses données pour chaque item. Pour davantage de visibilité nous avons préféré reporter le tableau récapitulatif en annexe. (cf. Annexe 10)

Nous constatons que dans l'ensemble, les patients pris dans la globalité ont répondu les bonnes réponses (contrastant avec les scores en individuel). Il y a cependant trois questions sur douze où la majorité a répondu « je ne sais pas » ce qui prouve que ces questions sont probablement trop complexes.

Q1) Les patients ont répondu en majorité par « je ne sais pas » (36%), les autres étaient surtout partagés entre 1/100 et 1/1000 (20% pour chaque réponse)

Q2) les patients avaient globalement une bonne connaissance des symptômes positifs du troubles (55%) ainsi que des symptômes dissociatifs (50%) et du manque d'Insight (28%). Cependant, pour 34%, la schizophrénie est un dédoublement de la personnalité, pour 20%, l'humeur fluctue entre deux extrêmes (ce qu'on retrouve dans la bipolarité) mais surtout 13% pensent que c'est une maladie au cours de laquelle on devient extrêmement dangereux et 8% pensent que ce sont des personnes qui se font passer pour schizophrène afin d'avoir des aides sociales. 8% pensent que la maladie est due à un envoûtement. Heureusement, 0% pense que cette pathologie est contagieuse.

Ces chiffres se rapprochent des chiffres observés dans la population générale de Belgique (IPSOS 2005) : 36% pensaient à un dédoublement de la personnalité, 20% à une fluctuation de l'humeur et 11% à l'évolution vers une extrême dangerosité. Par contre les patients semblent mieux connaître la symptomatologie puisque 22% de la population générale en Belgique disaient que la schizophrénie était une maladie qui pouvait provoquer délires et hallucinations (contre 55% des patients de l'étude).

Les patients ne sembleraient donc pas avoir moins de représentations stigmatisantes de la schizophrénie mais autant, ce qui rejoindrait les résultats d'une étude publiée en 2008 qui ne retrouvait pas de différence significative entre un groupe de sujets schizophrènes et un groupe de sujets témoins, représentant la population générale. Par contre, tout comme nos résultats semblent l'indiquer, les sujets schizophrènes semblaient mieux connaître les troubles mentaux [4]

Q3) Cette question n'a pas été comptabilisée mais nous pouvons tout de même analyser les résultats : la majorité (24%) a coché la réponse « la schizophrénie est due à une longue série de problèmes ou de déboires »)

Q4) globalement, les patients ont bien répondu à cette question car 50% estiment que les schizophrènes ont besoin d'un suivi spécialisé par un psychiatre ; 47% disent que ces personnes peuvent parfois fonctionner normalement ; 46% pensent qu'elles peuvent à certains moments penser et s'exprimer de façon claire et intelligente et à d'autres moments se comporter de façon incompréhensible. ; 38% estiment qu'elles peuvent être hospitalisées avec leur consentement et 20% qu'elles constituent souvent une charge pour leur entourage et 14% qu'elles ont peu de chances de s'intégrer dans la société en général.

Pendant beaucoup ont des jugements très négatifs des patients schizophrènes : 17% pensent qu'elles ne peuvent pas fonctionner normalement ; 11% estiment qu'elles seront obligatoirement internées (contre leur gré) régulièrement et à vie pour 3% ; 1% pensent même que toutes ont leur place en prison. Pour 8%, ce sont des « paumés » ; pour 7% des paresseux ; pour 5% des égoïstes et d'une intelligence inférieure et 3% pensent qu'ils sont tous dangereux.

Q5) Concernant la prise en charge thérapeutique, il semblerait que les patients ont conscience de la « simple » rémission et de l'absence de guérison possible (46%) et que l'association médicaments/thérapie est indispensable (33% pour la rémission et 26% pour la guérison)

Q6) Pour 45%, le médicament spécifique de la schizophrénie était le neuroleptique antipsychotique. 32% des patients ne savaient pas quel médicament était spécifique de la schizophrénie (certains disaient « j'en sais rien, c'est le travail du médecin ! »)

Q7) Dans cette question, le but était de savoir quelle réaction pouvait avoir le patient face à une autre schizophrène : 39% ont bien répondu qu'il fallait l'emmener voir un psychiatre (9% un

généraliste) ; 21% auraient cherché de l'aide pour l'autre et 26% pour l'autre et pour soi-même. 41% exprimaient le souhait de chercher des informations sur cette maladie pour aider l'autre le mieux possible. 26% auraient pu facilement en parler tandis que 14% en auraient parlé au plus petit nombre de gens possible, 7% se seraient éloignés de l'autre.

Q8) Le premier cas clinique a posé des problèmes de compréhension puisque 34% des patients n'ont pas su y répondre. Nous remarquons tout de même que 18% ont bien répondu qu'il fallait que la personne soit examinée avant d'être orientée vers la psychiatrie et si nous comptabilisons les réponses 2, 3 et 4 mentionnant une prise en charge psychiatrique, 45% des patients interrogés ont compris la problématique psychiatrique en ayant repéré les idées délirantes décrites.

Q9) Le deuxième cas clinique a également posé des soucis de compréhension puisque 24% des patients n'ont pas su y répondre et que seulement 14% ont bien répondu la réponse 4 (priorité sur le somatique avant la prise en charge psychiatrique). Si nous intégrons les réponses 1, 2, 4 et 5 : 47% ont estimé qu'il fallait que la personne consulte un psychiatre (dont 22% en urgence) ; de même si nous regroupons les réponses 3, 4 et 5 ; 32% ont bien compris que le sujet devait voir un somaticien. A noter tout de même que 8% pense qu'il fallait consulter un exorciste et que 5% auraient jeté le micro-ondes (pour anecdote : un patient, lors de la passation du questionnaire m'avait dit : « ah, on pourrait faire tout ça (me désignant toutes les prises en charge possibles) mais le plus simple c'est bien de jeter le micro-ondes ! »)

Q10) Le troisième cas clinique a semblé être un peu plus facile puisque la majorité a répondu correctement (41%) bien que 37% n'aient pas su répondre.

Q11) et Q12) Le dernier cas clinique qui se divise en deux questions a dans l'ensemble été compris : 39% ont pensé que l'hospitalisation était justifiée et qu'à 41% le schizophrène n'était pas conscient de ses actes. Pour 30% des patients, les schizophrènes disent ne pas l'être et 46% maintenaient la décision d'hospitalisation (pour certains, la première réaction était l'envoi en prison ou en garde à vue puis l'admission en psychiatrie). (NB : Une patiente a très justement remarqué que dans la Q11 on pouvait laisser le schizophrène chez lui mais qu'à la Q12, on n'avait plus le choix de le laisser chez lui... peut-être qu'un item supplémentaire devrait être ajouté...) A noter que 4% pensaient que le schizophrène décrit dans le cas clinique méritait la peine de mort... Ce cas clinique a peut être été le plus difficile émotionnellement pour les patients qui étaient souvent stressés et me disant qu'ils n'étaient pas aptes à juger, que ce n'était pas leur rôle etc. Nous pouvons voir que le rapport à la violence est très difficile à gérer pour ces patients...

b) Les familles

Voici le tableau récapitulatif des réponses au questionnaire des familles :

	parenté?	vit avec?	Age	Sexe	mode vie	niv étude	nat fr	ethnie	Croyant	Pratiquant	Profession	annonce	diag patient	connais avant	autre pers?	association?	QuesCos
F016	2	0	46	2	2	5bis	1	1	0	0	8	2	1	1	1	0	11
F029	4	0	52	2	1	5bis	1	1	1	0	1	2	0	1	0	0	19
F030	2	0	85	2	2	5bis	1	1	1	1	3	1	1	1	1	0	9
F037	7	0	72	2	2	4	1	1	1	0	3	9	0	0	0	0	9
F045	4	0	29	2	2	4	1	1	2	0	9	10	0	1	0	0	14
F063	2	3	88	2	1	3	1	1	1	1	3	2	1	1	1	0	5
F080	1	5	43	2	2	6	1	1	1	0	9	2	0	1	0	0	1

Tableau 43 : Réponses des questionnaires « famille »

Nous n'avons pu recueillir que 7 questionnaires et ne ferons donc qu'une analyse descriptive :

- *Lien de parenté avec le patient :*

- 1- 1/7 soit 14,286% était le conjoint
- 2- 3/7 soit 42,857% étaient un parent
- 4- 2/7 soit 28,571% étaient un(e) frère/sœur
- 7-: 1/7 soit 14,286% était un(e) oncle/tante

- *La famille vit-elle avec le patient ?*

- 0- 5/7 soit 71,429% des familles interrogées ne vivaient pas avec le patient.
- 3- 1/7 soit 14,286% vivait avec le patient depuis 6mois-1an
- 5- 1/7 soit 14,286% vivait avec le patient depuis 5-10ans

- *Age du membre de la famille interrogé :*

En moyenne : 59,286 ans avec pour minimum : 29ans et maximum : 88 ans

- *Sexe :*

Tous les questionnaires rendus ont été remplis par des femmes

- *Mode de vie :*

1- 2/7 soit 28,571% étaient citadins

2- 5/7 soit 71,429% étaient ruraux

- *Niveau d'étude :*

3- 1/7 soit 14,286% avait un niveau bac +2

4- 2/7 soit 28,571% avaient un niveau bac

5bis et 6- 4/7 soit 57,143% avaient un niveau n'allant pas au-delà d'un an supplémentaire à la scolarité obligatoire

- *Nationalité et origine ethnique :*

Tous les membres de famille interrogés étaient français et d'origine caucasienne.

- *Croyance religieuse :*

0- 1/7 soit 14,286% n'était pas croyant

1- 5/7 soit 71,429% étaient croyants

2- 1/7 soit 14,286% était agnostique

- *Pratique religieuse :*

Seulement 2/7 étaient pratiquants soit 28,571%

- *Profession :*

1- 1/7 soit 14,286% exerçait en milieu ordinaire

3- 3/7 soit 42,857% étaient retraités

8- 1/7 soit 14,286% était en arrêt maladie

9- 2/7 soit 28,571% ne travaillaient pas pour une raison autre.

- *Qui a annoncé le diagnostic à la famille ?*

1- Pour 1/7 soit 14,286% c'était un médecin généraliste

2- Pour 4/7 soit 57,143% c'était un psychiatre

9- Pour 1/7 soit 14,286% c'était le patient lui-même

10- Pour 1/7 soit 14,286% c'était une autre personne

- *Quel diagnostic était-ce ?*

Seulement 3/7 soit 42,857% avaient reçu le diagnostic de schizophrénie ou psychose (2 par un psychiatre, 1 par un médecin généraliste)

- *La famille connaissait-t-elle le terme de schizophrénie ?*

6/7 soit 85,714% en avaient entendu parler.

- *La famille connaissait-t-elle une autre personne atteinte de schizophrénie ?*

3/7 soit 42,857% connaissaient quelqu'un d'autre souffrant de cette maladie.

- *La famille appartenait-t-elle à une association comme l'UNAFAM ?*

Aucune n'appartenait à ce type d'association.

- *Résultat du QuesCoS*

La moyenne obtenue a été de 9,714 sur 24 avec un minimum de 1 et un maximum de 19.

- Aucune question n'a été posée mais deux remarques ont été notées sur les questionnaires :
 - « le courant des mortels préfère ignorer cette maladie et il est bien dommage qu'il n'y ait pas d'émission essayant d'expliquer d'une manière simple et claire ce qu'elle est et qui fait souffrir mentalement et physiquement ceux qui en sont atteints » (mère d'un des patients)
 - « le diagnostic évoqué est la bipolarité mais pour moi ce n'est pas la bonne pathologie » (sœur d'un des patients)

2. Analyse comparative

a) Objectif principal : existe-t-il un lien entre Insight et connaissance dans la schizophrénie ?

Nous allons décrire les liens éventuels d'une part en qualitatif (par classes 1,2 et 3) et d'autre part en quantitatif (scores entre 0 et 24) avec recherche pour chaque partie d'une concordance et d'une corrélation.

(1) Recherche de concordance et de corrélation en qualitatif

Nous avons effectué un test de Kappa afin d'évaluer la concordance des réponses QuesCoS vs Q8. La concordance est le fait de rechercher si, lorsqu'on observe une mauvaise conscience du trouble, on a plus de chances de retrouver une mauvaise connaissance.

A= Q8

B= QuesCoS

A \ B	1	2	3	Nombre (pourcentage)
1	11	16	18	N= 45 (59,2%)
2	3	9	14	N= 26 (34,2%)
3	1	0	4	N= 5 (6,6%)
Nombre (pourcentage)	N= 15 (19,7%)	N= 25 (32,9%)	N= 36 (47,4%)	N=76 (100%)

Tableau 44 : tableau de concordance entre Q8 et QuesCoS

Weighted Kappa = 0,096

Standard error (Kw'=0) = 0,055

Standard error (Kw'≠0) = 0,056

K	Interprétation
< 0	Désaccord
0.0 — 0.20	Accord très faible
0.21 — 0.40	Accord faible
0.41 — 0.60	Accord modéré
0.61 — 0.80	Accord fort
0.81 — 1.00	Accord presque parfait

Tableau 45 : interprétation du score Kappa

Le test de Kappa est à 0,096, l'accord est donc très faible et on considère qu'il n'existe **pas de concordance** et que si elle a lieu, elle est simplement due au hasard.

Nous pouvons illustrer cette absence de concordance par ce graphique :

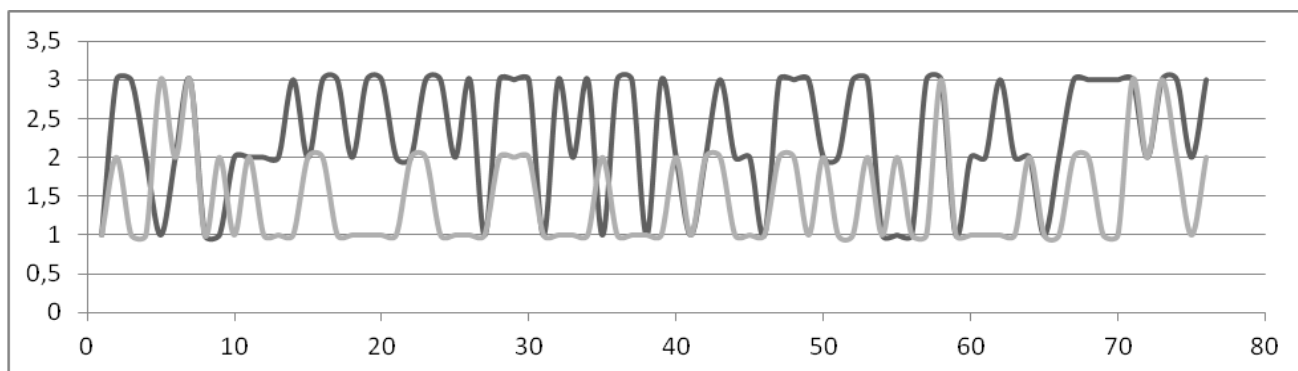


Figure 8 : Distribution des patients selon leurs scores catégoriels aux questionnaires Q8 et QuesCoS

En abscisse : les patients classés selon leur numéro d'anonymat

En ordonnées : le score obtenu aux deux questionnaires en valeur qualitative (c'est-à-dire par classe)

En gris foncé : la Q8

En gris clair : le QuesCoS.

Ainsi, par exemple, le patient n°10 s'est rangé dans la classe 1 du QuesCoS et dans la classe 2 de la Q8.

Nous pouvons donc constater que très souvent la Q8 est supérieure au QuesCoS mais non systématiquement (ex les patients 36 et 56).

De plus, sans développer les analyses effectuées, nous avons pu constater qu'il n'existait **aucune corrélation** entre Q8 et QuesCoS en qualitatif ($p=0,0914$).

(2) Recherche de corrélation en quantitatif

Il ne semblait pas utile de rechercher la concordance entre scores d'Insight et de connaissance en quantitatif étant donné qu'il ne s'agissait pas de valider un outil de mesure par rapport à un autre puisque l'objet examiné n'est a priori pas le même entre les deux questionnaires et qu'il n'existait aucune concordance en qualitatif.

Nous pourrions tout de même illustrer cette absence de concordance en valeurs quantitatives par ce graphique, similaire à celui en valeurs qualitatives.

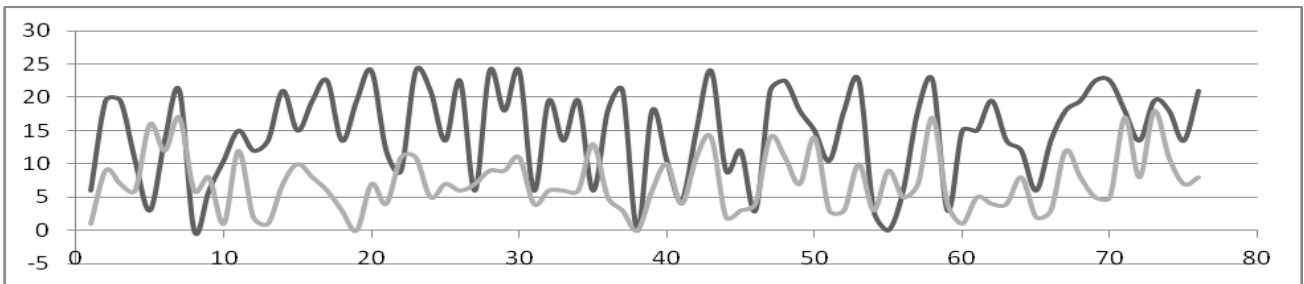


Figure 9 : **Distribution des patients selon leurs scores totaux aux questionnaires Q8 et QuesCoS**

En abscisse : les patients classés selon leur numéro d'anonymat

En ordonnée : le score global des deux questionnaires notés tous deux sur 24.

En gris foncé la Q8.

En gris clair le QuesCoS.

D'un simple aperçu visuel, nous pouvons confirmer **l'absence de concordance**.

