

*R épublique Alg érienne D éocratique et Populaire*  
*Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique*  
*Universit é Abderrahmane-MIRA Bejaia*  
*Facult é de m édecine*

## *M émoire de fin de cycle*

**Pr ésent éet soutenu**

**Le : 09 Novembre 2020**

**En vu de l'obtention du diplôme de Docteur en médecine**

***Th ème :***

### ***Insight et observance th érapeutique dans la schizophr énie***

***A propos d'une étude au niveau du service de psychiatrie  
du CHU de Bejaia.***

***R áalis épar : ARICHE Ouafa et BEKKA Kenza***

***Encadr épar : Dr. BOUDEBZA, Maitre assistante en psychiatrie.***

***Composition du jury :***

***Pr. ADJA : Professeur en psychiatrie, et chef du service de psychiatrie au niveau du CHU de  
Bejaia.....Président.***

***Pr. DJILLALI : Maitre de conférences B, en psychiatrie.....Examineur.***

***Pr. ABBASSI : Maitre de conférences B, en psychiatrie.....Examinatrice.***

***Ann ée Universitaire : 2019/2020***

## *Remerciement*

*Tout d'abord, nous tenons à remercier Dieu clément et miséricordieux de nous avoir donné la force et le courage de bien mener ce modeste travail.*

*Nous tenons à remercier vivement notre promotrice **Docteur BOUDEBZA** pour sa patience, gentillesse et sa modestie, sa disponibilité, conseils et sa confiance en nos capacités, et surtout pour ses écoutes attentives.*

*Nous souhaitons également exprimer tout l'honneur que nous fait **Professeur ADJA** en étant président du jury , **Professeur DJILLALI** et **Professeur ABASSI** en étant examinateurs de ce travail ; on leur adresse toutes nos reconnaissances pour l'intérêt qu'ils ont porté à notre travail en acceptant de l'examiner et de l'enrichir par leurs propositions.*

*Nous remercions par la suite l'ensemble du personnel du CHU de Bejaia pour leur accueil durant la réalisation de ce travail, durant l'internat et durant tous nos stages d'externats.*

*Enfin que tous ceux, qui par leur enseignement, leurs encouragements et leur aide, trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude.*

## *Dédicaces*

*A Mes chers parents auxquels, j'adresse cette humble témoignage de gratitude devant l'immensité de leurs sacrifices, leurs soutiens et encouragements, leur tendresse et leur affection.*

*A Mes frères, et Mes Sœurs et plus particulièrement ma sœur Houda qui m'a toujours considéré comme sa petite fille, non pas sa petite sœur, c'est celle que je retrouve là toujours devant moi aux moments de détresse.*

*A Mon Mari.*

*A toute ma famille et ma belle famille.*

*A Ma binôme Ouafa, Sans oublier tout Mes amies.*

*Enfin, à tous ceux qui ont attendu ma réussite.*

*Je dédie ce Modeste travail*

*-KENZA-*

## *Dédicaces*

*Louange a Allah, de m'avoir donné la santé, la volonté et la patience pour réaliser ce modeste travail que je dédie à :*

*Ma défunte mère HASSINA qui nous a quitter, pour ses précieux conseils, son immense amour, son affection intarissable et son soutien indéfectible.*

*Mon très cher père SLIMANE pour son orientation et ses encouragements. Mon cher Frère DJALLAL. Ma chère sœur benjamine IKRAM. Mon mari M. Kadi Boualem.*

*A ma très chère famille proche et lointaine, particulièrement mes grands parents : Aziz, Malika, Ali et Baya, ainsi que mes tantes Salima, Nabila, Sabrina et son mari Bachir pour leurs soutien indéfectible. A mes oncles, mes cousins et cousines.*

*A ma binôme Kenza, ma cousine Aïda et mes chères amies dont je ne saurais citer car la liste est longue, et à toute ma promotion.*

**-OUAFA-**

## *SERMENT D'HIPPOCRATE*

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers  
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 donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai  
Jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

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

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

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle  
à mes promesses !*

*Que je sois couvert d'opprobre et mépris de mes  
confrères si j'y manque !*

**LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1: Exemples de neuroleptiques classiques et atypiques et leurs principaux profils thérapeutiques [15]. ..... 16

Tableau 2: Illustration de l'étude cas/témoin. .... 50

Tableau 3: Distribution des 15cas schizophrènes hospitalisés au service de psychiatrie du CHU de Bejaia selon l'âge et l'insight. .... 68

Tableau 4: Distribution des cas selon le sexe et l'insight. .... 68

Tableau 5: Distribution des cas selon le niveau d'instruction. .... 69

Tableau 6: Distribution des cas selon le statut matrimonial et l'insight. .... 69

Tableau 7: Distribution des cas selon la nature des substances toxiques consommées et l'insight. .... 70

Tableau 8: Distribution des cas selon les antécédents judiciaires et l'insight. .... 70

Tableau 9: Distribution des cas selon les antécédents de tentative de suicide et l'insight. .... 71

Tableau 10: Distribution des cas selon le type de la schizophrénie et l'insight. .... 71

Tableau 11: Distribution des cas selon le mode de début de la schizophrénie et l'insight. .... 72

Tableau 12: Distribution des cas selon l'âge de début des troubles et l'insight. .... 72

Tableau 13: La distribution des cas selon la régularité de suivi et l'insight. .... 73

Tableau 14: Distribution des cas selon l'observance thérapeutique et l'insight. .... 73

Tableau 15: Répartition des cas selon les sous échelles de l'insight et l'observance thérapeutique. .... 74

Tableau 16: Distribution des cas selon la régularité du suivi et l'observance thérapeutique. .. 74

Tableau 17: Répartition des cas selon le type des neuroleptiques consommés et l'observance thérapeutique. .... 75

Tableau 18: Distribution des cas selon le nombre d'antipsychotique pris par jour et l'observance thérapeutique. .... 75

Tableau 19: Distribution des cas selon les médicaments associés aux neuroleptiques et l'observance thérapeutique. .... 76

Tableau 20: Distribution des cas selon l'abandon du traitement à cause des effets secondaires et l'observance thérapeutique. .... 76