Par contre, le lien à rechercher obligatoirement était la **corrélation** (savoir si les deux scores allaient dans le même sens). Afin d'illustrer cette hypothèse, nous avons choisi de proposer un graphe de régression, qui se présente ainsi :

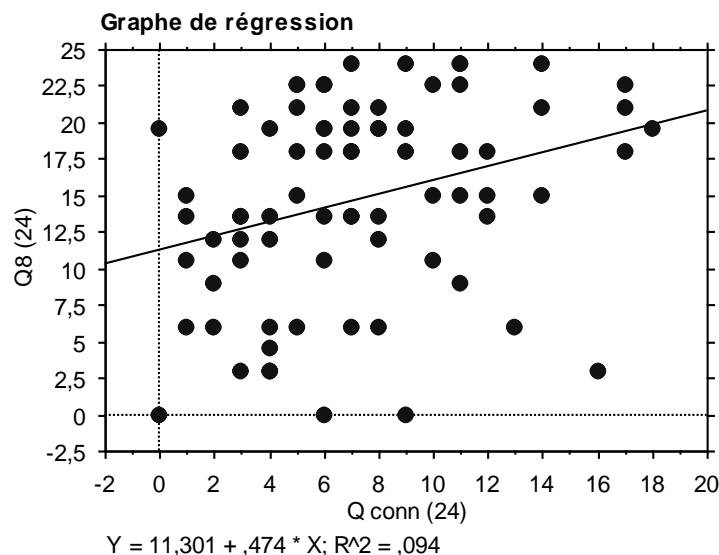


Figure 10 : **graphe de régression représentant la Q8 en fonction du QuesCoS (tous deux notés sur 24)**

Nous avons choisi de mettre :

- QuesCoS en abscisse c'est-à-dire en variable indépendante (qui est une variable pour laquelle on pense qu'elle va avoir une influence sur l'autre variable)
- Et Q8 en ordonnées, en tant que variable dépendante (dont le changement est causé par la valeur de la variable indépendante)

Chaque point sur le diagramme représente un couple de valeurs : celle de la Q8 et celle du QuesCoS pour chaque patient. L'ensemble des points forment un nuage dont la forme laisse penser qu'il y a une corrélation mais faible (on parle « d'amande à gros ventre »). Par simple vision, nous pouvons admettre qu'il y a une corrélation linéaire mais pour décrire de façon plus quantitative, nous utiliserons deux types de méthodes : la corrélation et la régression.

La méthode de régression sert à « prédire » la valeur de y par rapport à une valeur donnée de x, la droite de régression est estimée par la méthode des moindres carrés et c'est celle qui, parmi toutes les droites possibles, résume le mieux le nuage de points.

Nombre	76
Manquants	0
[R]	0,306
R carré	0,094
R carré ajusté	0,082
Ecart type résiduel	6,462

Tableau 46 : Résumé régression : Q8 vs QuesCoS

	DDL	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p
Régression	1	319,880	319,880	7,661	0,0071
Résidu	74	3089,818	41,754		
Total	75	3409,697			

Tableau 47 : Tableau d'ANOVA : Q8 vs QuesCoS

	Coefficient	Erreur standardisée	coefficient standardisé	Valeur de t	Valeur de p
Terme constant	11,301	1,442	11,301	7,840	<0.0001
QuesCoS	0,474	0,171	0,306	2,768	0.0071

Tableau 48 : Coefficient de régression : Q8 vs QuesCoS

Le coefficient de corrélation est un indice qui mesure le degré de l'association entre deux variables. Il est exprimé par la lettre « R ». « R » peut varier de -1 à +1 (si R=0 il n'existe aucune association, s'il est positif, la corrélation est positive, s'il est négatif, la corrélation l'est également).

On interprète la force de corrélation selon ce coefficient de la manière suivante :

- R entre 0,8 et 1.0 : association forte
- R entre 0,5 et 0,8 : association modérée
- R entre 0,2 et 0,5 : association faible
- R entre 0 et 0,2 : association négligeable.

Afin d'éliminer la possibilité que la corrélation observée soit due au hasard, il faut que ce coefficient soit significatif au seuil de 5% ($p < 0.05$)

De plus, le test du coefficient de corrélation a été réalisé au moyen d'une statistique t de Student. On admet que si $t > t_{alpha}$: les deux variables sont liées.

Dans cette étude, il existe donc une **corrélation positive** entre Q8 et QuesCoS ; $p=0,0071^*$ **mais cette corrélation est faible** : $R=0,31$. Le t est supérieur à t_{alpha} , ce qui confirme une relation entre les deux variables. Cela signifie que Q8 évolue de la même façon que QuesCoS mais que la force de la relation n'est pas très élevée.

b) Objectif secondaire 1 recherche d'une relation entre Q8 et les variables sociodémographiques et cliniques

Les objectifs secondaires étaient l'étude des facteurs pouvant influencer l'Insight d'une part et ceux pouvant influencer la connaissance de la schizophrénie d'autre part.

Voyons dans un premier temps les variables susceptibles d'influencer l'Insight (mesuré par la Q8). Pour plus de clarté, nous avons préféré mettre le tableau récapitulatif en annexe. (cf. Annexe 11)

D'après les résultats obtenus dans notre étude, les variables susceptibles d'influencer l'Insight sont :

- Le diagnostic selon le patient ($p < 0,0001$)
- La prise en charge par le CER ($p = 0,0382$)
- Et la prise en charge en programme psychoéducatif type PACT ($p = 0,0169$)

Les deux études de Bourgeois retrouvaient une corrélation entre Q8 et le mode d'hospitalisation (Insight significativement supérieur pour les placements libres) ($p = 0,004$ et $p = 0,003$), le diagnostic (supérieur dans les troubles de l'humeur comparé aux schizophrénies) ($p < 0,001$ pour les deux études), la situation maritale (supérieur chez les patients vivant en couple vs les célibataires) ($p = 0,003$ et $p = 0,005$) et les fonctions cognitives (score MMSE) ($p < 0,001$ dans la première étude puis $p = 0,046$)

En revanche il ne retrouvait pas de corrélation avec le niveau d'étude, le nombre d'hospitalisations antérieures.

La durée d'hospitalisation n'était pas corrélée dans la première étude puis l'était dans la deuxième, elle était divisée en deux : les patients étant restés moins de 100 jours ($n = 117$) et ceux ayant dépassé les 100 jours ($n = 4$ « seulement ») ($p = 0,015$)

La relation Insight et suicidalité a été recherchée dans la deuxième étude et a retrouvé une différence très significative : Insight plus élevé en cas d'antécédents suicidaires ($p = 0,009$) mais non significative en ce qui concernait le nombre et la présence d'un passage à l'acte récent. [49] et [50]

c) Objectif secondaire 2 recherche d'une relation entre QuesCoS et les variables sociodémographiques

Recherchons à présent les facteurs influençant la connaissance de la schizophrénie (mesurée par le QuesCoS)

De la même manière, le tableau récapitulatif se trouve à l'Annexe 12.

Les variables qui semblent influencer la connaissance de la schizophrénie sont :

- Le diagnostic de schizophrénie perçue par le patient ($p = 0,0044$)
- Le fait de connaître une autre personne souffrant de schizophrénie ($p = 0,0367$)
- La prise en charge en PACT ($p = 0,0289$)
- L'absence d'autre prise en charge ($p = 0,0419$)
- La présence d'antécédents neurologiques ($p = 0,0466$)

3. Impression générale et paroles des patients

De manière globale, nous avons été très bien reçus par les patients qui se sont montrés disponibles et soucieux de bien faire. Seulement 5 patients ont refusé de répondre aux premières questions et 3 n'ont pas rendu ou ont refusé de finir le questionnaire.

Beaucoup d'entre eux ont posé les questions « qu'est-ce que la schizophrénie ? » et « suis-je schizophrène ? », étant donné notre place d'investigateur et non de soignant, il semblait légitime de répondre à la première mais de renvoyer la seconde à leur psychiatre référent.

Quelques patients, qui avaient une bonne conscience de leur trouble, nous ont même chaleureusement remercié de s'intéresser à eux et espéraient grandement une déstigmatisation de cette pathologie. Nous avons pu retrouver cette envie d'être entouré, considéré dans les réponses données à la question 7 de la Q8 (*Que peut-on faire pour vous ?*) un patient avait répondu : « penser moins à la maladie, me remettre d'aplomb, me donner de la chaleur humaine, s'occuper de moi et me sentir moins seul », un autre « m'aider à me canaliser car je suis impulsif, m'aider à me reposer », nombreux ont demandé « du soutien » de la part des soignants car ceux-ci « savent parler aux malades ».

Certaines réflexions de patients nous semblaient intéressantes à mentionner ici :

- « la psychose vient du père et la schizophrénie de la mère »
- « je ne sais jamais si je suis dans la réalité ou non, rien qu'en ce moment, alors que je vous parle, qu'est-ce qui me prouve que je ne délire pas ? ça fait peur... »
- « les préjugés qu'il y a dessus, merci ! Etre schizophrène c'est pas si terrible que ça mais le nom est lourd à porter... »
- « il est méchant Dr x, il dit que je suis schizophrène. Il m'a traité de folle ! me punir comme ça, c'est dégueulasse ! Je veux bien être malade mais me traiter de délire, il dépasse les bornes ! »
- « je ne souffre d'aucune maladie, on ne me capte pas, j'ai de l'humour c'est tout... on enferme les anges dans ce genre d'endroit, ceux qui ont des dons particuliers »
- « une guérison est possible avec le Taïchi, ça fait remonter l'âme au niveau du cerveau et ça fait guérir la schizophrénie. »
- « C'est [la schizophrénie] un traumatisme de la pensée et du rêve »
- « c'est pas ma faute ni celle des autres, c'est comme si j'attrapais une grippe mais une grippe irréversible »

- « je suis ici parce que je suis « misogyne » (*paralogisme signifiant « en effervescence » d'après le patient puis au cours de l'entretien dit être schizophrène et non misogyne...*)
- « je suis ici parce j'ai le cerveau trop lourd » (*sensation très fréquente chez les patients schizophrène, tout comme « j'ai la tête pleine »*)
- « c'est un combat de tous les jours pour vivre naturellement sans montrer notre souffrance »
- « je pense en tant que schizo-affectif qu'il y a un manque de médiatisation sur cette maladie pour montrer que ces gens qui souffrent de cette pathologie sont capables de vivre une vie normale et une vie assez simple et productive sans causer de danger [...] »
- « *pourquoi êtes-vous ici ?* je ne sais pas trop, parce que je fais peur à l'extérieur, je réveille les gens dans leur conscience, j'ai un choix de vie, je suis en contact avec Dieu et m'inflige une vie exemplaire à tout point de vue. Par exemple, je m'oblige à ne pas embrasser de filles car sinon il risque d'arriver une catastrophe tel que le World Trade Center et comment le saurais-je si ce n'était par des messages précis à travers la télé ? *Que peut-on faire pour vous ?* Tempérer ce sentiment de puissance en moi et être plus sage pour ne pas faire peur. *Pensez-vous qu'une guérison est possible sans traitement ?* Il faudra toujours une piqûre pour rassurer l'entourage... » (*nous pouvons nous apercevoir ici que même si le discours est clairement délirant, le patient peut être compliant aux soins...*) Ce même patient se disait bipolaire et en répondant aux cas clinique du QuesCoS m'a interpellée : « ça me ressemble, c'est aussi fort que ce que je ressens, je suis peut-être schizophrène... J'ai l'impression d'être le nombril du monde et ça me fait peur »
- « cette maladie (la schizophrénie) n'est pas assez connue. C'est un mal qui ronge comme une limace après un tronc d'arbre ; J'aimerais être conférencier et expliquer exactement ce que c'est d'être schizophrène. L'UNAFAM ne sait pas le relier. »
- « certes, ça fait longtemps que ça existe cette maladie (la schizophrénie) mais on les enfermait, ça s'est amélioré. [...] qu'est-ce qu'il fait le Président de la République ? J'ai 35 ans, j'ai pas le temps, j'ai envie de la (la maladie) connaître, de la gérer. Il faut que je sois avec un bon psychiatre, qui soit à l'écoute »
- « j'avais l'impression que le Président de la République était rentré en moi. Je me rendais compte que je devenais folle...ça se battait dans ma tête »

Nous avons rajouté une question subsidiaire au QuesCoS « auriez-vous des questions concernant la schizophrénie ? », voici les interrogations émises :

- « est-ce qu'il peut y avoir à long terme l'arrêt du traitement ? »
- « comment peut-on déceler cette maladie ? »
- « voit-on obligatoirement sur un scanner que l'on est schizophrène ? »
- « tous les schizophrènes peuvent-ils devenir psychopathes ? »
- « Peut-on avoir un équilibre avec la schizophrénie ? » ; « pourquoi j'ai toujours peur que des personnes seront réactives à ma maladie et qu'ils éprouveront de la peur ? Que faire si elles ont peur de moi ? » ; « est-ce que je pourrai retrouver le plaisir de lire un livre sans entendre des voix me dévaloriser ? » ; « qu'est-ce que je peux faire pour m'aider et aider des personnes comme moi ? »

Il n'a pas toujours été simple d'obtenir les réponses adéquates et il a fallu parfois de la patience pour les avoir...

- « quelle est votre date de naissance ? Ah ça c'est facile ! j'étais bébé !... »
- « *Est-ce que vous êtes handicapé dans votre vie familiale ?* Après 5 minutes de discours, la patiente finit par me répondre : « je ne sais pas me servir d'une machine à laver... »

Durant le déroulement de l'entretien et notamment pendant la passation du QuesCoS, certaines réactions étaient étonnantes :

- Par exemple ce patient qui durant le début de l'entretien était très délirant : « je suis marié avec Lorie, j'étais vétérinaire dans le temps puis astronome... j'ai été dermatologue aussi... [...] j'ai un petit chien dans le ventre, il me lèche parfois... [...] je suis Dieu, je suis le Christ, je suis Abraham [...] je vois des serpents dans ma tête, mais j'aime bien les serpents ! » Ce patient disait être peut-être malade, mais sans savoir de quelle maladie il souffrait, il répondait que la schizophrénie « c'est la maladie des mongoliens, les fous c'est plus terrible que ça, ça me fait chialer ! » et pouvait me dire qu'un de ses copains était schizophrène et qu'il était bien malade parce qu'« il voyait des fourmis géantes !... » Ce même patient a étonnamment répondu aux questions du QuesCoS de manière très posée, non dispersée et tout en commentant les cas cliniques « il est bien malade et fou celui-là !!! » Nous

pouvons constater ici que le patient est capable de critique adaptée pour les autres mais n'est pas apte à s'auto-analyser.

Concernant les familles, très peu nous ont répondu (n=7). Seulement 39 questionnaires familles ont été distribués et ce, en raison soit de leur absence soit du refus du patient qui ne souhaitait en général pas les impliquer pour « ne pas leur faire de la peine ». La mère d'un patient nous a contacté par téléphone car ne souhaitait pas remplir le questionnaire et voulait nous informer de ses motivations : « ça me met mal, ça me renvoie à des souvenirs douloureux... quand je vois qu'on aborde le sujet de la violence dans la schizophrénie, cela me fait trop de peine... ». Nous pouvons voir à travers ce témoignage la charge émotionnelle que cette maladie peut provoquer sur le reste de la famille...

III. Troisième partie : discussion et perspectives d'avenir

A. Discussion

1. Les biais et les limites de l'étude

a) Les biais de l'étude

Malgré notre volonté de réaliser cette étude avec une grande rigueur, notre étude présente des biais d'importance variable.

- *Biais de sélection*

Le principal est un biais d'admission nommé le « biais de Berkson » car l'étude a été menée à partir d'une population hospitalière et que par conséquent, les caractéristiques de la population étudiée ne sont pas transposables à la population de patients schizophrènes suivie en ambulatoire.

L'autre biais de sélection est un biais d'auto-sélection, c'est-à-dire que le protocole était sur la base du volontariat et que les sujets en faisaient ou non partie en fonction de décisions qu'ils prenaient eux-mêmes et pouvaient également se retirer de l'étude sur simple demande ou refus de répondre aux dernières questions et/ou remplir le formulaire de consentement.

- *Biais d'information*

Nous en avons retrouvé trois.

- Le biais de mémorisation : il a été demandé au patient un certain nombre de renseignements mais ceci peut avoir été biaisé par l'oubli. Nous nous sommes aperçu que le nombre d'hospitalisation différait entre le discours du malade et le nombre retrouvé dans le dossier médical. Il est possible que d'autres données non vérifiables aient été oubliées, notamment en ce qui concerne les antécédents médicaux. Nous avons demandé aux malades s'ils avaient des problèmes d'addiction, des antécédents de tentatives de suicide et de troubles neurologiques (par exemple épilepsie, traumatismes crâniens etc....) mais ne pouvions le vérifier (les antécédents dans le dossier médical n'étaient pas toujours renseignés d'une part et d'autre part se basaient sur les dires du patient aussi...)
- Le biais liés à l'enquêteur : le fait que l'investigateur (unique) connaissait ou non le patient avant l'inclusion a pu être un biais. En effet, nous avons essayé de minimiser ce biais au maximum en établissant une grille de cotation (notamment

pour la Q8) mais certaines réponses ont peut-être été interprétées différemment selon le patient.

- Le biais de déclaration : celui-ci est lié au biais précédent. Tout comme le jugement de l'enquêteur peut varier selon sa connaissance du malade, le patient peut avoir une attitude et un discours différent s'il est en présence d'un investigateur familial. Ainsi, certains patients ont pu dire qu'ils se reconnaissaient comme « malades », souffrant de « schizophrénie », qu'ils avaient « besoin d'un traitement » tout cela pour montrer à l'examineur connu qu'ils « avaient bien retenu la leçon », ce qui pouvait faussement majorer l'Insight. De même, ils pouvaient nier avoir tout symptôme positif actuel ou un problème d'addiction s'ils craignaient une majoration de leur traitement ou une modification de leur prise en charge (même si le questionnaire était anonyme et confidentiel) ou minimiser s'ils n'avaient pas confiance en l'examineur (surtout si c'était une première rencontre).

- *Biais de mesure*

Les deux questionnaires présentent des biais de mesure malheureusement.

La Q8 a été validée en France mais, pour les besoins de l'étude et la diminution du biais lié à l'enquêteur, a été modifiée : sur le plan de la notation (les demi-points étaient acceptés contrairement à la cotation initiale) et sur le plan de l'interprétation des réponses où une grille a été faite pour limiter la part subjective. Cette échelle n'inclut pas l'observation des comportements qui peuvent pourtant apporter des éléments complémentaires afin de limiter les patients dont le discours est plaqué mais aussi tous ces patients qui disent ne pas être malades mais qui docilement viennent tous les jours réclamer leur traitement et accepter l'hospitalisation en psychiatrie...

Le QuesCoS a été tout simplement inventé (bien qu'inspiré d'une étude antérieure) et n'a par définition pas été validée.

Un autre facteur de biais qui pourrait diminuer le score du QuesCoS notamment c'est le temps de passation trop long pour certains patients qui pouvaient avoir tendance à répondre « je ne sais pas » aux dernières questions du fait d'une diminution de la concentration.