**LISTE DES FIGURES**

Figure 1: Mod èle d'Amador et al. (1991, 1993) [73,78].	36
Figure 2: R épartition des cas étudiés selon l'âge.	51
Figure 3: R épartition des cas étudiés selon le sexe.	51
Figure 4: R épartition des cas selon le statut matrimonial.	52
Figure 5: R épartition des cas selon le niveau scolaire.	52
Figure 6: R épartition des cas selon le milieu de vie.	53
Figure 7: R épartition des cas selon le rendement mensuel de la famille.	53
Figure 8: R épartition des cas selon le type d'habitat.	54
Figure 9: R épartition des cas selon le type des antécédents personnels.	54
Figure 10: R épartition des patients selon l'existence d'antécédents médicaux.	55
Figure 11: R épartition des patients selon la prise de substances toxiques.	55
Figure 12: R épartition des cas selon le type de substance toxique consommée.	56
Figure 13: R épartition des patients selon le début de prise des toxiques par rapport à la maladie.	56
Figure 14: R épartition des cas selon la nature des antécédents médico-légaux.	57
Figure 15: R épartition des cas selon les antécédents suicidaires.	57
Figure 16: R épartition des cas selon le nombre d'hospitalisations antérieures.	58
Figure 17: R épartition des cas selon l'intervalle moyen entre les hospitalisations.	59
Figure 18: R épartition des cas selon la présence d'antécédents psychiatriques dans la famille.	59
Figure 19: R épartition des cas selon l'âge de début de la schizophrénie.	60
Figure 20: R épartition des cas selon le mode de début de la schizophrénie.	60
Figure 21: R épartition des cas selon les formes cliniques de la schizophrénie.	61
Figure 22: R épartition des cas selon le type de la thématique délirante.	61
Figure 23: R épartition des cas selon la classe des neuroleptiques administrés.	62
Figure 24: R épartition des cas selon le nombre d'associations de neuroleptiques.	62
Figure 25: R épartition des cas selon la fréquence d'administration des neuroleptiques.	63
Figure 26: R épartition des cas selon l'association d'autres médicaments.	63
Figure 27: R épartition des cas selon le score de l'insight.	64
Figure 28: R épartition des patients selon la sous-échelle : conscience des symptômes.	64
Figure 29: R épartition des cas selon la sous-échelle : conscience de la maladie.	65
Figure 30: Répartition des cas selon la sous-échelle d'évaluation de la conscience au besoin du traitement.	65
Figure 31: R épartition des cas selon la régularité du suivi.	66
Figure 32: R épartition des cas selon l'observance thérapeutique évaluée par l'échelle MARS.	66
Figure 33: R épartition des cas selon les causes d'abandon du traitement.	67

## LISTE DES ABREVIATIONS

**AA** : Antipsychotique Atypique.

**AT** : Antipsychotique Typique.

**AVC** : Accident Vasculaire Cérébral.

**BPRS** : Brief Psychiatric Rating Scale.

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire.

**CIM** : Classification Internationale des Maladies.

**DAI**: Drug Attitude Inventory.

**DSM**: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

**ECA** : Epidemiologic Catchment Area.

**ECS** : Entrainement des Compétences Sociales.

**ECT** : Electro-Convulsivo-Thérapie.

**IC** : Intervalle de Confiance.

**ITAQ** : Insight and Treatment Attitude Questionnaire.

**LSD** : Diéthylamine de l'acide lysergique.

**MAQ**: Medication Adherence Questionnaire.

**MARS**: Medication Adherence Rating Scale.

**MEMS**: Medication Event Monitoring System.

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**OR**: Odds Ratio.

**ROMI**: Rating of Medication influences.

**SAI**: Schedule for Assessing Insight.

**SDF**: Sans Domicile Fixe.

**SUMD**: Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder.

**TCC** : Thérapie Cognitivo-Comportementale.

**TED**: Troubles envahissants du Développement.

**TS** : Tentative de Suicide.

## TABLE DES MATIERES

### INTRODUCTION GÉNÉRALE.....1

### PARTIE THÉORIQUE.....2

#### CHAPITRE I : RAPPEL SUR LA SCHIZOPHRÉNIE

1. Généralités .....	4
2. Définition .....	4
3. Épidémiologie .....	4
4. Notions de physiopathologie .....	5
4.1. Hypothèse dopaminergique .....	5
4.2. Hypothèse neurodéveloppementale .....	5
4.3. Modèle de stress/vulnérabilité .....	6
5. Étude clinique .....	6
5.1. Entrée dans la psychose.....	6
5.1.1. Mode d'installation aigu.....	6
5.1.2. Mode d'installation progressif.....	7
5.2. Phase d'état de la schizophrénie.....	7
5.2.1. Symptômes positifs.....	8
5.2.2. Symptômes négatifs.....	8
5.2.3. Désorganisation.....	8
5.2.4. Troubles cognitifs.....	9
5.3. Formes cliniques.....	10
6. Diagnostic positif.....	10
6.1. Critères diagnostiques selon le DSM-5.....	11
6.2. Critères diagnostiques selon la CIM-11.....	12
7. Diagnostic différentiel.....	13
8. Évolution et pronostic.....	14
9. Prise en charge.....	14
9.1. Traitement biologique.....	15
9.2. Psychothérapies.....	20
9.3. Mesures sociales thérapeutiques.....	21

#### CHAPITRE II : GÉNÉRALITÉS SUR L'OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE

1. Définitions.....	23
1.1. L'observance thérapeutique.....	23
1.2. La non-observance thérapeutique.....	23
1.2.1. Non observance médicamenteuse.....	24
1.2.2. Non observance aux règles hygiéno-diététiques.....	24
2. Fréquence de la mauvaise observance thérapeutique.....	24

## TABLE DES MATIERES

3. Outils d'évaluation de l'observance thérapeutique.....	25
3.1. Méthodes directes.....	25
3.2. Méthodes indirectes.....	25
3.2.1. Echelles d'évaluation de l'observance.....	25
3.2.2. Décompte des prises médicamenteuses.....	28
3.2.3. Monitoring électronique.....	28
4. Facteurs déterminants l'observance thérapeutique.....	28
4.1. Facteurs liés au traitement.....	28
4.2. Facteurs liés au patient.....	29
4.3. Facteurs liés au médecin.....	29
4.4. Facteurs liés à la relation médecin-malade.....	29
4.5. Facteurs liés à l'entourage du patient.....	29
4.6. Facteurs liés à la maladie elle-même.....	30
5. Conséquences de l'inobservance thérapeutique.....	30
5.1. Conséquences cliniques.....	30
5.2. Conséquences économiques.....	31
6. Stratégies d'amélioration de l'observance thérapeutique.....	31
6.1. Interventions psychosociales.....	31
6.2. Antipsychotiques atypiques per os.....	31
6.3. Antipsychotiques retard.....	31

## CHAPITRE III : GÉNÉRALITES SUR L'INSIGHT

1. Introduction.....	33
2. Psychopathologie de l'insight :.....	33
2.1. Modèle psychodynamique.....	33
2.2. Modèle neuropsychologique.....	34
2.3. Hypothèse clinique.....	34
2.4. Modèle cognitif.....	35
3. Les dimensions de l'insight.....	35
4. Echelles d'évaluation de l'insight.....	37
4.1. L'échelle ITAQ.....	37
4.2. L'échelle SAI.....	38
4.3. L'échelle SUMD.....	38
4.4. L'échelle IS.....	38
4.5. L'échelle Q8.....	39
5. Facteurs influençant l'insight.....	39
5.1. Facteurs démographiques.....	39
5.2. Facteurs socio culturels.....	39
5.3. La violence.....	40
5.4. La consommation de substances psychoactive.....	40
5.5. Les caractéristiques cliniques.....	41
5.6. Facteurs liés à la prise en charge thérapeutique.....	42

**PARTIE PRATIQUE**

<b>I.</b>	<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>45</b>
<b>II.</b>	<b>INTÉRÊT ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....</b>	<b>46</b>
<b>III.</b>	<b>MÉTHODOLOGIES</b>	
	1. Lieu de l'étude.....	47
	2. Critères d'inclusion.....	47
	3. Critères d'exclusion.....	47
	4. Information et consentement.....	47
	5. Recueil des données.....	48
	6. Méthodes statistiques.....	49
<b>IV.</b>	<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>51</b>
<b>V.</b>	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>77</b>
	<b>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>83</b>
	<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>84</b>
	<b>ANNEXES.....</b>	<b>92</b>
	<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>98</b>

***INTRODUCTION  
GENERALE***

## INTRODUCTION GÉNÉRALE

La schizophrénie est une psychose sévère et chronique, se manifeste par une perte de contact avec la réalité et une anosognosie, cette particularité rend difficile l'acceptation du diagnostic par les schizophrènes et son adhésion au traitement médical.

L'évolution de cette affection se fait dans 50% des cas vers les rechutes, ce phénomène est responsable d'une augmentation du nombre des hospitalisations, ce qui peut en résulter aussi une diminution de la qualité de vie pour le patient mais aussi pour son entourage, et un accroissement du coût pour la société.

La prise en charge thérapeutique de cette pathologie mentale est multidisciplinaire, elle comporte 03 volets : psychologique, social, et médicamenteux en représente l'élément fondamental, son efficacité est conditionnée par une bonne observance thérapeutique ; or cette dernière est influencée par plusieurs facteurs : les facteurs liés aux médicaments (notamment les effets secondaires) ; ceux dépendant de l'alliance thérapeutique et ceux liés aux patients notamment l'insight qui demeure le problème majeur dans cette prise en charge ; car la méconnaissance des troubles influence défavorablement la bonne observance thérapeutique cela rend la prescription des psychotropes inefficace ; il s'agit donc d'un véritable problème de santé publique. Face à ce constat importants travaux ont été menés concernant l'élaboration des échelles spécifiques pour évaluer le degré de l'insight (échelles auto-évaluation et hétéro-évaluation) ainsi que des échelles d'évaluation de l'observance qui permettent de qualifier le phénomène et de repérer les facteurs prédictifs de mauvaise observance thérapeutique, tous ses travaux représente un intérêt majeur pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge de ces patients schizophrènes.

# ***PARTIE THEORIQUE***

***CHAPITRE I :***  
***RAPPEL SUR***  
***SCHIZOPHRENIE***

## I. RAPPEL SUR LA SCHIZOPHRÉNIE

### 1. Généralités

- Le terme « psychose » a été créé par Ernst Von Feuchtersleben en (1847) pour désigner l'aspect aigu de la folie ;
- L'usage du terme a été élargi et il s'applique maintenant aux patients présentant un délire et/ou une importante altération du sens de la réalité et de soi ;
- On distingue schématiquement 2 types de psychoses : la schizophrénie (qui entraîne un fort handicap du fait des conséquences de la maladie sur les secteurs relationnels et professionnels), et les délires chroniques (moins déstructurant et compatibles avec une meilleure insertion) [1].

### 2. Définition

La schizophrénie est une psychose chronique dissociative, qui se traduit schématiquement par une perception perturbée de la réalité elle est caractérisée par le triptyque : syndrome positif (idées délirantes et hallucinations), syndrome négatif (repli autistique, émoussement affectif...etc.) et syndrome de désorganisation (cognitive, affective et comportementale) ; aucun signe clinique n'est pathognomonique ; en pratique, elle peut être très différente d'un patient à l'autre, selon la nature et la sévérité des différents symptômes qu'il présente [2,3].

### 3. Épidémiologie

La schizophrénie est une pathologie grave, fréquente, d'évolution chronique et dont la prévalence est d'environ 1% dans la population générale, soit un chiffre plus de 23 millions de personnes affectés dans le monde [3,4].

L'âge moyen d'installation des troubles se situe dans la plupart des cas entre 15 et 25ans, mais il existe des débuts précoces (pré-pubertaire) ou tardifs (>35ans) [3,5].

Sex-ratio : légère prédominance chez l'homme (x1.4) [3].

Elle semble plus fréquente chez les personnes vivant en milieu urbain et celles ayant un parcours d'immigration [2].