- *Biais de confusion*

Un biais de confusion est possible car nous n'avons pas effectué de tests cognitifs ou de QI (Quotient Intellectuel). Il est possible que la conscience du trouble soit davantage liée à de bonnes facultés cognitives plutôt qu'à une bonne connaissance du trouble. La connaissance du trouble serait alors une conséquence des capacités cognitives.

b) Les limites de l'étude

Il paraît important d'insister sur le fait que, malgré le nombre adéquat de sujets nécessaires déterminé approximativement pour cette étude à partir des données de la littérature, l'échantillon reste limité (76). Par conséquent, les résultats doivent être considérés avec prudence.

2. Interprétation et discussion des résultats

a) Eléments de discussion apportés par la population recrutée

Nous avons inclus 76 patients âgés de 19 à 63 ans avec une moyenne de 42 ans et un écart type de 12 ans, représentant une bonne dispersion des patients en fonction de l'âge. Ceci nous amène donc à objectiver le fait que les patients schizophrènes peuvent être hospitalisés tout au long de leur vie, et pas seulement au début de la maladie (puisque cette pathologie, rappelons-le se déclenche au début de l'âge adulte en général).

Différentes formes de schizophrénie ont été retrouvées : divisées essentiellement en deux formes : paranoïde à 46% et schizo-affectif à 25%. Nous obtenons ensuite les formes : résiduelle (9%), indifférenciée (8%), autre (5%), simple (4%) et hébéphrénique (3%). Nous pouvons nous poser la question du biais de sélection : en effet, il semble logique que les formes paranoïdes et schizo-affectives soient les plus représentées car ce sont les formes les plus bruyantes, celles qui sont le moins bien tolérées par l'entourage et celles qui représentent le plus de risque d'un passage à l'acte (hétéro ou auto-agressif).

De plus, tous les niveaux d'étude ont été représentés avec même 4% de patients ayant bac +4 ou +5 (les patients l'ayant déclaré n'étaient pas mégalomaniaques et devaient préciser exactement leur diplômes afin de limiter les fausses déclarations) démontrant ainsi que la maladie n'est pas une question d'intelligence et que les études sont possibles. Il aurait été cependant intéressant de comparer le début de la maladie avec le parcours étudiant afin de savoir si la maladie s'était déclarée après la fin des études ou si les capacités cognitives ont été préservées au point de pouvoir faire de longues études.

Différentes origines ethniques ont été recrutées concordant avec la caractéristique transculturelle de la schizophrénie (à noter qu'il n'y a eu aucun asiatique ni américain, probablement dû à la moindre représentativité de ces origines sur la région...).

Cette étude, comme nous l'avons signalé précédemment, présente des biais notamment de sélection (patients recrutés à l'hôpital) qui peuvent expliquer ces résultats :

- une différence nette entre le nombre d'hommes et de femmes inclus alors que le sex ratio est de 1. En effet, on considère que les hommes sont davantage hospitalisés que les femmes du fait d'une symptomatologie plus bruyante, davantage de violence et de crises « explosives ».
- une différence concernant le mode de vie : près de 75% des patients interrogés vivaient à la ville or c'est une maladie ubiquitaire (le lieu de vie est une conséquence du handicap social et non la cause de la pathologie)
- le faible pourcentage de patients qui travaille : 6,579% or dans une étude faite en 2008, il avait été retrouvé que 28,5% de patients étaient insérés dans un milieu professionnel en Haute-Vienne. Le contexte de chômage actuel n'est pas le seul facteur, puisque dans notre étude nous retrouvons 6,579% en recherche d'emploi contre 10,8% dans l'étude incluant les patients ambulatoires. Il avait d'ailleurs été conclu que le fait d'avoir été hospitalisé était un facteur de risque de ne pas avoir de travail. [63] Nous n'avons malheureusement pas différencié les arrêts de travail des congés longue maladie, il se pourrait donc que le pourcentage retrouvé (6,579%) soit en fait plus élevé.

Il est intéressant de constater l'importance de la religion dans la schizophrénie ainsi d'après l'étude : 71% étaient croyants et 43% pratiquants. Comme nous l'avons déjà souligné le terme de pratique religieuse était adapté à cette population car pour ces patients qui sont hospitalisés contre leur gré ou qui sont hospitalisés depuis longtemps, il semble illusoire qu'ils puissent se rendre régulièrement au lieu de culte tout comme les psychotiques déficitaires qui restent chez eux...

Nous avons inclus les patients de tout type de protection sociale afin d'avoir la meilleure représentativité : ainsi 52% des sujets n'avaient pas de protection sociale et 48% en avaient une (33% bénéficiaient d'une mesure de curatelle et 9% une mesure de tutelle)

Tous les modes d'hospitalisation étaient également représentés : 74% en soins libres, 16% en SPDT (Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers) et 10% en SPDRE (Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'Etat) ainsi que toutes les filières : psychotique (82%), troubles de l'humeur (16%) et addiction (2%).

Par ailleurs, les hospitalisations « courtes » (quelques semaines au moment de la passation du questionnaire) (42% pour les hospitalisations depuis 15 jours - 1 mois) comme longues (plusieurs années) (16% supérieures à 1 an) étaient différenciées afin de pouvoir avoir des états « semi-aigus » (présence de symptômes psychotiques actuels à l'échelle MINI) et des états stabilisés (absence de symptômes psychotiques actuels). Le nombre d'hospitalisations a également été recherché, retrouvant une majorité de patients ayant eu recours à au moins dix hospitalisations (41%).

Concernant les antécédents :

- 32% des patients interrogés ont tenté au moins une fois de se suicider
- 43% (seulement !) auraient eu un problème d'addiction à un produit récent ou ancien
- Et 20% déclaraient avoir eu un trouble neurologique

Ces chiffres sont à analyser avec beaucoup de précaution du fait d'un biais d'information : biais de mémorisation d'une part (tous les patients sont susceptibles d'avoir oublié un antécédent ou de surestimer un évènement (ex : notion d'hypoxie à la naissance comptée comme antécédent neurologique sans savoir si il y avait eu des conséquences ou non) et biais de déclaration : surtout pour les antécédent d'addiction à des produits illicites.

Nous avons répertorié les prises en charge complémentaires, que ce soit dans le cadre hospitalier ou non et remarquons qu'à 91% les patients en ont bénéficié, ce qui prouve l'encadrement nécessaire et mis en place de ces patients, notamment une fois sortis. Si nous détaillons :

- 78% sont déjà allé en hôpital de jour
- 58% ont eu une infirmière psychiatrique à domicile
- 21% ont été au CER
- 6% ont bénéficié du PACT (en général en intra-hospitalier)
- 3% ont eu une autre prise en charge (soit deux patients, une vidéo passée dans un centre de repos dont nous n'avons aucune notion de validité et le vécu en appartement thérapeutique (dans le cadre d'une prise en charge addictologique)

L'ensemble est supérieur à 100% car les patients pouvaient avoir eu plusieurs prises en charge (en même temps ou non). Nous avons été surpris du très petit nombre de patients ayant bénéficié du PACT d'autant que comme nous l'avons observé, ce programme psychoéducatif semble être très utile pour améliorer l'Insight et la connaissance des patients...

b) Éléments de discussion apportés par le résultat de l'objectif principal

Nous avons émis l'hypothèse que l'Insight était lié à la connaissance de la maladie et avons donc bâti notre étude autour. Le résultat était qu'il existait bien un lien de corrélation entre ces deux concepts (en tant que variables quantitatives) et que l'Insight dépendait de la connaissance (cf. figure 10 p.160 : le graphe de régression) mais que la force était faible.

Nous avons alors trois autres hypothèses pour l'expliquer :

- « *Il existe des biais de mesure du QuesCoS* » :

C'est évidemment le premier biais à étudier : ce questionnaire n'est pas validé et n'est qu'un prototype. La moyenne des patients est très faible (7,224/24) ce qui suppose soit une mauvaise connaissance de la schizophrénie de la part de la population étudiée, soit un outil de mesure trop difficile (ou un mélange des deux...). La courbe retraçant les nombre de patients en fonction du score obtenu au QuesCoS (cf. figure 7 p.134) n'a pas l'aspect d'une courbe de Gauss et ne suit donc pas une loi normale mais ressemble à une cloche asymétrique centrée sur la moyenne de 7 avec une pente plus douce pour les valeurs au-dessus de la moyenne obtenue de 7,224. Nous pourrions donc espérer obtenir une véritable courbe de Gauss si elle était centrée sur 12 (moyenne que nous devrions avoir).

De plus, étant donné la longueur du test (environ une demi-heure pour l'ensemble) et que le QuesCoS était demandé en dernier, il se peut que les notes aient été moins bonnes car les patients étaient moins attentifs que pour la Q8.

- « *Il existe des biais de mesure de la Q8* » :

C'est une échelle qui a été validée en France cependant pour les besoins de l'étude, comme nous l'avons déjà précisé, nous l'avons en partie modifiée. Cependant, en établissant des demi-points, nous avons diminué la moyenne par rapport à d'autres études et permis une distribution plus dispersée: les notes étaient plus nombreuses en classe 2 qu'en classe 1 avec notre système (ce qui reflète en notre sens davantage la réalité) contrairement aux autres études qui retrouvaient des notes basses et hautes mais peu d'intermédiaires (la répartition bimodale permettant par contre une bonne discrimination).

De plus, étant donné l'utilisation de cette échelle dans les services, les patients la connaissent déjà et ils peuvent donc avoir été « éduqués » à y répondre (même si les questions sont ouvertes et d'apparence très « banales »). Ils peuvent également y répondre en « récitant par

cœur » (sciemment ou non) comme nous pouvons le constater dans la pratique quotidienne (ex : ils peuvent dire être schizophrènes, avoir besoin d'un traitement à vie mais revenir quelques mois (ou semaines...) après, en hospitalisation pour mauvaise observance...)

Comme l'affirmait **Yolande Chéné** : « Toute connaissance vient de soi et non des autres. », le patient peut s'approprier l'information apportée par les soignants, les autres patients en groupe, la famille mais il ne peut le concevoir vraiment que s'il l'apprend « avec Insight », selon l'approche gestaltiste (cf. l'apprentissage des chimpanzés p86...) **Beck et al.** ont différencié l'Insight intellectuel d'un Insight d'ordre plus émotionnel. Le premier serait le résultat d'une désirabilité sociale, le second correspondrait à l'opinion subjective qu'il porte à ses troubles. Le premier concernerait les réponses données à la Q8, qui donnent cette impression de « discours plaqué », qui ne serait pas nécessairement pour « tromper » l'investigateur ou le soignant mais selon Beck, présenterait des « biais cognitifs » aussi appelées distorsions cognitives dans la prise en compte de la réalité et des stimuli environnementaux, les patients schizophrènes auraient une plus grande capacité à pouvoir relativiser leurs conclusions et leurs croyances, ainsi que d'admettre que ces dernières puissent être erronées. L'utilisation de l'échelle BCIS (Beck Cognitive Insight Scale) qui s'organise autour de scores de réflexivité (reflet de l'introspection) et de certitude (capacité à critiquer ses propres croyances) pourrait être un complément intéressant.

- « *L'Insight n'est pas uniquement le reflet d'une bonne connaissance de la pathologie.* »

En admettant qu'il n'existe pas de biais ou que ces biais sont maîtrisés et insignifiants, nous pouvons imaginer que le lien de corrélation existe mais que la force est faible parce que la connaissance n'est pas le seul facteur de corrélation de l'Insight et qu'il y en a d'autres qui interviennent et ce, à des degrés différents selon les patients. Nous avons vu dans la première partie que l'Insight était la conscience de Soi associée à des jugements (internes ou externes) (cf. figures 5 et 6 p.106 et 107) Ainsi, nous pouvons supposer que la connaissance n'est pas suffisante à la conscience du trouble mais qu'interviennent également tous les jugements qui y sont associés. Autrement dit, un patient pourrait tout savoir sur la pathologie mais ne pas « accepter » de manière plus ou moins consciente cette maladie (théorie du refoulement psychanalytique) du fait des jugements associés. Et, selon l'importance de ces jugements, la part de l'impact de la connaissance sur l'Insight en serait modifiée.

Historiquement, l'Insight résulte d'un mécanisme de défense psychologique permettant de lutter contre des émotions négatives (comme l'anxiété ou la dépression) résultant de la stigmatisation sociale d'avoir une maladie mentale. Les stratégies dites de « *coping* » renvoient à des mécanismes cognitifs et comportementaux conscients et inconscients de régulation

émotionnelle en réponse à une situation stressante. **Lysaker et al.** ont pu mettre en avant l'utilisation chez les malades souffrant de schizophrénie et qui avaient un faible Insight de mécanismes de *coping* de type « évitement ». Une étude plus récente montrait que les troubles de l'Insight étaient corrélés positivement avec des scores plus élevés aux sous-échelles R (répression) et K (déli) du MMPI-II. Cependant une méta-analyse récente, a pu montrer que le degré d'Insight dans la schizophrénie n'était que peu lié à l'état émotionnel des patients. [64]

c) Eléments de discussion apportés par le résultat des objectifs secondaires

(1) Relation entre la Q8 et les variables

Pour rappel : d'après les résultats obtenus, les variables susceptibles d'influencer l'Insight sont :

- Le diagnostic selon le patient ($p < 0,0001$)
- La prise en charge par le CER ($p = 0,0382$)
- Et la prise en charge en programme psychoéducatif type PACT ($p = 0,0169$)

Le premier facteur influençant l'Insight est logique puisqu'il s'agit du fait que le patient connaisse son diagnostic (qui compte déjà pour 1 point sur 8 dans le questionnaire Q8) et il est très significatif : $p < 0,0001$. Si l'on veut améliorer l'Insight, il faut déjà annoncer le diagnostic et que le patient le retienne...

Le deuxième facteur est la prise en charge par le CER (Centre d'Evaluation et de Réhabilitation), ce centre a pour but d'améliorer les capacités d'autonomie des patients et d'orienter éventuellement vers d'autres structures pour une réinsertion professionnelle. Il s'y déroulent des séances d'information sur la maladie et la gestion du quotidien (par exemple la gestion de son traitement). La prise en charge par ce centre semble donc améliorer la conscience du trouble.

Le troisième facteur est l'intégration du patient à un programme psychoéducatif type PACT (Psychose, Aider, Comprendre et Traiter) qui est un programme souvent animé par des infirmiers sur l'hôpital Esquirol et qui comprend un certain nombre de thèmes avec différents supports et notamment vidéo. Les patients visualisent des courts-métrages mettant en scène des patients. Cette prise en charge est nettement significative, cela signifie que pour améliorer l'Insight, le PACT serait un outil très intéressant.

A l'inverse des variables statistiquement significatives d'une influence sur l'Insight, d'autres sont étonnamment non liés :

- Les modes d'hospitalisation : en effet, comme constaté dans d'autres études, le fait d'être hospitalisé sous contrainte est souvent le fait d'un défaut de conscience des troubles et est donc une variable liée à l'Insight...
- Les antécédents de tentatives de suicide : certaines études ont retrouvé une meilleure conscience des troubles lorsque le malade souffre moralement car le patient a alors vécu un vécu psychique douloureux et « s'accepte » avec un statut de « malade psychiatrique ». Peut-être n'avons-nous pas ce résultat car :
 - les antécédents ont été demandés directement au patient et non consultés sur le dossier médical (biais d'information)
 - la symptomatologie dépressive n'a pas été recherchée
 - la distinction antécédent ancien ou récent n'a pas été faite.
- Le diagnostic de schizo-affectif : pour les mêmes raisons, il est étonnant que ce lien ne soit pas retrouvé : peut-être pouvons nous se questionner sur une surestimation de ce type nosographique avec présence de faux positifs ou alors d'un diagnostic non réactualisé.
- La prise en charge en hôpital de jour et par une infirmière ambulatoire de proximité : il serait paru logique que ces prises en charge complémentaires améliorent l'Insight. Cependant, la prise en charge en hôpital de jour a été restructurée récemment et cette modification ne peut être encore observable et pourrait être mieux évaluée dans quelques mois. Il est cependant indispensable de souligner l'importance d'un axe de soins orienté sur les besoins spécifiques du patient et ne plus considérer l'hôpital de jour comme un temps occupationnel. L'utilisation du nouveau PACT pourrait être par exemple un axe de travail.

(2) Relation entre le QuesCoS et les variables

Pour rappel : les variables qui semblent influencer la connaissance de la schizophrénie sont :

- Le diagnostic de schizophrénie perçue par le patient ($p=0,0044$)
- Le fait de connaître une autre personne souffrant de schizophrénie ($p=0,0367$)
- La prise en charge en PACT ($p=0,0289$)
- L'absence d'autre prise en charge ($p=0,0419$)
- La présence d'antécédents neurologiques ($p=0,0466$)

Ici encore, le diagnostic selon le patient d'une schizophrénie et la prise en charge dans un programme psychoéducatif type PACT sont liés à une bonne connaissance du trouble de manière statistiquement significative. Les arguments mis en avant sont les mêmes que pour le lien avec l'Insight.

Il existe d'après les résultats d'autres facteurs influençant cette connaissance comme le fait de connaître une autre personne souffrant de schizophrénie. Il ne s'agit pas ici de s'identifier à l'Autre mais d'avoir un regard extérieur, analyser le comportement de l'Autre et adopter une attitude adaptée tout comme le QuesCoS le prend en compte dans les cas cliniques. C'est peut-être pour cette raison que ce facteur n'apparaît pas significatif pour la Q8. Le fait de connaître quelqu'un atteint, permet une réflexion sur son attitude à avoir face à l'autre et de s'adapter dans différentes situations comme suggérés par les cas cliniques. Il est possible aussi que ce résultat soit dû au fait que les patients cherchent à « tout savoir sur cette maladie pour pouvoir comprendre et aider le mieux possible cette personne » comme 41% des sujets interrogés qui donnent cette réponse à la question 7 du QuesCoS (cf. Annexe 10) et que les patients cherchent de l'aide pour la personne à 21% ou pour la personne et soi à 26% contre 1% seulement pour soi uniquement. Cette recherche d'information pour l'Autre pourrait améliorer finalement la connaissance de la maladie que l'individu et l'Autre partagent.

Ce résultat va dans le même sens que l'étude publiée par Startup en 1997. Il avait été proposé à des patients qui présentaient des troubles sévères de la conscience de leur maladie, des vignettes cliniques illustrant différents symptômes de la schizophrénie. Le groupe des patients comparé au groupe témoin et au groupe de professionnels de la santé présentait d'aussi bons résultats à discriminer les pensées et les comportements anormaux. Ainsi, ils étaient tout à fait capables de reconnaître chez les autres ce qu'ils ne pouvaient reconnaître de pathologique en eux. [64]

Nous pourrions supposer que si le patient connaissait son diagnostic et qu'il avait dans son entourage quelqu'un qui avait le même diagnostic, il améliorerait à la fois son Insight et sa connaissance de la schizophrénie.