Espérance de vie : plus faible que la population générale, ceci a été expliqué à travers plusieurs études par le fait que cette catégorie de patients présentent : un accès aux soins de santé et aux conseils d'adhésion à un mode de vie sain bien plus réduit, des effets secondaires des traitements antipsychotiques, antidépresseurs et autres, et ils ont souvent des comportements à risque, notamment au niveau de la consommation d'alcool et de drogue, et sont plus exposés au suicide [3,6,7]. En particuliers, 10 à 13 % des patients souffrant de schizophrénie se suicident, tandis que 20 à 50 % commettent des tentatives de suicide ; ces gestes sont marqués par une plus grande létalité, due à l'usage de moyens plus violents que dans la population générale et traduisant une moindre ambivalence [8].

### **4. Notions de physiopathologie**

La physiopathologie de la schizophrénie est complexe et repose sur l'interaction de facteurs de vulnérabilité génétiques (modèle polygénique) et de facteurs environnementaux ; il existe à l'heure actuelle plusieurs hypothèses complémentaires les unes par rapport aux autres [9].

#### **4.1. Hypothèse dopaminergique**

Au niveau neurobiologique, c'est à partir de la découverte des neuroleptiques et de l'étude de leur cible, les récepteurs dopaminergiques, que l'hypothèse dopaminergique de la schizophrénie a été formulée [10]. Dans cette hypothèse, le syndrome positif dans la schizophrénie serait lié à une hyper activation de la transmission dopaminergique au niveau mésolimbique et le syndrome négatif serait associé à une hypoactivation de la transmission dopaminergique au niveau de la voie mésocorticale ; si l'hypothèse dopaminergique reste pertinente vis-à-vis des phénomènes positifs (délirants et hallucinatoires), d'autres neurotransmetteurs ont été incriminés [10]. En effet, les perturbations dopaminergiques semblent plutôt être secondaires à des anomalies liées à l'altération des systèmes glutamatergiques et GABAergiques (balance excitation/inhibition) [10].

#### **4.2. Hypothèse neurodéveloppementale**

La schizophrénie est une maladie neurodéveloppementale, c'est-à-dire que la schizophrénie est le point final de processus développementaux qui débutent des années avant le début de la maladie [10].

Le développement peut être perturbé de façon précoce (ex. : vie intra-utérine ou période périnatale) ou tardive (ex. : au moment de l'adolescence) ; ces perturbations entraînent des modifications de la maturation du cerveau (anomalie de migration durant le développement, altération de la myélinisation) entraînant des dysfonctionnements responsables des signes cliniques de schizophrénie [10]. Par exemple. Les aires cérébrales des patients souffrant de schizophrénie ne sont pas connectées de la même façon que des témoins sans pathologie (anomalies de connectivité) [10].

### 4.3. Modèle stress/vulnérabilité

Selon le modèle de vulnérabilité au stress de la schizophrénie, chaque personne possède un degré de vulnérabilité qui lui est propre, dépendant notamment de facteurs génétiques ; ces derniers interagissent avec des facteurs environnementaux (la consommation de cannabis, les complications obstétricales, l'urbanisation et la migration) pour aboutir au développement de la maladie [10]. Le seuil critique, pour le développement de la schizophrénie, varie donc pour chaque individu et dépend des niveaux de vulnérabilité et de stress vécus [10]. Pour les personnes très vulnérables, un stress relativement minime serait suffisant pour dépasser le seuil critique menant à la maladie [10].

## 5. Étude clinique

### 5.1. Entrée dans la psychose

A ce stade, la maladie peut se manifester par un tableau aigu ou chronique.

#### 5.1.1. Mode d'installation aigu

##### 5.1.1.1. Episode psychotique aigu

La principale manifestation d'un épisode psychotique aigu est l'apparition brutale d'un délire ; ce dernier est généralement associé à une agitation, une agressivité ou une opposition, du fait de l'angoisse qu'il génère ; il peut être construit à partir des pensées se déroulant en dehors du contrôle du sujet dans le cadre d'un automatisme mental, ou à partir du contenu d'hallucinations acoustico-verbales [11]. Le délire constitue ainsi une tentative d'explication rationnelle de ces expériences indicibles ; des fluctuations thymiques sont fréquemment présentes [11].

Un épisode psychotique aigu associant l'ensemble de ces caractéristiques était classiquement appelé bouffée délirante aiguë polymorphe ; actuellement, on désigne ce type d'épisode par l'appellation syndrome schizophréniforme lorsqu'il mène vers une résolution complète au bout de 1 à 6 mois ou trouble psychotique bref lorsqu'il évolue positivement en moins de 1 mois [11].

### **5.1.1.2. Passage à l'acte**

La schizophrénie peut débiter par :

- Une fugue ou un voyage pathologique ;
- Une automutilation ;
- Un suicide (le diagnostic étant alors rétrospectif) ;
- Un acte médical égal [11].

### **5.1.2. Mode d'installation progressif**

#### **5.1.2.1. Installation progressive d'une symptomatologie psychotique**

Les symptômes en question peuvent être :

- Des hallucinations, le plus souvent acoustico-verbales ;
- Des idées délirantes ;
- Une bizarrerie se manifestant par un contact inadapté, un investissement dans des activités ésotériques non induit par l'environnement ou un trouble des conduites (anorexie ou addiction par exemple) d'allure étrange [11].

#### **5.1.2.2. Altération des performances cognitives**

Une baisse du niveau scolaire ou universitaire, une incapacité à suivre l'enseignement, des échecs répétés aux examens ou aux concours peuvent caractériser l'entrée dans la schizophrénie [11]. Ces revers ne sont pas expliqués par un contexte conflictuel ou une autre raison objective ; le handicap observé est la conséquence d'un déficit neurocognitif (trouble de la mémoire, de l'attention et/ou des fonctions exécutives) qu'une exploration spécifique permet d'objectiver [11].

## **5.2. Phase d'état de la schizophrénie**

Les symptômes schizophréniques appartiennent à trois principales dimensions : positive, négative et désorganisée ; auxquelles il faut ajouter la dimension neurocognitive [11].

### 5.2.1. Symptômes positifs

- Hallucinations verbales : audition de voix s'exprimant à la deuxième ou à la troisième personne en l'absence de stimulation sonore ;
- Hallucinations cinesthésiques : sensations corporelles profonde sine materia ;
- Syndrome d'influence : impression de prise de contrôle par autrui ou par une force extérieure ;
- Pensées imposées : impression que des pensées ont été placées dans la tête par une force extérieure ;
- Diffusion de la pensée : impression que les autres connaissent certaines pensées propres ;
- Vol de la pensée : impression que d'autres dérobent activement certaines pensées ;
- Idées délirantes : conviction non fondées sur des faits, ni partagées par le groupe social auquel le sujet appartient [11].

### 5.2.2. Symptômes négatifs

- Aboulie : déficit de la volonté ;
- Anergie : perte d'énergie ;
- Anhédonie : incapacité à ressentir du plaisir ;
- Apathie : incapacité à agir ;
- Apragmatisme : déficit de la capacité à entreprendre des actions ;
- Désintérêt : absence d'investissement du monde environnant ;
- Incurie : incapacité à prendre soin de soi,
- Retrait social : diminution des échanges interpersonnels [11].

### 5.2.3. Désorganisation

#### 5.2.3.1. Troubles du cours de la pensée et du langage

- Agrammatisme : syntaxe inappropriée ;
- Barrages : arrêts du discours brutaux et injustifiés par le contexte ;
- Discours circonlocutoire : discours circulaire, se dirigeant vers son but par des voies indirectes ;
- Discours allusif : nombreux sous-entendus inappropriés ;
- Discours diffluent : discours se dispersant en direction de buts trop nombreux et non cohérents ;

- Incohérence du discours, schizophasie : langage peu ou non compréhensible ;
- Néologisme : invention de mots nouveaux ;
- Paralogisme : attribution d'un sens nouveau à des mots existants ;
- Pensée illogique : articulations irrationnelles du discours ;
- Tangentialité : réponse aux questions indirectes ou inappropriées [11].

### 5.2.3.2. Troubles du comportement et des affects

- Actes insolites : comportement irrationnel ;
- Ambivalence : coexistence de deux intentions opposées ;
- Bizarrerie : étrangeté du comportement et des affects ;
- Désorganisation du comportement : incohérence des actions ;
- Désorganisation émotionnelle : rires immotivés, ambivalence affective ;
- Impairabilité : inaccessibilité émotionnelle ;
- Manérisme : gestuelle excessive ou déplacée ;
- Négativisme : attitude d'opposition active [11].

### 5.2.4. Troubles cognitifs

Les troubles cognitifs associés à la schizophrénie ne sont pas spécifiques de la maladie, mais ils sont invalidants et fréquents ; les troubles cognitifs primaires doivent être distingués des troubles cognitifs secondaires aux symptômes (par exemple. Les patients très délirants ou très hallucinés souffrent consécutivement d'une difficulté pour se concentrer) et des troubles cognitifs iatrogènes [11].

Les troubles neurocognitifs les plus fréquents touchent la mémoire (en particulier la mémoire de travail et la mémoire verbale à long terme), l'attention, la vitesse de traitement et les fonctions exécutives [11].

Des troubles de la cognition sociale : la cognition sociale recouvre l'ensemble des processus de traitement de l'information qui sous-tendent les relations interpersonnelles ; elle repose sur le traitement des informations faciales, gestuelles, etc. Une altération de ces processus peut favoriser la production des symptômes positifs (du fait de l'incompréhension des intentions et désirs d'autrui qui conduit le patient à délirer), aussi bien, que celle des symptômes négatifs [11]. Les troubles de la cognition sociale ont donc fréquemment un retentissement majeur sur l'insertion sociale ou professionnelle, qui vient accentuer l'effet des troubles neurocognitifs [11].

### 5.3. Formes cliniques

Les formes cliniques actuelles sont définies par la symptomatologie prédominante rencontrée chez le patient au cours de l'évolution de son trouble [9]. Dans le cas où aucun type de symptomatologie ne prédomine, on parle de schizophrénie indifférenciée [9].

#### 5.3.1. La schizophrénie paranoïde

La schizophrénie est dite paranoïde lorsque les symptômes positifs sont au premier plan [11].

#### 5.3.2. La schizophrénie désorganisée

La schizophrénie est dite désorganisée lorsque la désorganisation est au premier plan [11].

#### 5.3.3. La schizophrénie catatonique

Les formes catatoniques de la schizophrénie sont rares ; elles se caractérisent par la présence de troubles moteurs spécifiques [11]. Les principaux symptômes catatoniques sont la catalepsie, une activité motrice excessive stérile non influencée par des stimulations extérieures, un négativisme, des positions ou mouvements bizarres ou stéréotypés, ainsi que des attitudes en miroir [11].

#### 5.3.4. La schizophrénie résiduelle

La schizophrénie résiduelle est une forme évolutive de la maladie, qui se développe après une phase paranoïde, catatonique ou indifférenciée et se caractérise par une symptomatologie peu intense [11].

Il est important de noter que ces sous-types ne sont pas valables pour la vie entière d'un patient et que les symptômes et syndromes prédominants peuvent évoluer au cours du temps [9]. Ces sous-types cliniques ont disparu du DSM-5, seule la catatonie reste une caractéristique que l'on peut préciser [9].

## 6. Diagnostic positif

Il repose sur :

- L'examen clinique (entretiens avec la personne et son entourage) ;
- Les examens complémentaires (imagerie cérébrale, électroencéphalogramme, biologie) ne sont utiles que pour éliminer certaines affections physiques ;

- La schizophrénie se caractérise par une « dissociation psychique » associée à des symptômes dits positifs et négatifs ; les symptômes doivent être présents de façon permanente depuis **au moins six mois** pour faire le diagnostic de schizophrénie ;
- Il est nécessaire d'informer la personne sur sa maladie, car les soins sont difficiles à maintenir dans la durée si la personne n'a pas conscience d'être malade ;
- Information de la personne, la famille ou l'entourage proche [12].