L'absence d'une autre prise en charge est statistiquement significative mais ne peut pas être retenue comme telle : en effet, seuls 2 patients ont répondu qu'ils avaient un antécédent d'une autre prise en charge mais l'un des deux nous a fait part d'une prise en charge un peu floue et a eu 0/24 aux deux questionnaires, ce qui majore naturellement l'écart entre les moyennes obtenues...

La présence d'un antécédent neurologique comme facteur d'influence sur la connaissance sur la schizophrénie pose question : nous avons établi ce paramètre afin de savoir si le fait d'avoir un problème neurologique entraînait une diminution de l'Insight et/ou de la connaissance par

analogie à l'anosognosie en neurologie, or nous obtenons un résultat inverse... Nous avons alors émis l'hypothèse que, du fait que les antécédents soient demandés au patient, ceux qui nous répondaient avoir eu un antécédent neurologique étaient plus impliqués dans leur santé et avaient une meilleure conscience de Soi... Mais, pourquoi alors ne pas retrouver une différence significative avec la Q8 plutôt qu'avec le QuesCoS ? Nous pouvons alors, émettre une autre hypothèse : le fait d'avoir une maladie chronique somatique (telle que l'épilepsie) entraînerait une éducation à cette pathologie physique et « initierait » ainsi à une autre psychoéducation, permettant au patient de s'auto-éduquer, et rechercher des informations concernant sa propre pathologie. Ce point serait intéressant à confirmer par une autre étude.

Remarquons l'absence du facteur « CER ». Pourquoi une prise en charge par le CER serait davantage utile à la prise de conscience du trouble qu'à la connaissance de la pathologie ? Nous pourrions imaginer que la prise en charge par le CER améliore le discours du patient vis-à-vis de sa maladie, peut-être avec une prise de conscience partielle de la nécessité d'aide médicale mais que le travail de réflexion, d'identification à un autre patient schizophrène (comme le fait le PACT) ne serait pas réalisée. Autrement dit, il y aurait une amélioration de l'Insight intellectuel mais non émotionnel.

Notons également à nouveau l'absence de significativité de l'hôpital de jour et de l'infirmière ambulatoire de proximité.

B. Perspectives d'avenir

1. L'annonce du diagnostic

Comme nous l'avons évoqué dans la première partie, l'annonce du diagnostic est un enjeu complexe en psychiatrie. Elle dépend d'une multitude de facteurs et la position d'annonce du diagnostic de schizophrénie par le psychiatre est délicate. Pourtant, la loi du 4 mars 2002 oblige les médecins à le faire. Comment le psychiatre doit-il alors se positionner ?

Beaucoup, craignent le passage à l'acte, or, comme nous l'avons vu, certaines études plus approfondies ont conclu à un risque plus élevé de suicide si l'Insight au début de la maladie était bon, avant toute prise en charge médicale. En revanche, un Insight correct avec un accompagnement médico-social permettrait une diminution du risque suicidaire.

De plus, comme nous l'avons vu au travers de notre étude, beaucoup de patients s'interrogent sur leur trouble psychique, et recherchent des réponses mais étant donné la stigmatisation de cette pathologie, les données qu'ils pourraient obtenir ne seraient peut-être pas les bonnes, et là les conséquences pourraient être néfastes avec au mieux rejet du trouble, une perte de confiance au médecin psychiatre « qui ne lui aurait pas donné le bon diagnostic » et au

pire un risque suicidaire. Ne vaut-il pas mieux encadrer cette annonce que laisser le patient dans « le brouillard » en espérant qu'il ne découvrira pas de lui-même le diagnostic ?

Dans certains cas, le médecin préfère annoncer le diagnostic à la famille qu'au patient mais comme nous le soulignons dans notre enquête, peu de familles se mobilisent et beaucoup de patients souhaitent écarter leurs proches de leur prise en charge. Cela ne veut pas dire qu'il faut exclure les familles, bien au contraire ! Mais peut-être, davantage incorporer les proches dans le parcours de soins avec le patient et non de façon séparée. Ainsi, le patient saurait qu'il n'est pas seul face à la maladie et que les soignants et la famille sont solidaires avec lui contre le même ennemi, il n'y aurait pas ce « tabou » entre eux.

Cette étude a permis de mettre en évidence que le diagnostic retenu par le patient était primordial pour avoir une bonne conscience ainsi qu'une bonne connaissance du trouble. Si nous partons du postulat que l'une des principales conditions pour une bonne observance est l'acquisition d'un bon Insight, il semblerait que l'annonce (éclairée et répétée) soit un facteur incontournable pour la prise du traitement et pour limiter la rechute.

Nous tenons à préciser que nous sommes conscients que « annonce faite par le psychiatre » et « diagnostic retenu par le patient » ne sont pas nécessairement la même chose et que les résultats obtenus dans ce travail ne s'attachaient qu'aux dires du patient. Il aurait été intéressant de savoir si les annonces avaient bien été faites ou non et comparer au diagnostic retenu par le malade (comme cela a été fait dans certaines études).

Au final, au vu de notre travail et de la littérature actuelle, il nous semblerait important de souligner l'importance de l'annonce du diagnostic de schizophrénie au patient, de façon claire, adaptée, répétée et si possible avec le soutien d'un membre de la famille.

2. Information et déstigmatisation

a) Dans le milieu médical

Comme nous l'avons déjà évoqué et répété : la schizophrénie est une maladie stigmatisée et une information adaptée et correcte au patient est indispensable.

Dans le milieu médical, que pourrait-on améliorer pour y répondre au mieux ?

Au vu des résultats de notre étude, le PACT semble être un outil d'une grande valeur mais il n'est pas suffisamment utilisé (seulement 6% de l'échantillon...) Il serait idéal que tous les patients en bénéficient. De plus, au travers de cette prise en charge, les infirmiers seraient davantage impliqués dans cette information car nous avons fait le triste constat que seulement 49% des patients avaient parlé de schizophrénie avec un infirmier (cf. Tableau 17 p138), (contre 72% avec

un psychiatre) alors que l'intérêt de l'hospitalisation est le travail d'équipe avec des approches différentes mais complémentaires (à noter que 6% en avaient parlé avec un psychologue...). Ce programme permet également de faire des groupes de parole autour d'une thématique ce qui semblerait être un point important pour l'acquisition d'une connaissance de la maladie que de connaître quelqu'un ayant la même pathologie.

Nous pourrions améliorer la participation de tous les acteurs de santé à l'information de la pathologie et des entretiens de soutien face à l'annonce. Un travail de déstigmatisation passe déjà par lever le tabou du nom de la maladie. En effet, nous avons été surpris du peu de médecins généralistes (18%) ayant discuté de la pathologie avec les patients, est-ce parce que les patients ne vont pas souvent chez le médecin généraliste ou alors est-ce parce que les médecins généralistes n'abordent pas le sujet ? Cette question mériterait d'être abordée plus en détail...

Des groupes de paroles autour d'un thème choisi par les patients pourraient également être intéressants car les malades finalement parlent très bien de leur vie en général et du handicap ressenti mais avec leur propre vécu et leur propre langage. Ils paraissent être très critiques vis-à-vis des autres et avoir une analyse intéressante des discours de l'autre. Le discours d'un autre patient pourrait avoir parfois beaucoup plus d'impact que tous les entretiens avec un psychiatre. Replacer le patient au centre de sa prise en charge serait peut-être l'un des meilleurs moyens d'améliorer sa conscience du trouble plutôt que d'imposer son hospitalisation + son diagnostic (qu'on ne peut pas prouver par des examens complémentaires !) + son traitement + sa façon de vivre (ex : le mettre en invalidité professionnelle, lui « interdire » de prendre de l'alcool, de boire du cannabis, parfois lui conseiller de ne plus fréquenter certains amis « addicts » ou de s'éloigner de parents trop « protecteurs » ...).

Une meilleure prise en charge des familles seraient aussi un point essentiel en les orientant vers les programmes « Profamille », ou des thérapies familiales ou tout simplement en les recevant régulièrement en présence du patient.

Nous avons démontré également une absence de différence significative avec les prises en charge en hôpital de jour, avec l'équipe ambulatoire de proximité et avec le CER (pour la connaissance) peut-être serait-il intéressant de revoir les outils mis en œuvre et de modifier certaines prises en charge.

b) Dans la population générale

Comme nous l'avons constaté, les patients verbalisent souvent des idées stigmatisantes concernant leur propre maladie, autant même que la population générale comme le suggère l'étude de **Marie-Carmen CASTILLO et al.** [4], ces derniers auteurs émettaient l'hypothèse d'une

« internalisation de la stigmatisation », les patients évoqueraient davantage les croyances communes que leur propre expérience : il faudrait donc une disparition de ces préjugés dans la population générale... La fin des « actualités scandales », la fin des films à sensation mettant en scène des « schizophrènes avides de meurtres », la fin des représentations telles que : schizophrènes = violence ou schizophrénie = double personnalité seraient l'idéal mais ce ne serait qu'utopie...

Nous pourrions tout de même espérer une amélioration de la connaissance de cette maladie grâce à des campagnes d'information, certes les journées de la maladie mentale existent mais elles ne sont pas très connues et l'impact est très faible.

La rencontre entre patients et population générale pourrait être une hypothèse au travers d'exposition de peinture ou d'autres œuvres artistiques par exemple. Les patients se sentiraient sans doute davantage valorisés et la population moins effrayée... mais le chemin est long ! d'autant qu'il semblerait d'après quelques études que cette rencontre puisse avoir un effet inverse à celui recherché... [4]

3. Perspectives d'études possibles...

Notre étude nous a permis de répondre à notre interrogation de départ : « y a-t-il un lien entre Insight et connaissance de la schizophrénie ? » mais différentes questions restent en suspend et il serait utile de réaliser des études complémentaires.

Comme nous l'avons vu, le lien existe mais seule la connaissance ne peut expliquer le degré d'Insight. Il pourrait être intéressant de coupler des questionnaires d'Insight avec des tests de personnalité (avec le TCI⁶ ou avec le MMPI-II⁷, etc.) ainsi qu'avec des tests cognitifs (MMSE⁸ ou des tests de QI, la WAIS⁹ par exemple) et objectiver la part de la connaissance et la part inhérente à un type de personnalité ou à des capacités cognitives particulières.

Le hasard a voulu que ce projet d'étude aboutisse quasiment en même temps que la diffusion d'un nouveau programme PACT, sur support DVD, réactualisé avec de vrais malades interrogés sur les vidéos et non des acteurs. Un travail possible pourrait être une étude pronostique de cohorte avec l'évaluation de l'Insight et de la connaissance avant et après la prise en charge des patients en PACT. Il faudrait cependant s'assurer d'une annonce claire faite au patient (peut-être sous forme d'un protocole standardisé comme dans certaines études).

⁶ Temperament and Character Inventory

⁷ Minnesota Multiphasic Personality Inventory (2^{ème} édition)

⁸ Mini-Mental State Examination

⁹ Wechsler Adult Intelligence Scale

Cette évaluation pourrait évidemment être adaptée à d'autres types de prises en charge : avant/après prise en charge ou des études cas/témoins.

Etant donné la part du déficit des processus métacognitifs dans l'Insight tel que suggéré dans l'article « *la conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie* » de **Raffard et al.** paru en 2008, une étude comportant une évaluation de l'Insight et de la connaissance avant et après un programme de remédiation cognitive pourrait être utile.

Une autre enquête pouvant apporter des résultats importants serait la réalisation d'une étude de cohorte comparant les patients bon/mauvais Insight et bonne/mauvaise connaissance avec le taux de rechute liée à une mauvaise observance.

Le QuesCoS pourrait aussi être utilisé pour l'évaluation de la connaissance des familles comme nous avons voulu le faire, des médecins, des intervenants extérieurs (ex : les pompiers, les forces de l'ordre etc., qui sont souvent « en première ligne des décompensations psychotiques ») et pourquoi un échantillon de la population générale comme réalisée en Belgique.

Mais avant toute autre étude, il apparaît indispensable d'améliorer le questionnaire QuesCoS et pourquoi pas le valider même.

Voici quelques idées d'amélioration :

- comme nous l'avons déjà vu, la moyenne était très basse (7,221/24) peut-être en partie due à une difficulté trop élevée : nous avons constaté que pour deux des cas cliniques notamment les patients répondaient en majorité « je ne sais pas ». Pour ces cas cliniques, l'intitulé pourrait être modifié mais surtout les réponses possibles simplifiées (ex pour le cas clinique concernant la personne délirante déclarant avoir été violée, nous pourrions demander si nous devrions l'emmener chez un psychiatre, chez un généraliste, les deux, ne rien faire ou lui enlever les boutons de sa veste et savoir si son viol est nécessairement délirant ou non, sans rentrer dans le détail de la chronologie des prises en charge psychiatrique et somatique).
- Nous pourrions aussi revoir le système de cotation qui est un peu complexe en divisant les groupes de réponses par 24, chaque question serait alors cotée sur 1 mais plusieurs groupes de réponse pourraient faire référence à une seule question (ex les questions 11 et 12 suivaient un peu ce schéma). Ainsi, nous aurions une cotation plus simple avec une consigne unique : « entourer la bonne réponse parmi les solutions proposées ». Il serait aussi envisageable de modifier la note

globale, avec par exemple une note sur 20, qui est en général plus parlant pour les gens.

- Nous pourrions également revoir le système de classes en divisant par 5 au lieu de 3 pour davantage de discrimination (la séparation en 3 classes seulement était dans le but d'une meilleure comparaison avec la classification de la Q8)

Au final, pour bien appréhender la validité du questionnaire, il serait utile de le présenter aux psychiatres (qui dans l'absolu devraient tous obtenir la totalité des points).

CONCLUSION

Ce travail au départ était une question d'apparence simple : « existe-t-il un lien entre la conscience du trouble et la connaissance de ce même trouble ? ». Mais au fur et à mesure de la réalisation du test, de la passation des questionnaires, de l'analyse des résultats confrontés à la littérature, cette interrogation d'apparence si « banale » soulevait de nombreuses questions annexes : Comment définir de manière simple la schizophrénie ? Quelles sont les causes exactes ? Comment la diagnostiquer ? Quelle est l'évolution ? Peut-on en guérir ? Qu'est-ce que l'Insight ? Est-ce un symptôme ? Qu'est-ce que la connaissance ? Comment les évaluer ? Faut-il annoncer la maladie ? Existe-t-il un risque suicidaire associé au degré de conscience de la maladie ?...

Ce travail nous a permis d'éclaircir certains points de notre pratique quotidienne et notamment le fait que l'information améliorerait l'Insight en général : il existerait une corrélation entre les résultats du questionnaire QuesCoS (qui mesure la connaissance) et le score de l'échelle Q8 (qui représente l'Insight) ($p=0,0071$) mais avec une force faible ($R=0,31$). L'application directe serait donc l'importance de l'information de la maladie au patient, ce qui passe par l'annonce (confirmée par les résultats statistiquement significatifs du lien entre Insight et diagnostic retenu par le patient ($p<0,0001$) et entre connaissance et diagnostic selon le patient ($p=0,0044$)) et les programmes psychoéducatifs type PACT ($p=0,0169$ vis-à-vis de la Q8 et $p=0,0289$ vis-à-vis du QuesCoS)

Mais cette « loi » ne serait pas exclusive : elle dépendrait aussi des jugements du patient vis-à-vis de sa maladie qui dans ce cadre est influencée par les préjugés et la stigmatisation. L'importance alors serait de lever le tabou sur ce trouble psychique en encadrant le malade et en organisant des groupes de parole puisque le fait de connaître quelqu'un atteint par la même pathologie serait un facteur influençant favorablement la connaissance du trouble ($p=0,0367$). Des programmes d'information pour les familles et la population en général seraient également des points essentiels pour la déstigmatisation de la schizophrénie.

Toutes ces interrogations n'auraient pas pu être résolues si nous n'avions pas eu l'outil pour mesurer la connaissance de la schizophrénie. Nous avons donc pu en concevoir un : le QuesCoS. Bien que cet outil soit imparfait, il nous a été utile pour mettre en évidence des idées reçues que même les patients ont : la définition de la schizophrénie comme un « dédoublement de la personnalité » (34%) et que la personne atteinte de schizophrénie devient « extrêmement dangereuse » (13%) et d'évaluer leur connaissance générale sur la pathologie.

Ce questionnaire, amélioré, pourrait permettre la réalisation d'études autour de la schizophrénie puisqu'il serait applicable pour n'importe quelle population et pourrait aider à effectuer des enquêtes de connaissance auprès de médecins, de familles, de corps de métiers au

contact direct des patients schizophrènes (les pompiers par exemple). Il pourrait tout autant être utilisé dans des études de cohortes pour l'évaluation d'une prise en charge ou d'un programme particulier (le nouveau PACT par exemple).

En conclusion de cette étude, les patients schizophrènes souffrent d'une pathologie qui les clive du monde extérieur. Il est essentiel d'améliorer leur qualité de vie et de leur faire prendre conscience de leur trouble non pas pour les faire souffrir davantage mais pour leur donner toutes les armes nécessaires pour combattre cette maladie et cela passe par la connaissance sans stigmatisation de la schizophrénie.

« Le jour où la schizophrénie sera reconnue sans réserves comme la conséquence d'un trouble fonctionnel de cet organe bien biologique qu'est le cerveau, tous sauront que ce dysfonctionnement doit être soigné médicalement aussi (et pas seulement par des discours), quand on admettra qu'il n'existe aucune affection ni « somatique » ni « mentale » tabou dont on doit « avoir honte », on admettra, enfin ! que le patient doit être entouré avec humanité, et de nombreuses difficultés actuelles finiront par disparaître en même temps que la discrimination des malades, de leurs proches et des institutions psychiatriques » (Dr J. Desclin, [1])

Annexe 1. Critères de schizophrénie selon la CIM 10 (F20.0)

A. Symptômes caractéristiques : 1 critère parmi les items de **a** à **d** ou au moins 2 critères parmi ceux de **e** à **h**, pendant 1 mois minimum, ou le critère **i** pendant 12 mois, sans faire référence à une phase prodromique non psychotique :

- a. Écho de la pensée, pensées imposées ou vol de la pensée, divulgation de la pensée.
 - b. Idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, se rapportant clairement à des mouvements corporels ou à des pensées, actions ou sensations spécifiques, ou perception délirante.
 - c. Hallucinations auditives dans lesquelles une ou plusieurs voix commentent en permanence le comportement du patient, ou parlent de lui ou autres types d'hallucinations auditives dans lesquelles une ou plusieurs voix émanent d'une partie du corps.
 - d. Autres idées délirantes persistantes, culturellement inadéquates ou invraisemblables, concernant p. ex. l'identité religieuse ou politique ou des pouvoirs surhumains (être capable de contrôler le temps, ou de communiquer avec des extraterrestres...).
-
- e. Hallucinations persistantes de n'importe quel type, accompagnées soit d'idées délirantes fugaces ou à peine ébauchées, sans contenu affectif évident, soit d'idées surinvesties persistantes, ou hallucinations survenant quotidiennement pendant des semaines ou des mois d'affilée.
 - f. Interruptions ou altération par interpolations du cours de la pensée. Rendant le discours incohérent et hors de propos, ou néologismes.
 - g. Comportement catatonique : excitation, posture catatonique, flexibilité cireuse, négativisme, mutisme ou stupeur.
 - h. Symptômes "négatifs" : apathie importante, pauvreté du discours, émoussement affectif ou réponses affectives inadéquates (ces symptômes sont généralement responsables d'un retrait social et d'une altération des performances sociales). Il doit être clairement établi que ces symptômes ne sont pas dus à une dépression ou à un traitement neuroleptique.
 - i. Modification globale, persistante et significative de certains aspects du comportement, se manifestant par une perte d'intérêt, un comportement sans but, une inactivité, une attitude centrée sur soi-même, et un retrait social.