### 6.1. Critères diagnostiques selon le DSM-5

- A.** Deux (ou plus) parmi les symptômes suivants, chacun devant être présent dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois (ou moins en cas de traitement efficace). Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent:
1. Idées délirantes ;
  2. Hallucinations ;
  3. Discours désorganisé (p. ex. Incohérence ou déraillements fréquents) ;
  4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique ;
  5. Symptômes négatifs (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle) [13].
- B.** Durant une proportion significative de temps depuis le début du trouble, le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur tel que le travail, les relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle est passé d'une façon marquée en dessous du niveau atteint avant le début du trouble ( ou, quand le trouble apparaît pendant l'enfance ou l'adolescence, le niveau prévisible de fonctionnement interpersonnel, scolaire ou professionnel n'a pas été atteint) [13].
- C.** Des signes continus du trouble persistent depuis au moins **06 mois** ; pendant cette période de 6 mois les symptômes répondant au critère A, (c.-à-d. les symptômes de la phase active), doivent avoir été présents pendant au moins **un mois** (ou moins en cas de traitement efficace); dans le même laps de temps des symptômes prodromiques ou résiduels peuvent également se rencontrer [13]. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes du trouble peuvent ne se manifester que par des symptômes négatifs, ou par deux ou plus des symptômes listés dans le critère A (p.ex. Croyance étranges ou expérience de perceptions inhabituelles) [13].

- D.** Un trouble Schizo-affectif, ou d'épressif, ou un TB avec manifestations psychotiques ont été exclus parce que :
- 1) Soit il n'y a pas eu d'épisode maniaque ou d'épressif caractérisé concurremment avec la phase active des symptômes ;
  - 2) Soit, si des épisodes de trouble de l'humeur ont été présents pendant la phase active des symptômes, ils étaient présents seulement pendant une courte période de temps sur la durée totale des phases actives et résiduelle de la maladie [13].
- E.** Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p.ex. Une drogue donnant lieu àabus, ou un médicament) ou une autre pathologie médicale [13].
- F.** S'il existe des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou de trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic surajouté de schizophrénie est posé seulement si des symptômes hallucinatoires et délirants importants, en plus des autres symptômes de schizophrénie nécessaires au diagnostic, sont aussi présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace) [13].

### 6.2. Critères diagnostiques selon la CIM-11

Pour la schizophrénie, au moins deux des catégories de symptômes suivants doivent être présentes la plupart du temps pendant une période d'un mois ou plus, dont un devrait être l'un des principaux symptômes (a-d) :

- a) Délires persistants de toute nature ;
- b) Hallucinations persistantes dans n'importe quelle modalité ;
- c) Trouble de la pensée ;
- d) Distorsions de l'expérience de soi (p. ex. Phénomènes de passivité insertion ou retrait de pensée) ;
- e) Symptômes négatifs tels que l'apathie et l'anhédonie ;
- f) Comportement désorganisé y compris impair, excentrique, activités sans but et agité ;
- g) Troubles psychomoteurs [14].

### 7. Diagnostic différentiel

#### 7.1. Pathologies non-psychiatriques

- Neurologiques (épilepsies, tumeurs cérébrales, encéphalite herpétique, chorée de Huntington, neuro-lupus, encéphalite à anticorps anti NMDA, etc.) ;
- Endocriniennes (dysthyroïdie, altération de l'axe corticotrope, etc.) ;
- Métabolique (maladie de Wilson, Niemann-Pick type C, etc.) ;
- Infectieuses (neurosyphilis, SIDA, etc.) [9].

#### 7.2. Intoxication par une substance psychoactive

- Intoxication aiguë ou chronique au cannabis ;
- Symptômes liés à l'intoxication d'amphétaminiques et autres (anticholinergiques, LSD, kétamine, phencyclidine, etc.) [9].

#### 7.3. Pathologies psychiatriques

##### 7.3.1. Les troubles de l'humeur

La présence des syndromes, positif, négatif ou de désorganisation ne doit pas conduire systématiquement au diagnostic de schizophrénie s'il existe un syndrome dépressif ou maniaque associé [9].

##### 7.3.2. Les troubles délirants persistants

Le diagnostic de troubles délirants persistant se pose quand il existe uniquement un syndrome positif sans éléments de bizarrerie. Il n'y a classiquement pas d'hallucination, de syndrome de désorganisation ou de syndrome négatif au premier plan contrairement à la schizophrénie [9].

##### 7.3.3. Les troubles envahissants du développement

Les troubles envahissants du développement (TED) désignent des anomalies du développement qui apparaissent dans l'enfance et qui altèrent le développement harmonieux des fonctions cognitives intervenant dans la communication et la socialisation, il s'agit d'une catégorie assez large comprend selon le DSM-5 : l'autisme infantile, le syndrome d'Asperger, les formes intermédiaires appelés autisme atypique et les TED non spécifiés [10].

### 8. Évolution et pronostic

La schizophrénie est une maladie dont l'évolution est très variable d'un sujet à l'autre et d'une forme à l'autre [10].

L'évolution est généralement chronique, marquée par des épisodes psychotiques plus ou moins espacés avec des intervalles plus ou moins symptomatique ; le déficit est variable, et se stabilise généralement après 2 à 5 ans d'évolution [10].

Dans les formes résiduelles, on décrit classiquement une diminution du syndrome positif et une majoration du syndrome négatif altérant le fonctionnement social et la qualité de la vie ; le taux de suicide et la santé générale des patients souffrant de schizophrénie restent des problèmes majeurs de santé publique [10].

Cependant, grâce aux progrès réalisés au niveau pharmacologique et psychothérapeutique, il est possible dans 20 à 25% des cas d'obtenir une rémission complète voire une guérison de cette maladie et dans une majorité des cas de conserver une qualité de vie globalement satisfaisante même si 50 à 75% des patients ne retrouvent pas leur niveau de fonctionnement antérieur ; des facteurs de bon pronostic ont été émis en évidence :

- Sexe féminin ;
- Environnement favorable ;
- Bon fonctionnement pré-morbide ;
- Début tardif ;
- Bonne conscience du trouble ;
- Traitement antipsychotique précoce et bien suivi [10].

Les prises en charge thérapeutiques devront s'attacher à agir sur ces deux derniers facteurs, par des mesures appropriées d'éducation thérapeutique [10].

### 9. Prise en charge

La prise en charge vise la diminution des symptômes et la préservation de la meilleure qualité de vie possible ; elle doit prendre en compte les symptômes, l'insertion sociale, familiale et affective ; elle comporte 3 volets : biologique, psychothérapeutique et social ; le traitement médicamenteux en représente l'élément central [12].