B. Critères d'exclusion

- Symptômes dépressifs ou maniaques au premier plan, à moins d'être certain que les symptômes schizophréniques précédaient les troubles de l'humeur. Ou symptômes affectifs d'importance à peu près égale aux symptômes schizophréniques et se développant simultanément : trouble schizo-affectif (F25)
- Atteinte cérébrale manifeste ou apparaissant au cours d'une épilepsie (F06.2)
- Intoxication ou un sevrage à une substance psycho-active (F1x.5)

Critères pour le sous-type

Il y a 7 sous-types différents. Si la symptomatologie schizophrénique est présente lors de l'examen, il s'agit d'une des 4 premières : les formes paranoïdes, hébéphréniques et catatoniques sont mutuellement exclusives puisque doivent respectivement prédominer une symptomatologie de type distorsion de la réalité, trouble de l'affect et désorganisation et enfin de trouble de la psychomotricité. La forme indifférenciée est choisie lorsqu'aucune de ces dimensions symptomatiques ne prédomine malgré la persistance d'une symptomatologie schizophrénique. La forme résiduelle est utilisée lorsque la symptomatologie négative domine le tableau. Les sous-types "dépression post-schizophrénique" et "simple" sont spécifiques à la CIM-10 et n'existent que sous la forme de critères de recherche dans le DSM4R. Le sous-type est défini par le chiffre de codage après le point.

Paranoïde (F20.0)

Remplit les critères de schizophrénie, et la dimension distorsion de la réalité est au premier plan avec :

- a. Tout type d'idées délirantes (persécution, référence, naissance de rang élevé, mission spéciale, modification corporelle, jalousie...).
- b. Hallucinations acoustico-verbale ou hallucinations auditives simples.
- c. Hallucinations autres (olfactives, gustatives, sexuelles, cénesthésiques, visuelles ...).
- d. Il y a de plus peu ou pas de perturbation de l'affect, du langage ou de la volonté.

On y inclut la schizophrénie paraphrénique, et on en exclut la paranoïa (F22.0)

Hébéphrénique (F20.1)

Remplit les critères de schizophrénie, et la dimension trouble de l'affect, de la volonté et une désorganisation sont au premier plan avec :

- a. Humeur superficielle, émotions discordantes (rires ou sourires inappropriés...).
- b. Pensée désorganisée, discours incohérent, comportement sans but.
- c. Comportement irresponsable et imprévisible.
- d. Il y a de plus peu ou pas d'idées délirantes et d'hallucinations.

Il est mentionné, mais non exigé, que la période d'observation soit d'au moins 2 mois, que le diagnostic devrait être réservé aux formes de l'adolescent - adulte jeune, et que la personnalité prémorbide soit caractérisée par une timidité et une tendance à la solitude. L'équivalent DSM4R est le sous-type désorganisé bien que le recouvrement ne soit que partiel.

Catatonique (F20.2)

Remplit les critères de schizophrénie, et la dimension trouble de la psychomotricité est au premier plan avec au moins un des symptômes suivants qui domine :

- a. Stupeur (diminution importante de la réactivité à l'environnement et de l'activité) ou mutisme.
- b. Excitation (activité motrice sans finalité apparente, non influencée par les stimuli externes).
- c. Posture catatonique (prise volontaire et maintien de postures inadéquates ou bizarres).
- d. Négativisme (résistance sans motif apparent à tous les ordres ou tentatives de mobilisation, ou mouvements dans la direction opposée).
- e. Rigidité (maintien d'une posture rigide entravant les efforts de mobilisation).
- f. Flexibilité cireuse (maintien des membres et du corps dans des positions imposées de l'extérieur).
- g. Autres symptômes comme la suggestibilité (obéissance automatique), et la persévération de mots et de phrases.

Il est souvent difficile de mettre en évidence d'autres symptômes, mais la catatonie peut s'accompagner d'un état oniroïde avec expériences hallucinatoires intensément vécues. Attention,

des symptômes catatoniques s'observent aussi lors de pathologies cérébrales, de troubles métaboliques, d'intoxication ou de sevrage de substances psycho-actives ou au cours d'un trouble de l'humeur.

Indifférenciée (F20.3)

Remplit les critères de schizophrénie, et deux définitions très différentes :

1. Soit ne répond à aucune des autres formes (résiduelle et dépression post-psychotique comprises en plus des formes paranoïdes, hétéphréniques et catatoniques).
2. Soit répond simultanément à deux des formes précédentes (paranoïdes, hétéphréniques et/ou catatoniques).

A noter que seule la dernière définition se superpose à celle du DSM4R pour le sous-type du même nom.

Dépression post-schizophrénique (F20.4)

Le diagnostic repose sur les éléments suivants:

- a. Le patient a présenté un épisode répondant aux critères de la schizophrénie au cours des 12 mois précédents.
- b. Certains symptômes schizophréniques sont encore présents.
- c. Les symptômes dépressifs sont au premier plan, ils sont à l'origine d'un sentiment de détresse, répondent aux critères d'un épisode dépressif (F32.-) et persistent au moins deux semaines.
- d. Le patient ne répond pas aux critères des sous-formes paranoïde, hétéphrénique, catatonique ou indifférenciée.

A noter que la définition 1 de la forme indifférenciée exclut la dépression post-schizophrénique. Seule la définition de ce trouble 2 peut donc s'appliquer.

Résiduelle (F20.5)

Le diagnostic repose sur les éléments suivants:

- a. Au moins 1 symptôme "négatifs" au premier plan pendant 1 an : ralentissement psychomoteur, réduction des activités, émoussement affectif, passivité et manque d'initiative, alogie (pauvreté de la quantité et du contenu du discours), pauvreté de la communication non verbale (expression faciale, contact oculaire, modulation de la voix et gestes), manque de soins apportés à sa personne et performances sociales médiocres.
- b. L'intensité et la fréquence des symptômes florides (idées délirantes, hallucinations), ont été négligeables ou nettement atténuées pendant la même année.
- c. Présence, dans les antécédents, d'au moins un épisode répondant aux critères de la schizophrénie.
- d. Absence de dépression chronique ou de phénomènes d'institutionnalisation suffisants pour rendre compte de la symptomatologie négative.

Il s'agit donc d'un diagnostic sur la durée. Si la durée ne correspond pas, il faut porter le diagnostic de schizophrénie indifférenciée.

Simple (F20.6)

Il est très difficile de faire un diagnostic de schizophrénie simple (schizophrenia simplex de Bleuler). Le diagnostic repose sur :

Période d'au moins 1 an.

Survenue, lente et progressive (insidieuse) de symptômes "négatifs"

Aucun antécédent d'hallucinations, d'idées délirantes, ou d'autres caractéristiques psychotiques manifestes.

S'accompagne de modifications significatives du comportement : perte d'intérêt, inactivité et retrait social importants.

Annexe 2. Critères de schizophrénie selon le DSM IV

A. Au moins 2 des symptômes suivants:

- idées délirantes
- hallucinations
- discours désorganisé (coq-à-l'âne fréquents ou incohérence)
- comportement désorganisé ou catatonique
- symptômes négatifs

B. Dysfonctionnement social ou occupationnel

C. Durée : au moins 6 mois.

D. Sont exclus les troubles schizo-affectifs et les troubles de l'humeur

E. Sont exclus les troubles dus à des substances ingérées ou des pathologies organiques

F. Sont exclus les troubles de développement (autisme,..)

Types de schizophrénies:

295.30 Schizophrénie paranoïde

295.10 Schizophrénie désorganisée

295.20 Schizophrénie catatonique

295.90 Schizophrénie indifférenciée

295.60 Schizophrénie résiduelle

295.40 Trouble schizophréniforme

RECUEIL DE DONNEES CLINIQUES

Diagnostic précis :

F

Nombre d'hospitalisations antérieures :

- 1) 1
- 2) 2-5
- 3) 6-10
- 4) >10

Durée actuelle du séjour :

- 1) 15j-30j
- 2) 1m-3m
- 3) 3m-6m
- 4) 6m-1an
- 5) >1an

Antécédents de PEC ambulatoire :

- 1) Aucune
- 2) Ide secteur
- 3) HDJ
- 4) CER
- 5) Formation dans le service
- 6) Autre :.....

Comorbidités :

- 1) Addiction :
- 2) Psy :
- 3) Neuro :

Echelle insight Q8

- 1) Pourquoi êtes-vous ici ?
- 2) Avez-vous l'impression d'être malade ?
- 3) De quelle maladie souffrez-vous ? Existe-t-il une autre maladie ?
- 4) A quoi cela est dû ?
- 5) Souffrez-vous psychiquement ou moralement ?
- 6) Est-ce que vous êtes handicapé dans votre vie professionnelle ?,
Familiale ?,
Ou sociale ?
- 7) Que peut-on faire pour vous ?
- 8) Pensez-vous qu'une guérison est possible ? (c.-à-d. sans traitement)

Annexe 5. Echelle MINI (Troubles psychotiques (section L)

Pour toutes les questions de ce module, en cas de réponse positive demander un exemple.

Ne noter 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.

IDEES DELIRANTES 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.

1a) 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 ?

b) SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ?

2a) 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 ?

b) SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ?

3a) 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 ?

b) SI OUI : Actuellement, croyez-vous cela ?

4a) 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 connaissiez pas personnellement s'intéressaient particulièrement à vous ?

b) SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ?

5a) Avez-vous déjà eu des idées que vos proches considèraient comme étranges ou hors de la réalité, et qu'ils ne partageaient pas avec vous ?

NE COTER OUI QUE SI LE PATIENT PRESENTE CLAIREMENT DES IDEES DELIRANTES HYPOCHONDRIQUES OU DE POSSESSION, DE CULPABILITE, DE RUINE, DE GRANDEUR OU D'AUTRES NON EXPLORÉES PAR LES QUESTIONS 1 à 4

b) SI OUI : Actuellement, considèrent-ils vos idées comme étranges ?

6a) 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 REpond OUI A LA QUESTION : Ces voix commentaient-elles vos pensées ou vos actes ou entendiez-vous deux ou plusieurs voix parler entre elles ?

b) SI OUI : Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ?

7a) Vous est-il 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.

b) SI OUI : Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ?

OBSERVATIONS DE L'INTERVIEWER :

8b) Actuellement, le patient présente-t-il un discours clairement incohérent ou désorganisé, ou une perte nette des associations ?

9b) Actuellement, le patient présente-t-il un comportement nettement désorganisé ou catatonique ?

10b) des symptômes négatifs typiquement schizophréniques (affect abasé, pauvreté du discours, alogie, manque d'énergie ou d'intérêt pour débiter ou mener à bien des activités, avolition) sont-ils au premier plan au cours de l'entretien ?

Si des questions 1 à 10, il y a au moins

- 1 question « b » cotée OUI BIZARRE
- ou 2 questions « b » cotées OUI non bizarre
 - ➔ syndrome psychotique actuel

Si des questions 1 à 7, il y a au moins

- 1 question « a » cotée OUI BIZARRE
- Ou 2 questions « a » cotées OUI non bizarre
- Ou syndrome psychotique actuel
 - ➔ Syndrome psychotique vie entière

Questionnaire général à l'attention du patient

❖ **Date de naissance** (sous forme : JJ/MM/AAAA) :/...../..... ..

❖ **Sexe** :

- 1) homme
- 2) femme

❖ **Mode de vie:**

- 1) citadin
- 2) rural

❖ **Niveau d'étude** :

- 1) certificat d'études et moins
- 2) brevet des collèges
- 3) baccalauréat
- 4) licence
- 5) master
- 6) doctorat

❖ **Nationalité Française** :

Oui Non

❖ **Origine ethnique** :

- 1) Caucasien
- 2) Africain
- 3) Nord-africain
- 4) Asiatique
- 5) Sud-américain
- 6) Nord-américain

❖ **Religion** :

-croyant : Oui Non

-pratiquant: Oui Non

❖ **Profession :**

-En activité : Oui Non

• Si oui,

- 1) Milieu ordinaire
- 2) Milieu protégé

• Si non, pourquoi ?

- 3) Retraité
- 4) Démission
- 5) En recherche d'emploi
- 6) Licenciement
- 7) Etudiant
- 8) En arrêt de travail ou congé longue maladie
- 9) Autre

❖ **La première personne à vous avoir parlé de votre pathologie psychique était :**

- 1) Un médecin généraliste
- 2) Un médecin psychiatre
- 3) Un psychologue
- 4) Un infirmier au cours d'une hospitalisation
- 5) Un infirmier libéral
- 6) Un infirmier de secteur
- 7) Un membre de votre famille
- 8) Un ami
- 9) Autre
- 10) Personne ne m'en a parlé
- 11) Ne sais pas

Veillez préciser ici le nom de votre pathologie psychique :

❖ **Avez-vous déjà entendu parler de schizophrénie ?**

Oui Non

• Par quel biais ?

- 1) par les médias

- 2) par un médecin généraliste
- 3) par un médecin psychiatre
- 4) par un infirmier
- 5) par internet
- 6) par votre entourage
- 7) autre, préciser :

❖ **Connaissez-vous une ou des personne(s) de votre entourage souffrant de schizophrénie ? :**

Oui Non

-si oui, est-ce :

- Un de vos enfants ? Oui Non
- Un de vos parents ? Oui Non
- Un de vos frère/sœur ? Oui Non
- Un autre membre de votre famille ? Oui Non
- Un ami ? Oui Non
- Un collègue ? Oui Non
- Autre ? Oui Non

Questionnaire sur la schizophrénie

Répondre aux questions en entourant le(s) chiffre(s) précédant la ou les bonnes réponses.

Q1 : D'après vous, combien de personnes souffrent de schizophrénie en France ?

- 1) 1 sur 2
- 2) 1 sur 10
- 3) 1 sur 100
- 4) 1 sur 1.000
- 5) 1 sur 10.000
- 6) Je ne sais pas

Q2 : Qu'est-ce que la schizophrénie ?

- 1) Un dédoublement de la personnalité
- 2) Une maladie mentale qui peut provoquer des délires (idées et intuitions étranges) et des hallucinations (sensations irréelles)
- 3) Un autre mot pour démence dégénérative (ex : Maladie d'Alzheimer)
- 4) Une maladie mentale au cours de laquelle l'humeur fluctue entre 2 extrêmes
- 5) Une maladie au cours de laquelle on devient extrêmement dangereux
- 6) Une maladie contagieuse
- 7) Une maladie mentale (psychique) entraînant des difficultés à établir le contact avec son entourage (comportements bizarres)
- 8) Une pathologie qu'on attribue à des personnes qui choisissent de mener leur existence différemment des autres afin d'avoir des aides sociales
- 9) Un autre mot pour envoûtement ou possession diabolique
- 10) Une maladie dont la personne n'a souvent pas conscience.
- 11) Je ne sais pas.

Q3 : D'après vous, la schizophrénie peut être provoquée par (une seule réponse possible):

- 1) De facteurs héréditaires (= qui se transmet de génération en génération)
- 2) Le fait d'être confronté à une longue série de problèmes ou de déboires.
- 3) Le stress
- 4) La consommation de drogues
- 5) L'alcoolisme
- 6) Une atteinte traumatique de certaines parties du cerveau
- 7) Une mauvaise éducation de la part des parents
- 8) La pollution.
- 9) Une infection.
- 10) Les causes exactes sont encore à ce jour inconnues.
- 11) Je ne sais pas

Q4 : Les personnes souffrant de schizophrénie...

- 1) Ne peuvent pas fonctionner normalement.
- 2) Peuvent parfois fonctionner normalement (ex : travailler, faire des études...)
- 3) Fonctionnent normalement.
- 4) Ont toutes besoin d'un suivi spécialisé par un psychiatre, à partir du moment où le diagnostic est posé.

- 5) Peuvent être hospitalisées avec leur consentement ;
- 6) Sont obligatoirement souvent et régulièrement internées (contre leur gré) dans un hôpital ou un établissement psychiatrique, et ce leur vie durant.
- 7) Sont toutes hospitalisées ou internées à vie à partir du moment où le diagnostic est posé.
- 8) Ont toutes leur place en prison.
- 9) Peuvent à certains moments penser et s'exprimer de façon claire et intelligente et à d'autres moments se comporter de façon incompréhensible.
- 10) Ont peu de chances de s'intégrer dans la société en général
- 11) Constituent souvent une charge pour leur entourage
- 12) Sont des « paumés ».
- 13) Sont des paresseux.
- 14) Sont égoïstes.
- 15) Ne sont pas intelligents.
- 16) Sont tous dangereux.
- 17) Sont contagieux.
- 18) Je ne sais pas.

Q5 : Comment la schizophrénie peut-elle être prévenue et/ou traitée ?

- 1) Peut être prévenue par une vaccination
- 2) Peut être guérie (absence de symptômes sans traitement)
- 3) Peut être en rémission (=peut être maîtrisée, absence de symptômes avec un traitement)
- 4) Ne peut pas être traitée
- 5) Peut guérir grâce à la thérapie seule
- 6) Peut guérir grâce aux médicaments seuls
- 7) Peut guérir grâce à l'association de la thérapie et des médicaments
- 8) Peut être maîtrisée grâce à la thérapie seule
- 9) Peut être maîtrisée grâce aux médicaments seuls
- 10) Peut être maîtrisée grâce à l'association de la thérapie et des médicaments.
- 11) Est toujours mortelle
- 12) Je ne sais pas

Q6 : D'après vous, quel médicament est utile dans la schizophrénie ? (une seule réponse possible)

- 1) Antidépresseur
- 2) Thymorégulateur (stabilisateur de l'humeur)
- 3) Neuroleptique antipsychotique
- 4) Anxiolytique
- 5) Sédatif
- 6) Somnifère
- 7) Aucun
- 8) Je ne sais pas.