### 9.1. Traitements biologiques :

#### 9.1.1. Traitement Pharmacologique :

Avant la mise en route d'un traitement pharmacologique différentes étapes d'évaluation sont nécessaires :

- Faire ou réévaluer le diagnostic ;
- Connaitre l'histoire de la maladie ;
- Déterminer les symptômes cibles thérapeutiques et les hiérarchiser ;
- Faire un bilan organique du patient : cet acte est nécessaire afin de connaître les éventuelles comorbidités et de détecter une organicité; cela permet également d'apprécier les facteurs de risques thérapeutiques, une contre indication au traitement ou une éventuelle précaution d'emploi, sans oublier la recherche de prise de toxiques ;
- Créer une alliance thérapeutique : il s'agit enfin d'informer le patient, la famille, et de créer une alliance thérapeutique dont un des buts est d'améliorer l'observance thérapeutique, et donc le pronostic [15].

##### 9.1.1.1. Les différents antipsychotiques utilisés dans la schizophrénie :

###### 9.1.1.1.1. Mécanisme d'action et classification (clinique):

Les médicaments utilisés contre la schizophrénie et les psychoses sont les **médicaments antipsychotiques** ; les premiers qui ont été développés dans les années cinquante font partie de la famille des **neuroleptiques** dits **classiques**, ils auraient essentiellement une action sur un des messagers chimiques du cerveau, la dopamine ; ils sont surtout actifs contre les symptômes positifs, et entraînent souvent de nombreux effets indésirables, dont certains invalidants [16].

Plus récemment, de nouveaux neuroleptiques sont apparus ; ces **neuroleptiques**, dits **atypiques**, agissent simultanément sur deux neurotransmetteurs, la sérotonine et la dopamine ; ils montrent une plus grande efficacité sur les symptômes négatifs de la maladie (démotivation, troubles de l'humeur, apathie) que les antipsychotiques dits classiques [16].

Les antipsychotiques atypiques sont en effet associés à un plus faible risque d'effets extrapyramidaux, en particulier de dyskinésies tardives et d'arrêt intempestif de traitement ; leur principal inconvénient est la prise de poids et le risque de diabète [15].

Au-delà de la distinction entre classiques d'une part et atypiques d'autre part, les neuroleptiques peuvent être classés selon leurs effets cliniques. Ils peuvent avoir :

- Une **action sédative** qui soulage l'anxiété et l'agitation ;
- Une **action dite anti productive** qui traite les délirs et les hallucinations (dite également incisive; Le terme «incisif »employé par Lambert signifie littéralement que ces médicaments sont capables de «couper »les symptômes positifs [17].) ;
- Une **action désinhibitrice** qui lutte contre l'apathie et la démotivation [16].

#### 9.1.1.1.2. Exemples de molécules

Tableau 1: Exemples de neuroleptiques classiques et atypiques et leurs principaux profils thérapeutiques [15].

Neuroleptiques classiques (DCI)	Profil thérapeutique	Neuroleptiques atypiques (DCI)	Profil thérapeutique
<b>Chlorpromazine</b>	Anxiolytique, sédatif, polyvalent à doses élevées	<b>Amisulpride</b>	Bipolaire : effet sur les symptômes négatifs à faible posologie, et sur les symptômes productifs à forte posologie
<b>Cyamémazine</b>	Anxiolytique, sédatif		
<b>Lévomépromazine</b>	Anxiolytique, sédatif	<b>Aripiprazol</b>	Polyvalent
<b>Flupenthixol</b>	Polyvalent	<b>Clozapine</b>	Polyvalent, réservé aux formes résistantes
<b>Halopéridol</b>	Anti productif	<b>Olanzapine</b>	Polyvalent
<b>Zuclopenthixol</b>	Anti agressivité, sédatif	<b>Risperidone</b>	Polyvalent

### 9.1.1.1.3. Effets secondaires

- **Les effets neurologiques extrapyramidaux** : dyskinésies aiguës, syndrome parkinsonien, dyskinésies tardives, akathisie, dystonies ;
- **Les effets cardio-vasculaires** : hypotension orthostatique, troubles du rythme ;
- **Les effets endocriniens** : hyperprolactinémie, galactorrhée, aménorrhée, prise de poids, hypertriglycéridémie, diabète ;
- **Les effets anticholinergiques** : sécheresse buccale, troubles visuels, troubles urinaires, glaucome, constipation ;
- **Les effets psychiques** : indifférence, passivité états confusionnels ;
- **Le syndrome malin des neuroleptiques** : il s'agit d'une **urgence vitale** qui se caractérise par une **hyperthermie, des sueurs, une polypnée, pâleur et des troubles de la conscience** pouvant aller jusqu'au coma [18].

### 9.1.1.2. Médicaments autres que les antipsychotiques

Les symptômes associés comme anxiété, dépression, manie sont traités par :

- **Benzodiazépines** (anxiolytiques, efficace dans les formes catatoniques) ;
- **Régulateurs de l'humeur** : sels de lithium, Carbamazépine, sels de l'acide valproïque dans les formes dysthymiques ou résistantes ;
- **Antidépresseurs** : (leur efficacité est manifeste lors de comorbidité dépressive et en présence de symptômes négatifs ; Clomipramine et fluvoxamine semblent être le bon choix en présence de troubles obsessionnels-compulsifs [15].) ;
- **Correcteurs** des effets indésirables neurologiques des antipsychotiques (Trihexyphénydyle gel à 02 mg et 05 mg) : 01 gel/j [12].

### 9.1.1.3. Modalités de prise en charge

La prise en charge ambulatoire est préférée chaque fois que possible ; l'hospitalisation, si elle est nécessaire, s'effectue dans des unités spécialisées [19]. Si le patient refuse, si sa capacité à donner son consentement est trop altérée ou s'il existe un comportement hétéro-agressif, des soins sans consentement peuvent se justifier [9].

### 9.1.1.3.1. Prise en charge de l'épisode aiguë

En cas d'anxiété ou d'agitation modérée, deux possibilités de molécules anxiolytiques et sédatives s'offrent au thérapeute :

- Les antipsychotiques sédatifs (ex. : chlorpromazine, l'évomépromazine, cyaméazine) ;
- Les benzodiazépines (ex. : diazépam, oxazépam) pendant une durée limitée on fait preuve de leur efficacité pour apaiser le patient et faciliter la poursuite de la prise en charge et l'introduction du traitement antipsychotique ; le risque de développer une dépendance aux benzodiazépines si le traitement est prolongé doit inciter à limiter la durée de prescription de ce traitement [9].