Q7 : Comment réagiriez-vous si une personne de votre entourage immédiat souffrait de schizophrénie ?

- 1) Je chercherais de l'aide pour la personne en question seulement
- 2) Je chercherais de l'aide pour moi-même seulement
- 3) Je chercherais de l'aide pour moi-même et la personne en question
- 4) Je voudrais tout savoir sur cette maladie pour pouvoir comprendre et aider le mieux possible cette personne
- 5) Je pourrais facilement en parler
- 6) J'en parlerais au plus petit nombre de gens possible
- 7) Je me distancierais de la personne et éviterais le contact

- 8) Je le dénoncerais à la Police
- 9) Je l'emmènerais voir un médecin généraliste
- 10) Je l'emmènerais voir un psychiatre
- 11) Je ne sais pas

Q8 : Comment réagiriez-vous si une personne de votre entourage vous disait calmement que les Russes avaient caché des micros dans les boutons de sa veste et qu'elle vous confiait avoir été violée ? (une seule réponse possible)

- 1) Je ferais en sorte qu'elle porte plainte.
- 2) Je ferais en sorte qu'elle soit examinée et qu'elle ait les examens complémentaires indispensables dans le cadre d'une suspicion de viol (prise de sang par exemple) puis l'orienterais vers un psychiatre.
- 3) Je ferais en sorte qu'elle voit le psychiatre, soit hospitalisée en psychiatrie puis l'orienterais éventuellement vers la Police pour porter plainte.
- 4) Je serais certain que le viol est d'origine délirante et la ferais hospitaliser en psychiatrie.
- 5) J'enlèverais tous les boutons de sa veste.
- 6) Je ne ferais rien.
- 7) Je ne sais pas.

Q9 : Comment réagiriez-vous si une personne souffrant de schizophrénie vous disait qu'elle avait mal au ventre et vomissait tous les jours depuis 10j, et que cela était sûrement dû aux ondes du micro-ondes que le Diable avait trafiqué ? (une seule réponse possible)

- 1) Je ferais en sorte qu'elle soit vue seulement par un psychiatre en urgence.
- 2) Je ferais en sorte qu'elle soit vue par son psychiatre dans les prochains jours.
- 3) Je ferais en sorte qu'elle ait une radio du ventre puis qu'elle soit traitée pour ses douleurs avant un retour à son domicile sans voir le psychiatre.
- 4) Je ferais en sorte qu'elle soit prise en charge pour ses douleurs puis vue par un psychiatre.
- 5) Je ferais en sorte qu'elle soit vue par un psychiatre puis prise en charge pour ses douleurs.
- 6) Je ferais en sorte qu'elle voit un exorciste afin de chasser le Diable.
- 7) Je jetterais le micro-ondes.
- 8) Je ne ferais rien.
- 9) Je ne sais pas.

Q10 : Que penseriez-vous si un schizophrène vous disait que son frère venait de mourir tout en jouant aux jeux vidéo « comme si de rien n'était », alors que son frère est réellement mort? (une seule réponse possible)

- 1) Je penserais qu'elle n'aimait pas son frère.
- 2) Je penserais qu'elle n'a pas de cœur et qu'elle est égoïste.
- 3) Je penserais qu'elle est triste mais qu'elle ne sait pas l'exprimer.
- 4) Je penserais qu'elle ne sait pas ce que « mourir » veut dire.
- 5) Je ne sais pas.

Q11 : Que penseriez-vous si il était décidé d'interner un schizophrène ayant poignardé quelqu'un car il aurait entendu des voix lui ordonnant de le faire ?

- 1) Je penserais que c'est la bonne solution.
- 2) Je penserais que sa place est en prison.

- 3) Je penserais qu'on devrait le laisser chez lui.
- 4) Je penserais que le schizophrène était conscient de ses actes
- 5) Je penserais que le schizophrène n'était pas conscient de ses actes.
- 6) Je penserais que ce schizophrène mériterait la peine de mort.
- 7) Je ne sais pas.

Q12 : Le schizophrène de la Q11 vous dit qu'il préférerait être en prison et qu'il n'est pas malade...

- 1) Cela n'arrive jamais, les schizophrènes se font passer pour malades mentaux afin d'éviter la prison.
- 2) C'est fréquent, les ¾ des schizophrènes disent ne pas l'être.
- 3) Je penserais qu'il faut maintenir la décision d'hospitalisation.
- 4) Je penserais qu'il faudrait changer d'avis et l'envoyer en prison.
- 5) Je ne sais pas.

Auriez-vous des questions concernant la schizophrénie ? Si oui, lesquelles ?

Annexe 8. Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE A L'INTENTION DES PATIENTS PARTICIPANT AU PROJET DE RECHERCHE CLINIQUE PSYCHIATRIQUE :

« INSIGHT ET CONNAISSANCE DE LA SCHIZOPHRENIE »

Projet de recherche dans le cadre de l'épreuve de validation du diplôme
de docteur en médecine.

Auteur :

Claire FOURQUET

Interne de spécialité DES psychiatrie, université de Limoges, Haute-Vienne

Directeur de thèse :

Dr Fabien LESCURE,

Psychiatre, Praticien hospitalier et responsable d'une unité fermée de la filière
psychotique au Centre Hospitalier Esquirol, université de Limoges.

Superviseur :

Pr Jean-Pierre CLEMENT,

Professeur de psychiatrie, praticien hospitalier, responsable universitaire, chef du
pôle universitaire de psychiatrie de l'adulte et de la personne âgée au Centre Hospitalier
Esquirol, université de Limoges.

Nous vous proposons de participer à ce projet de recherche,

Vous êtes libre de participer ou non à ce projet et à tout moment, sans devoir en préciser les raisons, vous pourrez revenir sur votre consentement et sortir du projet.

Toute participation est anonyme.

Méthodologie du projet.

Le projet est sous forme de questionnaire, destiné à être testé par des patients et leur famille afin d'évaluer leur connaissance sur la schizophrénie.

La participation à ce projet s'effectue en 2 étapes pour le patient et en une seule pour la famille.

Pour le patient :

La 1^{ère} étape est sous la forme d'un hétéro-questionnaire que l'investigatrice principale, Claire FOURQUET fera passer aux patients dans le service dans le cadre de leur hospitalisation.

La 2^{nde} étape est la passation d'un auto-questionnaire qui se décline en 2 parties : une première partie concernant des données générales. La 2^{nde} partie se présente sous forme de QCM auxquelles il s'agit de répondre le plus honnêtement possible.

Pour la famille :

Il s'agit d'un auto-questionnaire se déclinant en 2 parties : la première partie, différente de celle des patients concernant également des données générales. La 2^{nde} partie, identique à celle des patients, sous forme de QCM.

Avantages et inconvénients de votre participation :

En participant, vous permettez la **validation d'un outil d'évaluation** potentiellement riche d'intérêts dans la prise en charge de patients souffrant de schizophrénie.

La participation ne donnera lieu à **aucune compensation** de quelque nature que ce soit.

La non participation ne donnera a contrario **aucune sanction** que ce soit et n'est en aucun cas liée à la durée de l'hospitalisation ou à un changement thérapeutique etc.

Droit de retrait

Le participant peut mettre fin à tout instant à sa participation sans préjudice. Il n'est pas dans l'obligation de répondre à l'ensemble des questions posées et cela n'aura à son égard aucune conséquence négative.

Confidentialité :

Afin de garantir la protection de la confidentialité, les données personnelles seront connues seulement de l'investigatrice principale et de ses collaborateurs. Cette recherche de données sera effectuée dans le respect du secret professionnel, de l'éthique et de la déontologie.

Elle fait référence à la loi Huriot-Sérusclat concernant la protection des personnes se prêtant à la recherche biomédicale. Toutes les informations concernant les participants seront donc anonymes et confidentielles.

Ainsi, toute transmission d'informations concernant le participant pour toute publication scientifique éventuellement associée à ce projet sera anonyme.

De plus, concernant les questions faisant référence à des situations cliniques dans les QCM sont imaginaires et la ressemblance avec un fait réel serait totalement fortuite.

Engagement de l'investigateur principal :

En tant qu'investigatrice principale, C. FOURQUET s'engage à mener cette étude dans le respect des dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies.

Elle s'engage également à fournir aux participants tout le soutien permettant d'atténuer les éventuels effets négatifs pouvant découler de leur participation.

Nous vous remercions de votre participation et de l'aide précieuse que vous apportez à la recherche universitaire en santé mentale.

**Cordialement,
Claire FOURQUET, Interne de psychiatrie**

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE A L'INTENTION DES
PATIENTS PARTICIPANT AU PROJET DE RECHERCHE CLINIQUE
PSYCHIATRIQUE :**

« INSIGHT ET CONNAISSANCE DE LA SCHIZOPHRENIE »

Je soussigné M./Mme/Mlle

- Déclare accepter librement et de façon éclairée de participer à l'étude intitulée « connaissance et insight de la schizophrénie »,**
- Déclare accepter librement et de façon éclairée qu'un membre de ma famille participe à cette étude (préciser si besoin :.....)**

**Menée par Mlle Claire FOURQUET interne DES psychiatrie
Sous la direction du Docteur F. LESCURE**

**Dans le cadre de la recherche universitaire de
l'université de médecine de Limoges.**

Fait à

Le

**Signature du participant et de son représentant légal
(pour les majeurs protégés) :**

**En cas d'intervention d'un représentant légal, veuillez
compléter les informations suivantes :**

Nom, prénom (du représentant) :

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE A L'INTENTION DES
FAMILLES PARTICIPANT AU PROJET DE RECHERCHE CLINIQUE
PSYCHIATRIQUE :
« INSIGHT ET CONNAISSANCE DE LA SCHIZOPHRENIE »**

Je	soussigné	M./Mme/Mlle
.....		
Déclare accepter librement et de façon éclairée de participer à l'étude intitulée « insight et connaissance de la schizophrénie »,		
Concernant (nom et prénom du patient)		
.....		
Qui est mon/ma (lien de parenté)		
.....		
Menée par Mlle Claire FOURQUET interne DES psychiatrie		
Sous la direction du Docteur F. LESCURE		
Dans le cadre de la recherche universitaire de l'université de médecine de Limoges.		
Fait à		
Le		
Signature du participant		



Annexe 9. Questionnaire général à l'attention des familles

Questionnaire général à l'attention de la famille

Lien de parenté avec le patient :

- | | |
|---------------|---------------------------|
| 1) Conjoint | 5) Grand parent |
| 2) Parent | 6) Cousin |
| 3) Enfant | 7) Oncle/tante |
| 4) Frère/sœur | 8) Autre (préciser) : ... |

Vivez-vous avec ?

- Oui Non

Si oui, depuis combien de temps ?

- 1) Moins d'un mois
- 2) Entre 1 et 6 mois
- 3) Entre 6 mois et 1 an
- 4) Entre 1 an et 5 ans
- 5) Entre 5 et 10 ans
- 6) Plus de 10 ans

A propos de vous....

❖ Date de naissance (sous forme : JJ/MM/AAAA) :/...../.....

❖ Sexe :

- 1) homme
- 2) femme

❖ Mode de vie:

- 1) citadin
- 2) rural

❖ Niveau d'étude :

- 1) certificat d'études et moins
- 2) brevet des collèges
- 3) baccalauréat
- 4) licence
- 5) master
- 6) doctorat

❖ Nationalité Française :

- Oui Non

❖ **Origine ethnique :**

- 1) Caucasien
- 2) Africain
- 3) Nord-africain
- 4) Asiatique
- 5) Sud-américain
- 6) Nord-américain

❖ **Religion :**

-croyant : Oui Non

-pratiquant: Oui Non

❖ **Profession :** Etes-vous en activité ? :

• Si oui,

- 1) Milieu ordinaire
- 2) Milieu protégé

• Si non, pourquoi ?

- 3) Retraité
- 4) Démission
- 5) En recherche d'emploi
- 6) Licenciement
- 7) Etudiant
- 8) En arrêt de travail ou congé longue maladie
- 9) Autre

❖ **La première personne à vous avoir parlé de la pathologie psychique de la personne que vous venez visiter était :**

- 1) Un médecin généraliste
- 2) Un médecin psychiatre
- 3) Un psychologue
- 4) Un infirmier au cours d'une hospitalisation
- 5) Un infirmier libéral
- 6) Un infirmier de secteur
- 7) Un membre de votre famille
- 8) Un ami
- 9) La personne que vous venez visiter

- 10) Autre
- 11) Personne ne m'en a parlé
- 12) Ne sais pas

Veillez préciser ici le nom de cette pathologie :

❖ **Avez-vous entendu parler de schizophrénie ?** Oui Non

• La première fois, c'était par quel biais ?

- 1) par les médias
- 2) par un médecin généraliste
- 3) par un médecin psychiatre
- 4) par un infirmier
- 5) par internet
- 6) par votre entourage
- 7) autre, préciser :

❖ **Connaissez-vous une ou des personne(s) de votre entourage souffrant de schizophrénie? :** Oui Non

-si oui, est-ce :

- Un de vos enfants ? Oui Non
- Un de vos parents ? Oui Non
- Un de vos frère/sœur ? Oui Non
- Un autre membre de votre famille ? Oui Non
- Un ami ? Oui Non
- Un collègue ? Oui Non
- Autre ? Oui Non

❖ **Faites-vous parti d'une association en lien avec la pathologie dont souffre la personne que vous venez visiter ?** Oui Non

- si oui, laquelle ?

Annexe 10. Résultats par items du questionnaire QuesCoS

Les bonnes réponses ont été colorées en gris. Les résultats les plus fréquemment donnés ont été soulignés.

	Nombre	Pourcentage
1.1	7	9,211
1.2	4	5,263
1.3	15	19,737
1.4	15	19,737
1.5	8	10,526
1.6	27	<u>35,526</u>
2.1	26	<u>34,211</u>
2.2	42	<u>55,263</u>
2.3	4	5,263
2.4	15	19,737
2.5	10	13,158
2.6	0	0
2.7	38	<u>50,000</u>
2.8	6	7,895
2.9	6	7,895
2.10	21	27,632
2.11	12	15,789
3.1	13	17,105
3.2	18	<u>23,684</u>
3.3	13	17,105
3.4	7	9,211
3.5	6	7,895
3.6	10	13,158
3.7	3	3,947
3.8	1	1,316
3.9	1	1,316

3.10 (NC)	14	18,421
3.11	16	21,053
4.1	13	<u>17,105</u>
4.2	36	<u>47,368</u>
4.3	7	9,211
4.4	38	<u>50,000</u>
4.5	29	<u>38,158</u>
4.6	8	10,526
4.7	2	2,632
4.8	1	1,316
4.9	35	<u>46,053</u>
4.10	11	14,474
4.11	15	<u>19,737</u>
4.12	6	7,895
4.13	5	6,579
4.14	4	5,263
4.15	4	5,263
4.16	2	2,632
4.17	1	1,316
4.18	8	10,526
5.1	4	5,263
5.2	6	7,895
5.3	35	<u>46,053</u>
5.4	2	2,632
5.5	7	9,211
5.6	5	6,579
5.7	20	26,316
5.8	6	7,895
5.9	7	9,211
5.10	25	<u>32,895</u>
5.11	1	1,316

5.12	15	19,737
6.1	9	11,842
6.2	10	13,158
6.3	34	<u>44,737</u>
6.4	8	10,526
6.5	0	0
6.6	3	3,947
6.7	2	2,632
6.8	24	31,579
7.1	16	<u>21,053</u>
7.2	1	1,316
7.3	20	<u>26,316</u>
7.4	31	<u>40,789</u>
7.5	20	<u>26,316</u>
7.6	11	14,474
7.7	5	6,579
7.8	1	1,316
7.9	7	9,211
7.10	30	<u>39,474</u>
7.11	12	15,789
8.1	4	5,263
8.2	14	18,421
8.3	11	14,474
8.4	9	11,842
8.5	5	6,579
8.6	7	9,211
8.7	26	<u>34,211</u>
9.1	17	22,368
9.2	3	3,947
9.3	8	10,526
9.4	11	14,474

9.5	5	6,579
9.6	6	7,895
9.7	4	5,263
9.8	4	5,263
9.9	18	<u>23,684</u>
10.1	3	3,947
10.2	2	2,632
10.3	31	<u>40,789</u>
10.4	12	15,789
10.5	28	36,842
11.1	30	<u>39,474</u>
11.2	13	17,105
11.3	3	3,947
11.4	6	7,895
11.5	31	<u>40,789</u>
11.6	3	3,947
11.7	17	22,368
12.1	7	9,211
12.2	23	<u>30,263</u>
12.3	35	<u>46,053</u>
12.4	6	7,895
12.5	20	26,316

Annexe 11. Tableau récapitulatif des résultats de la Q8 en fonction des variables sociodémographiques et cliniques.

Variables testées	m ± σ	N	P
<i>Sexe</i>			
homme	14,8 ± 6,7	51	0,9660
femme	14,6 ± 7,0	25	
<i>Mode de vie</i>			
citadin	14,8 ± 7,1	57	0,6045
rural	14,4 ± 5,7	19	
<i>Niveau d'études</i>			
Bac +5	6,0 ± 7,9	3	0,1520
Bac +4 et +3	17,1 ± 6,8	7	
Bac +2	18,6 ± 7,5	5	
Bac	17,7 ± 4,9	5	
CAP/BEP	13,6 ± 7,5	17	
Scolarité obligatoire	14,7 ± 5,4	32	
<i>Nationalité</i>			
autre	15,7 ± 3,6	4	0,9721
français	14,7 ± 6,9	72	
<i>Ethnie</i>			
français	14,8 ± 6,7	57	0,5919
caucasien	13,7 ± 7,4	8	
africain	12,0 ± 2,1	2	
nord-africain	12,2 ± 8,8	6	
DOM-TOM	13,5 ± 5,4	3	
<i>Croyant</i>			
non	13,5 ± 6,8	18	0,6261
oui	15,2 ± 6,8	54	
agnostique	14,2 ± 6,1	4	
<i>Pratiquant</i>			
non	14,0 ± 6,3	43	0,2808
oui	15,7 ± 7,3	33	
<i>Profession</i>			
ordinaire	3,0 ± -	1	
protégée	13,5 ± 3,2	4	
retraite	6,0 ± -	1	

en recherche d'emploi	15,9 ± 9,6	5	
étudiant	19,5 ± -	1	0,4770
AT/AM	15,0 ± 6,6	59	
autre	14,7 ± 6,9	5	
<i>Diag selon le patient</i>			
Autre que S.	10,6 ± 6,5	36	
schizophrène	18,4 ± 4,5	40	<0,0001*
<i>Connaissance du terme avant</i>			
non	14,5 ± 3,2	4	
oui	14,8 ± 6,9	72	0,4004
<i>Annonce</i>			
Med gén.	16,9 ± 5,7	4	
Psychiatre	15,6 ± 6,7	47	
Psychologue	22,5 ± -	1	
IDE en hospi.	13,5 ± 7,6	4	
famille	12,5 ± 8,8	3	
ami	15,0 ± 12,7	2	0,4490
autre	13,2 ± 6,1	5	
personne	9,7 ± 5,3	2	
ne sait pas	10,9 ± 6,2	8	
<i>Autre personne ?</i>			
non	13,3 ± 6,9	38	0,0738
oui	16,1 ± 6,3	38	
<i>Type nosologique</i>			
paranoïde	15,1 ± 6,4	35	
hébéphrénique	11,2 ± 15,9	2	
indifférenciée	13,5 ± 7,2	6	
résiduelle	12,2 ± 7,4	7	0,7643
simple	19,5 ± 2,6	3	
schizo-affectif	15,5 ± 6,3	19	
sans précision	11,6 ± 9,2	4	
<i>Nb d'hospitalisations</i>			
1	13,5 ± 8,0	5	
2-5	15,5 ± 6,5	20	0,9491
6-10	14,3 ± 7,0	20	
> 10	14,7 ± 6,8	31	

<i>Durée d'hospitalisation</i>			
15j-30j	14,2 ± 7,1	32	
1m-3m	14,3 ± 6,4	20	
3m-6m	15,8 ± 5,4	7	0,4322
6m-1an	20,2 ± 3,6	4	
> 1 an	13,7 ± 7,8	12	
<i>Aucune PEC</i>			
non	15,0 ± 6,7	69	0,3301
oui	12,0 ± 7,5	7	
<i>IDE ambulatoire de proximité</i>			
non	15,4 ± 6,6	32	0,5091
oui	14,2 ± 6,9	44	
<i>HDJ</i>			
non	15,4 ± 6,1	17	0,7975
oui	14,5 ± 6,9	59	
<i>CER</i>			
non	13,9 ± 6,8	60	
oui	17,8 ± 5,5	16	0,0382*
<i>PACT</i>			
non	14,3 ± 6,7	71	
oui	21,3 ± 3,1	5	0,0169*
<i>autre</i>			
non	14,8 ± 6,6	74	
oui	10,6 ± 14,8	2	0,6600
<i>ATCD d'addiction</i>			
non	13,5 ± 7,0	43	
oui	16,2 ± 6,2	33	0,0886
<i>ATCD de TS</i>			
non	13,8 ± 7,1	52	
oui	16,6 ± 5,5	24	0,1416
<i>ATCD neurologiques</i>			
non	14,3 ± 6,8	61	
oui	16,3 ± 6,2	15	0,3161

Annexe 12. Tableau récapitulatif des résultats du QuesCoS selon les variables sociodémographiques et cliniques.

Variabiles testées	m ± σ	N	P
<i>Sexe</i>			
homme	7,2 ± 4,5	51	0,9378
femme	7,3 ± 4,2	25	
<i>Mode de vie</i>			
citadin	7,2 ± 4,3	57	0,8215
rural	7,4 ± 4,7	19	
<i>Niveau d'études</i>			
Bac +5	8,0 ± 3,1	3	0,7832
Bac +4 et +3	6,0 ± 1,0	7	
Bac +2	8,8 ± 1,7	5	
Bac	9,4 ± 2,4	5	
CAP/BEP	7,3 ± 1,0	17	
Scolarité obligatoire	7,0 ± 0,8	32	
<i>Nationalité</i>			
autre	5,2 ± 2,2	4	0,3629
française	7,3 ± 4,4	72	
<i>Ethnie</i>			
français	7,4 ± 0,6	57	0,3558
caucasien	5,1 ± 0,6	8	
africain	4,0 ± 3,0	2	
nord-africain	8,8 ± 2,1	6	
DOM-TOM	7,7 ± 5,2	3	
<i>Croyant</i>			
non	7,0 ± 3,3	18	0,3948
oui	7,0 ± 4,4	54	
agnostique	11,5 ± 6,9	4	
<i>Pratiquant</i>			
non	7,4 ± 4,0	43	0,6594
oui	7,0 ± 5,0	33	
<i>Profession</i>			
ordinaire	3,0 ± -	1	
protégé	2,7 ± 1,7	4	

retraite	2,0 ± -	1	0,0784	
recherche d'emploi	7,2 ± 4,0	5		
étudiant	4,0 ± -	1		
AT/AM	7,6 ± 4,3	59		
autre	9,2 ± 4,8	5		
<i>Diag. selon le patient</i>				
Autre que S.	5,7 ± 3,9	36	0,0044*	
Schizophrénie	8,5 ± 4,3	40		
<i>Connaissance du terme?</i>				
non	4,0 ± 2,9	4	0,1208	
oui	7,4 ± 4,4	72		
<i>Annonce</i>				
Med Gen	6, ± 3,4	4	0,8706	
psychiatre	7,8 ± 4,6	47		
psychologue	5 ± -	1		
IDE hospi	5,2 ± 3,5	4		
famille	4,7 ± 5,5	3		
ami	8,0 ± 4,2	2		
autre	8,2 ± 4,8	5		
personne	5,5 ± 2,2	2		
ne sait pas	6,4 ± 4,3	8		
<i>Autre personne ?</i>				
non	6,2 ± 3,5	38		0,0367*
oui	8,3 ± 4,9	38		
<i>Type nosologique</i>				
paranoïde	6,9 ± 4,5	35	0,9203	
hébéphrénique	5,5 ± 0,7	2		
indifférenciée	6,8 ± 3,9	6		
résiduelle	8,3 ± 3,4	7		
simple	8,0 ± 3,6	3		
schizo-affectif	7,0 ± 4,3	19		
sans précision	10,0 ± 7,5	4		
<i>Nb d'hospitalisations</i>				
1	7,0 ± 3,0	5	0,8913	
2-5	7,5 ± 4,1	20		
6-10	6,8 ± 5,3	20		

> 10	7,3 ± 4,2	31	
<i>Durée de l'hospi.</i>			
15j-30j	7,2 ± 4,5	32	
1m-3m	7,5 ± 4,9	20	
3m-6m	6,8 ± 2,8	7	0,9382
6m-1an	9,5 ± 6,2	4	
> 1 an	6,3 ± 3,6	12	
<i>Aucune PEC</i>			
non	7,3 ± 4,4	69	0,5827
oui	6,3 ± 4,5	7	
<i>Secteur</i>			
non	8,0 ± 4,5	32	0,6799
oui	6,7 ± 4,2	44	
<i>HDJ</i>			
non	7,4 ± 4,0	17	0,6799
oui	7,2 ± 4,5	59	
<i>CER</i>			
non	6,9 ± 4,2	60	0,3444
oui	8,5 ± 5,0	16	
<i>PACT</i>			
non	6,9 ± 4,2	71	0,0289*
oui	11,8 ± 4,8	5	
<i>Autre</i>			
non	7,4 ± 4,3	74	0,0419*
oui	2,1 ± 2,4	2	
<i>ATCD d'addiction</i>			
non	7,2 ± 4,4	43	0,9322
oui	7,3 ± 4,4	33	
<i>ATCD de TS</i>			
non	7,0 ± 4,6	52	0,5139
oui	7,7 ± 3,9	24	
<i>ATCD neurologiques</i>			
non	6,8 ± 4,6	61	0,0466*
oui	8,7 ± 3,1	15	

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] DESCLIN J. « La Schizophrénie ». 2000.
- [2] POSTEL J. *Dictionnaire de la psychiatrie et de psychopathologie clinique*. Paris : Larousse, 2003. ISBN : 2035752035 9782035752031.
- [3] GUELFY J.-D., PICHOT P. *Psychiatrie*. Paris : Presses universitaires de France, 2002. ISBN : 2130456510 9782130456513.
- [4] CASTILLO M.-C., LANNOY V., SEZNEC J.-C., et al. « Étude des représentations sociales de la schizophrénie dans la population générale et dans une population de patients schizophrènes ». *L'Évolution Psychiatrique*. octobre 2008. Vol. 73, n°4, p. 615-628.
- [5] « Non-lieu psychiatrique pour le meurtrier des infirmières de Pau ». In : *www.liberation.fr*
- [6] « Pau. Infirmières : le tueur ne sera pas jugé ». In : *LaDépêche.fr*
- [7] *Drame de Pau*. Wikipédia. Disponible sur: <fr.wikipedia.org/wiki/Drame_de_Pau>
- [8] « Le jour où Andy, fils «idéal», tua sa famille ». In : *Le Figaro*
- [9] « L'énigme d'Andy F., tueur de son père, de sa mère et de ses deux frères ». In : *Le Monde.fr*
- [10] « Tuerie d'Agosta : les experts psychiatres toujours en désaccord ». *Corse Matin.com*
- [11] « Procès Andy : le jeune homme de nouveau jugé irresponsable ». In : *nouvelobs.com*
- [12] « Entre prison et hôpital, le schizophrène devenu "pousseur" sur un quai de RER ». In : *Le Point.fr*
- [13] « Un schizophrène jugé pour avoir poussé un homme contre un RER - France Info ». In : *France Info*
- [14] « Pousseur du RER : le schizophrène Ahmed Konkobo est condamné à 16 ans de prison ». In : *Atlantico.fr*
- [15] *Anders Behring Breivik*. Wikipédia. Disponible sur: <fr.wikipedia.org/wiki/Anders_Behring_Breivik>
- [16] « Mohamed Merah en 2009 était "un garçon fragile, anxieux, narcissique" (psy) - France Info ». In : *France Info*
- [17] « Après cinq ans de thérapie, il tue sa psy ». In : *Le Monde.fr*
- [18] CASTILLO M.-C., URDAPILLETA I., PETITJEAN F., et al. « L'annonce du diagnostic de schizophrénie. Analyse textuelle d'entretiens cliniques ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. octobre 2008. Vol. 166, n°8, p. 599-605.
- [19] STIP E., SEPHYRY A. A., TEMPIER A., BROCHU-BLAIN A. « Différences et similitudes dans la perception de la schizophrénie entre les omnipraticiens et la population générale québécoise ». *Santé mentale au Québec*. 2006. Vol. 31, n°1, p. 189.
- [20] « Actualités : Journées de la Schizophrénie ». Disponible sur: < http://www.info-schizophrenie.ch/?page_id=1474 >



- [21] LLORCA PIERRE-MICHEL. « La schizophrénie ». 2004.
- [22] PSYCHIATRIE F. FRANÇAISE DE. *Schizophrénies débutantes: diagnostic et modalités thérapeutiques*. [s.l.] : John Libbey Eurotext, 2003. 466 p. ISBN : 9782742004485.
- [23] ROUILLON F. « Épidémiologie des troubles psychiatriques ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. février 2008. Vol. 166, n°1, p. 63-70.
- [24] CHATILLON O., GALVAO F. *Psychiatrie, pédo-psychiatrie*. Paris : Vernazobres-Gregg, 2007. ISBN : 9782841366941 2841366944.
- [25] BOTTERO A. « Le problème des schizophrénies aujourd'hui: pour une autre approche (1ère partie) ». *Neuropsychiatrie: Tendances et Débats*. mars 2008.
- [26] OLLAT H. « Dysrégulation du développement post natal du cortex préfrontal et du cortex associatif chez les schizophréniques ». *Neuropsychiatrie: Tendances et Débats*. juin 2003.
- [27] BOTTERO A. « Cyto-architecture du cortex temporal dans la schizophrénie ». *Neuropsychiatrie: Tendances et Débats*. juillet 1998. n°02,.
- [28] BOTTERO A. « Schizophrénies: neuro-toxicité ou neuro-plasticité? Le modèle neuro-développemental se défend ». *Neuropsychiatrie: Tendances et Débats*. septembre 2003. n°21,.
- [29] GRABER J.-L. « La forclusion du Nom du Père par Lacan, formation pour infirmiers de secteur psychiatrique ». 1983. Disponible sur : <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychologie/psychologie/forclusion.htm>
- [30] ADVENIER F., KAPSAMBELIS V., RECASENS C. « L'insight et les schizophrénies: un paradoxe? » *Psychiatr Sci Hum Neurosci*. 1 mai 2004. Vol. 2, n°3, p. 29-38.
- [31] LLORCA P.-M., CHÉREAU-BOUDET I., LACHAUX B., LANÇON C., LOMBERTIE E.-R., TRARIEUX A.-M. *Les troubles psychotiques*. [Levallois-Perret]; Issy-les-Moulineaux : "Le Quotidien du médecin ; Masson, 2005. ISBN : 2294017331 9782294017339.
- [32] BOTTERO A. « Dermatoglyphes marqueurs d'une vulnérabilité schizophrénique ». *Neuropsychiatrie: Tendances et Débats*. juin 2003. n°20,.
- [33] JACQUET H., RAUX G., THIBAUT F., et al. « PRODH mutations and hyperprolinemia in a subset of schizophrenic patients ». *Hum. Mol. Genet*. 15 septembre 2002. Vol. 11, n°19, p. 2243-2249.
- [34] BOTTERO A. « Timing cortical des hallucinations auditives ». *Neuropsychiatrie: Tendances et Débats n°2*. juillet 1998.
- [35] BOTTERO A. « Le problème des schizophrénies aujourd'hui: pour une autre approche (fin) ». *Neuropsychiatrie: Tendances et Débats n°1*. mars 2008.
- [36] PLAZE M., PAILLÈRE-MARTINOT M.-L., PENTTILÄ J., et al. « "Where do auditory hallucinations come from?"--a brain morphometry study of schizophrenia patients with inner or outer space hallucinations ». *Schizophr Bull*. janvier 2011. Vol. 37, n°1, p. 212-221.
- [37] BILLIET C., ANTOINE P., LESAGE R., SANGARE M.-L. « Insight et interventions psychoéducatives dans la schizophrénie ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. décembre 2009. Vol. 167, n°10, p. 745-752.



- [38] RODER V., MUELLER D. R., MUESER K. T., BRENNER H. D. « Integrated Psychological Therapy (IPT) for Schizophrenia: Is It Effective? » *Schizophr Bull.* octobre 2006. Vol. 32, n°Suppl 1, p. S81-S93.
- [39] MCGURK et al. « A Meta-Analysis of Cognitive Remediation in Schizophrenia ». *Am J Psychiatry.* 1 décembre 2007. Vol. 164, n°12, p. 1791-1802.
- [40] WYKES T., HUDDY V., CELLARD C., et al. « A Meta-Analysis of Cognitive Remediation for Schizophrenia: Methodology and Effect Sizes ». *Am J Psychiatry.* 1 mai 2011. Vol. 168, n°5, p. 472-485.
- [41] RUDDY R., MILNES D. « Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses ». In : *Cochrane Database of Systematic Reviews* : John Wiley & Sons, Ltd, 1996. ISBN : 1465-1858.
- [42] *qu'est-ce que le programme profamille Version V3.1?*. 2010. Disponible sur : < <http://www.lilot.org/wp-content/uploads/2013/04/Profamille-V3.0-Quest-ce-que-Profamille-10-pages.pdf> >
- [43] BOUAZIZ N., BENADHIRA R., SIDHOUMI D., JANUEL D. « Stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS) dans le traitement de la schizophrénie : intérêts et perspectives ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* avril 2011. Vol. 169, n°3, p. 192-195.
- [44] RAFFARD S., BAYARD S., CAPDEVIELLE D., et al. « La conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie : une revue critique: Partie I : insight et schizophrénie, caractéristiques cliniques de l'insight ». *L'Encéphale.* décembre 2008. Vol. 34, n°6, p. 597-605.
- [45] SCHMITT A., LEFEBVRE N., CHÉREAU I., LLORCA P.-M. « Insight et observance dans la schizophrénie ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* mars 2006. Vol. 164, n°2, p. 154-158.
- [46] PAILLOT C.-M., INGRAND P., INGRAND I., JAAFARI N. « L'insight et les croyances relatives aux médicaments influencent l'observance médicamenteuse dans la schizophrénie ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* août 2011. Vol. 169, n°7, p. 446-448.
- [47] MARKOVÁ I. S., JAAFARI N. *L'insight en psychiatrie.* Rueil-Malmaison : Doin, 2009. ISBN : 9782704012626 2704012628.
- [48] DELEVOYE-TURRELL Y. « La conscience du trouble ». In : http://documents.univ-lille3.fr/files/espaces/pers/81/P5181/public/M2-conscience%20du%20trouble/SZ%20et%20insight_class1.pdf.
- [49] BOURGEOIS M. L., KOLECK M., ROIG-MORRIER R. « Mesure de la conscience du trouble chez 100 malades hospitalisés en psychiatrie ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* juillet 2002. Vol. 160, n°5-6, p. 444-450.
- [50] BOURGEOIS M. ., KOLECK M., JAIS E. « Validation de l'échelle d'insight Q8 et évaluation de la conscience de la maladie chez 121 patients hospitalisés en psychiatrie ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* septembre 2002. Vol. 160, n°7, p. 512-517.
- [51] CAILLARD V. « En réponse à l'article sur : « La conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie : une revue critique. Partie 1 : insight et schizophrénie, caractéristiques cliniques de l'insight. » de S. Raffard, S. Bayard, D., Capdevielle, F. Garcia, J.-P. Boulenger et M.-C. Gely-Nargeot ». *L'Encéphale.* septembre 2009. Vol. 35, n°4, p. 400-401.



- [52] BOTTERO A. « Insight et psychose ». *Neuropsychiatrie: Tendances et Débats*. 2008. Vol. 33, p. 9-11.
- [53] GASTAL D., JANUEL D. « Impact à long terme de l'annonce diagnostique sur l'insight de patients atteints de troubles schizophréniques ». *L'Encéphale*. juin 2010. Vol. 36, n°3, p. 195-201.
- [54] ATKINSON J. M. « To tell or not to tell the diagnosis of schizophrenia. » *J Med Ethics*. mars 1989. Vol. 15, n°1, p. 21-24.
- [55] CASTON J. *Psychophysiology*. Paris : Ellipses/Marketing, 1993. ISBN : 272989313X 9782729893132 2729893148 9782729893149.
- [56] BOTTÉRO A. « troubles cognitifs des schizophrénies: la part anticholinergique ». *Neuropsychiatrie: Tendances et Débats* n°2. juillet 1998.
- [57] VIBERT J.-F., WILLER, JEAN-CLAUDE. *Neurophysiologie de la physiologie à l'exploration fonctionnelle*. Paris : Elsevier Masson, 2011. ISBN : 9782810102037 2810102031.
- [58] SCOTTO J.-C., BOUGEROL T. *Les Schizophrénies: aspects actuels*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 1997. ISBN : 2257155440 9782257155443.
- [59] TAÏEB O., HEIDENREICH F., BAUBET T., MORO M. R. « Donner un sens à la maladie : de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle ». *Médecine et Maladies Infectieuses*. avril 2005. Vol. 35, n°4, p. 173-185.
- [60] « fr.psychiatrie.be - Tout sur l'angoisse, la dépression, la démence, la schizophrénie et la santé mentale. » Disponible sur : < http://archive-be.com/page/140833/2012-07-17/http://fr.psychiatrie.be/bgdisplay.jhtml?itemname=enquete_1000_belges >
- [61] *Guidelines to reduce stigma, How to assess health-related stigma*. 2011. Disponible sur : < http://www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/Guidelines_to_Reduce_Stigma/ILEP_stigma_guidelines >
- [62] « Les Français et la religion ». Disponible sur : < <http://www.tns-sofres.com/etudes-et-points-de-vue/les-francais-et-la-religion> >
- [63] LESCURE F. *Intégration des patients schizophrènes dans le monde du travail: état des lieux en Haute-Vienne en 2008. Enquête auprès des médecins psychiatres*. Thèse de Doctorat de Médecine, Limoges, Université de Limoges, 2008.
- [64] RAFFARD S., BAYARD S., CAPDEVIELLE D., et al.. « La conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie : une revue critique: Partie II : modèles explicatifs et hypothèses psychopathologiques ». *L'Encéphale*. octobre 2008. Vol. 34, n°5, p. 511-516.



TABLE DES MATIERES

Introduction.....	27
I. Première partie : présentation de la schizophrénie	29
A. Historique d'une maladie mentale complexe et stigmatisée	29
1. Etymologie/Historique	29
2. Etat des lieux	30
a) La notion de stigmatisation.....	30
b) Le rôle des médias : quelques faits divers.....	30
c) La méconnaissance du trouble.....	33
d) Paroles de malades.....	34
B. Rappels théoriques sur la schizophrénie.....	36
1. Définition.....	36
2. Epidémiologie	36
3. Sémiologie	37
a) Critères diagnostiques.....	38
b) Description clinique.....	39
(1) Période prodromique aspécifique (personnalité « prémorbide »).....	39
(2) Les signes prodromiques plus spécifiques.....	40
(3) La période d'état : manifestation de la folie.....	41
4. Les différentes formes de schizophrénie	45
a) La schizophrénie paranoïde.....	46
b) L'hébéphrénie.....	46
c) La schizophrénie indifférenciée ou simple.....	46
d) La schizophrénie catatonique.....	47
e) L'héboïdophrénie ou schizophrénie pseudo-psychopathique.....	47
f) La schizophrénie pseudo-névrotique.....	47
g) La schizophrénie dysthymique ou trouble schizo-affectif.....	48
h) Les formes mineures.....	48
5. Evolution	48
a) L'évolution à la phase d'état de la maladie.....	48
b) L'évolution à la phase résiduelle.....	49
c) Pronostic à long terme.....	49
6. Etiologie	50
a) Facteurs génétiques.....	50
b) Facteurs neurobiochimiques.....	52
c) Facteur neurodéveloppemental.....	53
d) Facteurs socio-environnementaux.....	54
e) Facteur psychodynamique.....	55
f) Autres facteurs.....	57
(1) L'hypothèse immunologique.....	57
(2) Les anomalies morphologiques cérébrales.....	58
(3) Les anomalies électro-physiologiques	58
7. Méthodes diagnostiques	59
a) Comment faire le diagnostic de schizophrénie ?.....	59
b) Eléments en faveur d'une cause organique.....	60
c) Examens paracliniques effectués afin d'éliminer un diagnostic différentiel.....	60

d)	Echelles.....	61
e)	Recherches actuelles.....	61
	(1) Neuro-imagerie	61
	(2) Autre	62
8.	Traitement.....	63
a)	Médicamenteux.....	63
	(1) Action des antipsychotiques.....	63
	(2) Les autres médicaments	64
b)	Non médicamenteux.....	65
	(1) L'hospitalisation.....	65
	(2) La psychothérapie.....	68
	(3) Les programmes de psychoéducation	71
	(4) La remédiation cognitive	72
	(5) L'art thérapie	72
	(6) L'hygiène de vie	73
	(7) La psychoéducation familiale	73
	(8) Les électroconvulsivothérapies (ou ECT).....	75
	(9) Les rTMS (Stimulations Magnétiques Transcrâniennes répétées).....	76
	(10) La prise en charge sociale	76
	(11) Les thérapeutiques en cours de recherche	76
C.	Un "symptôme" à part : le défaut d'insight.....	77
1.	Introduction	78
2.	Historique.....	79
a)	Evolution du concept de la connaissance de soi.....	79
b)	Evolution du concept de la folie.....	80
c)	Historique du terme : « insight ».....	80
d)	Historique du concept « insight ».....	81
	(1) En France.....	81
	(2) En Grande-Bretagne	84
	(3) En Allemagne.....	85
3.	La conceptualisation de l'Insight selon les écoles de pensée	86
a)	Le concept d'Insight en Gestalt et en psychologie cognitive (influencés par la Gestalt).....	87
b)	Le concept d'Insight en psychologie psychanalytique.....	88
c)	Résumé.....	90
4.	Echelles d'évaluation	90
a)	L'échelle ITAQ.....	91
b)	L'échelle SAI.....	91
c)	L'échelle SUMD.....	91
d)	L'échelle Q8.....	92
5.	L'Insight dans les syndromes cérébraux organiques.....	92
a)	Etats neurologiques.....	92
	(1) Définition	93
	(2) Méthodes d'évaluation	94
	(3) Causes de l'altération de l'Insight / anosognosie dans les états neurologiques.....	95
b)	Insight de la démence.....	97

6.	Les enjeux actuels de l'Insight en psychiatrie.....	97
a)	Concept théorique et phénomène clinique de l'Insight.....	97
(1)	Le concept d'Insight : un problème de signification.....	98
(2)	Le phénomène de l'Insight : un problème d'interprétation.....	100
b)	Conscience et Insight.....	101
c)	Un bon insight est-il associé à un risque de suicide plus important ?.....	102
7.	Résumé	103
D.	Connaissance de la schizophrénie.....	108
1.	Définitions	108
2.	Recevoir l'information : l'annonce du diagnostic.....	108
3.	Analyse de l'information et facteurs susceptibles d'influencer la mémorisation.....	112
a)	Facteurs liés au milieu.....	112
b)	Facteurs liés au sujet.....	113
4.	Mémorisation	113
5.	Restitution de l'information : le rappel	114
II.	Deuxième partie : étude descriptive auprès des patients schizophrènes.	115
A.	Principe de l'étude	115
1.	Contexte de l'étude	115
2.	Objectifs de l'étude	115
a)	Objectif principal.....	115
b)	Objectifs secondaires.....	116
B.	Méthodologie	116
1.	Schéma de l'étude	116
2.	Population d'étude	116
a)	Les patients schizophrènes.....	116
b)	Les familles.....	117
3.	Variables recueillies	117
a)	Pour les patients.....	117
b)	Pour les familles.....	119
4.	Les questionnaires utilisés.	120
a)	Le questionnaire Q8.....	120
b)	L'échelle MINI.....	123
c)	Le questionnaire QuesCoS.....	123
5.	Droits des patients.	129
C.	Protocole de l'étude	129
D.	Méthodologie statistique	131
E.	Résultats.....	131
1.	Analyse descriptive	132
a)	Les patients schizophrènes.....	132
(1)	Données sociodémographiques.....	132
(2)	Données cliniques recueillies dans le questionnaire	136
(3)	Données cliniques recueillies dans le dossier médical.....	144
(4)	Résultats des questionnaires	148

b)	Les familles.....	155
2.	Analyse comparative.....	157
a)	Objectif principal : existe-t-il un lien entre Insight et connaissance dans la schizophrénie ?.....	157
(1)	Recherche de concordance et de corrélation en qualitatif	158
(2)	Recherche de corrélation en quantitatif.....	159
b)	Objectif secondaire 1 recherche d'une relation entre Q8 et les variables sociodémographiques et cliniques.....	162
c)	Objectif secondaire 2 recherche d'une relation entre QuesCoS et les variables sociodémographiques.....	163
3.	Impression générale et paroles des patients	164
III.	Troisième partie : discussion et perspectives d'avenir	168
A.	Discussion	168
1.	Les biais et les limites de l'étude	168
a)	Les biais de l'étude.....	168
b)	Les limites de l'étude.....	170
2.	Interprétation et discussion des résultats	170
a)	Éléments de discussion apportés par la population recrutée.....	170
b)	Éléments de discussion apportés par le résultat de l'objectif principal.....	173
c)	Éléments de discussion apportés par le résultat des objectifs secondaires.....	175
(1)	Relation entre la Q8 et les variables	175
(2)	Relation entre le QuesCoS et les variables.....	176
B.	Perspectives d'avenir.....	178
1.	L'annonce du diagnostic	178
2.	Information et déstigmatisation	179
a)	Dans le milieu médical.....	179
b)	Dans la population générale.....	180
3.	Perspectives d'études possibles.....	181
	Conclusion.....	184
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	223



TABLE DES ANNEXES

Annexe 1. Critères de schizophrénie selon la CIM 10 (F20.0).....	187
Annexe 2. Critères de schizophrénie selon le DSM IV	192
Annexe 3. Recueil de données cliniques.....	193
Annexe 4. Echelle Insight Q8.....	194
Annexe 5. Echelle MINI (Troubles psychotiques (section L)).....	195
Annexe 6. Questionnaire général à l'attention du patient	198
Annexe 7. Questionnaire sur la connaissance de la schizophrénie QUESCOS	201
Annexe 8. Formulaire de consentement.....	205
Annexe 9. Questionnaire général à l'attention des familles	210
Annexe 10. Résultats par items du questionnaire QuesCoS	213
Annexe 11. Tableau récapitulatif des résultats de la Q8 en fonction des variables sociodémographiques et cliniques.	217
Annexe 12. Tableau récapitulatif des résultats du QuesCoS selon les variables sociodémographiques et cliniques.	220

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Résumé des symptômes négatifs et positifs de la schizophrénie	59
Tableau 2 : Prévalence de la conscience chez les patients admis à l'asile de Vaucluse entre janvier et décembre 1869 (Billod, 1870).....	83
Tableau 3 : Les conceptualisations de l'Insight selon les écoles de pensée.....	90
Tableau 4 : Les caractéristiques de l'anosognosie et de l'Insight.	94
Tableau 5 : Distribution des sujets selon l'âge	132
Tableau 6 : Distribution des sujets selon le sexe.....	132
Tableau 7 : Distribution des sujets selon le mode de vie	133
Tableau 8 : Distribution des sujets selon le niveau d'étude	133
Tableau 9 : Distribution des sujets selon la nationalité	134
Tableau 10 : Distribution des sujets selon l'ethnie.....	134
Tableau 11 : Distribution des sujets	135
Tableau 12 : Distribution des sujets	135
Tableau 13 : Distribution des sujets selon la profession.....	136
Tableau 14 : Personne ayant annoncé le diagnostic selon le patient	137
Tableau 15 : Diagnostic retenu par le patient.....	137
Tableau 16 : Distribution des patients selon leur connaissance du terme.	138
Tableau 17 : Distribution des sujets selon le type de connaissance	138
Tableau 18 : Distribution des sujets selon l'existence d'une atteinte de l'entourage par la schizophrénie.....	140
Tableau 19 : Le type de relation entre patient et autre personne reconnue schizophrène..	140
Tableau 20 : Distribution des sujets selon l'existence d'une prise en charge complémentaire	141
Tableau 21 : Distribution des sujets selon la prise en charge par une infirmière ambulatoire de proximité.	141
Tableau 22 : Distribution des sujets selon la prise en charge par un hôpital de jour.....	141
Tableau 23 : Distribution des sujets selon la prise en charge par le Centre d'Evaluation et de Réhabilitation	142
Tableau 24 : Distribution des sujets selon la prise en charge par un programme psycho-éducatif type PACT	142
Tableau 25 : Distribution des sujets selon une autre prise en charge complémentaire.....	142



Tableau 26 : Distribution des sujets selon les antécédents de tentative de suicide	143
Tableau 27 : Distribution des sujets selon les antécédents d'addiction	143
Tableau 28 : Distribution des sujets selon les antécédents neurologiques	143
Tableau 29 : Distribution des sujets selon le diagnostic posé par les psychiatres.	144
Tableau 30 : Distribution des sujets selon la mesure de protection sociale	145
Tableau 31 : Distribution des sujets selon la filière d'hospitalisation du patient	146
Tableau 32 : Distribution des sujets selon le mode d'hospitalisation	146
Tableau 33 : Distribution des sujets selon le nombre d'hospitalisations	147
Tableau 34 : Distribution des sujets selon la durée d'hospitalisation	147
Tableau 35 : Distribution des sujets selon les symptômes psychotiques actuels.....	148
Tableau 36 : Distribution des sujets selon les symptômes psychotiques sur la vie entière.	148
Tableau 37 : Résultats globaux du questionnaire Q8 (notée sur 8)	149
Tableau 38 : Résultats globaux du questionnaire Q8 (notée sur 24)	149
Tableau 39 : Distribution des scores obtenus au questionnaire Q8 selon les catégories de conscience du trouble	149
Tableau 40 : Résultats par items du questionnaire Q8 (chaque item noté sur 1).....	150
Tableau 41 : Résultats globaux du questionnaire QuesCoS (noté sur 24)	151
Tableau 42 : Distribution des scores obtenus au questionnaire QuesCoS selon les catégories de connaissance du trouble	152
Tableau 43 : Réponses des questionnaires « famille »	155
Tableau 44 : tableau de concordance entre Q8 et QuesCoS	158
Tableau 45 : interprétation du score Kappa	158
Tableau 46 : Résumé régression : Q8 vs QuesCoS.....	161
Tableau 47 : Tableau d'ANOVA : Q8 vs QuesCoS	161
Tableau 48 : Coefficient de régression : Q8 vs QuesCoS	162



TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Représentation de l'Insight.....	104
Figure 2 : Représentation du phénomène d'Insight.....	104
Figure 3 : Le nouveau phénomène d'Insight	105
Figure 4 : Le phénomène d'Insight en lien avec l'état mental subjectif	106
Figure 5 : Insight basé sur l'expérience personnelle.....	106
Figure 6 : Insight basé sur des jugements non personnels.....	107
Figure 7 : Distribution des patients selon leurs notes obtenus au questionnaire QuesCoS.	151
Figure 8 : Distribution des patients selon leurs scores catégoriels aux questionnaires Q8 et QuesCoS	159
Figure 9 : Distribution des patients selon leurs scores totaux aux questionnaires Q8 et QuesCoS	160
Figure 10 : graphe de régression représentant la Q8 en fonction du QuesCoS (tous deux notés sur 24).....	160

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puisse-je avoir un sort contraire.

Insight et connaissance de la schizophrénie : Impact des facteurs sociodémographiques sur la conscience du trouble.

La schizophrénie est une maladie dont le patient n'a souvent pas conscience et qui est stigmatisée du fait d'une méconnaissance générale. Il paraissait opportun d'évaluer auprès des patients eux-mêmes, leur connaissance de la maladie et d'établir s'il existait un lien avec leur Insight.

Un outil d'évaluation a été conçu pour l'étude : le Questionnaire sur la Connaissance de la Schizophrénie (QuesCoS) et a été comparé à l'échelle Q8 (évaluant l'Insight) chez 76 patients schizophrènes âgés de 19 à 63 ans hospitalisés en psychiatrie à Limoges.

Il a été retrouvé une corrélation positive entre les résultats du QuesCoS et le score de la Q8 ($p=0,0071$) mais avec une force faible ($R=0,31$). L'annonce faite au patient serait indispensable puisqu'il existerait un lien entre diagnostic retenu par le patient (schizophrène vs non schizophrène) et Insight ($p<0,0001$) et entre diagnostic selon le patient et connaissance ($p=0,0044$). Les programmes psycho-éducatifs type PACT (Psychose Aider Comprendre Traiter) sembleraient également importants pour améliorer l'Insight ($p=0,0169$) et la connaissance ($p=0,0289$). Le fait de connaître quelqu'un atteint du même trouble améliorerait la connaissance de la maladie ($p=0,0367$). Les patients auraient les mêmes préjugés que ceux de la population générale à savoir : la définition de la schizophrénie comme un « dédoublement de la personnalité » (34% de l'échantillon interrogé) et la notion d' « extrême dangerosité » (13%).

Il existerait une corrélation entre la connaissance et l'Insight mais partielle, d'où l'obligation d'agir sur d'autres facteurs notamment la déstigmatisation, en particulier auprès des malades eux-mêmes et de leur familles.

Insight and knowledge of schizophrenia : the sociodemographic factors of consciousness.

Schizophrenia is a illness which the patient generally isn't aware of and which is stigmatized because of the poor knowledge about it. It seemed interesting to find out from the patients themselves how much they knew about their illness and to define if there were any link with their Insight.

An evaluation tool has been invented for this study : the QuesCoS (*Questionnaire sur la Connaissance de la Schizophrénie*) and has been compared to the Q8 scale (which evaluates the Insight) with 76 patients suffering from schizophrenia aged from 19 to 63 years old, all hospitalised in a psychiatric unit in Limoges (France).

A correlation has been found between the QuesCos and the Q8 results ($p=0.0071$) but with a low strength ($R=0.31$). Informing the patient of his diagnosis may be essential as there seems to be a link between diagnosis according to the patient (schizophrenia or not) and Insight ($p<0.0001$) and between it and his knowledge ($p=0.0044$). Psycho-educational programmes (eg. PACT, *Psychose Aider Comprendre Traiter*) seem important too to increase the patients' Insight ($p=0.0169$) and their knowledge ($p=0.0289$). The fact that a patient knows an other person suffering from the same illness would increase his knowledge ($p=0.0367$). Patients apparently have the same prejudices as the general public : the « split personality » in schizophrenia (34% of the patients interviewed) and the « extremely dangerous aspect of the illness » (13%).

A correlation between knowledge and Insight would seem to exist but only to a certain extent, so we should act on other factors such as the destigmatization, especially with the patients themselves and their families.

Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

Mots-clés/Keywords : Schizophrénie / Insight / Conscience du trouble / Connaissance / échelle Q8 / PACT / schizophrenia / consciousness / knowledge.