### 9.1.1.3.2. Mise en place du traitement de fond

L'objectif est la **monothérapie antipsychotique**, avec une préférence pour la **voie orale** ; le choix de l'antipsychotique est fait en fonction de l'efficacité, de la tolérance et de l'observance des traitements déjà reçus ; certains antipsychotiques atypiques (dits de deuxième génération), sont recommandés en première intention : amisulpride, aripiprazole, olanzapine, quétiapine, rispéridone [9,15, 20].

L'antipsychotique choisi doit être approprié à la phase aiguë et au long terme ; il est prescrit à la posologie la plus efficace et il est recommandé une fois la stabilisation obtenue, de diminuer la posologie jusqu'à obtention de la dose minimale efficace ; en cas d'inefficacité, un autre traitement antipsychotique peut être proposé en deuxième intention [9].

Dans les situations où l'observance est difficile ou du fait du choix du patient, certains antipsychotiques d'action prolongée ou «retard» existent sous forme intramusculaire permettant selon les molécules une injection tous les 15 jours, 3 semaines ou 4 semaines (p.ex. : décanoate d'halopéridol, décanoate de flupenthixol), et ceci après avoir déterminé la dose efficace et après avoir contrôlé la tolérance de cette même molécule par voie orale [15, 20,21].

### 9.1.1.3.3. Forme résistante

On parle de résistance thérapeutique lorsqu'il y a absence de réponse à la prescription successive de deux antipsychotiques, dont au moins un antipsychotique atypique, prescrits à une bonne posologie avec une bonne observance, et chacun pendant une durée suffisante de six à huit semaines [15,21].

La clozapine à raison de ses effets hématologiques rares mais potentiellement sévères (leucopénie, agranulocytose), elle est réservée dans le cas où une résistance thérapeutique est avérée [19,21].

### 9.1.1.3.4. Surveillance et tolérance

Un suivi régulier est nécessaire, la fréquence et la durée optimales des consultations ne peuvent pas être établies a priori, mais dépendent pour chaque patient de son histoire personnelle, de son traitement, de l'évolution de la maladie [19]. Cependant, la surveillance des effets indésirables nécessite une planification adaptée à la thérapeutique mise en œuvre [19].

Examens complémentaires pouvant être demandé :

- Glycémie (trimestrielle la première année, puis semestrielle).
- Bilan lipidique : cholestérol total, HDL-C, LDL-C, triglycéridémie (surveillance annuelle ou trimestrielle selon le traitement) ;
- Ionogramme sanguin (surveillance annuelle) ;
- Dosage des transaminases (surveillance annuelle) ;
- Dosage de la créatinine (surveillance annuelle) ;
- ECG selon le traitement et les données du bilan initial ;
- Hémogramme (surveillance annuelle), l'usage de la clozapine nécessite une surveillance hématologique particulière ;
- Dosage de la prolactine si indication [19].

### 9.1.2. L'électro-convulsivo-thérapie (ECT) ou sismothérapie

Le traitement par ECT consiste en l'administration d'un courant électrique trans-crânien de très faible intensité provoquant secondairement une crise tonico-clonique généralisée ; ce traitement est réalisé sous anesthésie générale de courte durée, associant l'utilisation d'un curare d'élimination rapide, limitant les mouvements (et donc le risque de blessures, luxations, fractures) pendant la crise ; le traitement se déroule sous surveillance clinique et tracé électro-encéphalo-graphique [9].

La sismothérapie est en premier lieu réservée aux patients souffrant d'effets indésirables majeurs avec les antipsychotiques et aux patients dont la pathologie est résistante après essai de la clozapine ; elle est ensuite conseillée en présence de catatonie, et si les symptômes sont sévères, si la violence est exacerbée et également en cas d'épisodes dépressifs sévères ou de risque suicidaires importants ; cette thérapeutique n'est pas contre indiquée en association avec d'autres antipsychotiques [15].

### **9.2. Psychothérapies**

L'approche psychothérapique est fondée sur une relation de confiance et nécessite continuité écoute, disponibilité et empathie ; elle vise à restaurer les capacités de fonctionnement mental du patient et à rétablir le contact avec la réalité ; elle favorise les processus de pensée et d'expression verbale des émotions, en réduisant les réactions de rupture ; elle constitue souvent une étape initiale et elle doit être poursuivie tout au long du suivi [19].

#### **9.2.1. Thérapie de soutien**

Permet au patient d'avoir avec son psychiatre traitant, ou un thérapeute travaillant en lien avec ce dernier, des échanges sur son quotidien, sa maladie et ses conséquences, afin de mieux cerner les difficultés et trouver des solutions [12].

#### **9.2.2. Thérapie cognitivo-comportementale**

Les thérapies comportementales et cognitives sont constituées d'un ensemble hétérogène de techniques que l'on peut regrouper en deux catégories :

- Les thérapies comportementales : fondées sur le principe de l'apprentissage à travers plusieurs techniques dont la plus récente repose essentiellement sur l'entraînement des compétences sociales (ECS), cette dernière peut être réalisée individuellement ou en groupe, ayant pour objectif la correction de déficits spécifiques des compétences sociales, l'ECS apprend aux patients à faire face aux situations interpersonnelles de la vie courante, à sortir de l'isolement en trouvant les moyens nécessaires à la création de liens sociaux ;
- Les thérapies cognitives : agissent sur les représentations conscientes et inconscientes par le biais du langage, contribuant ainsi à améliorer la compréhension, donc la communication avec les soignants ou les proches [22].

### 9.2.3. Remédiation cognitive

Individuelle ou en groupe, c'est un ensemble de techniques visant à rééduquer ou «remédier» le fonctionnement cognitif ; exercices réalisés avec un professionnel à partir de différents supports (planches avec des mots, images, films, souvent à l'aide d'un ordinateur) [12,23].

### 9.2.4. Thérapies familiales

Les entretiens familiaux doivent être proposés de façon systématique aux familles des patients, fraternelle comprise, particulièrement en cas de rechute récente ou si le patient est à risque de rechute, ou encore en cas de symptômes psychotiques persistants [19].

### 9.3. Mesures sociales thérapeutiques

- Nécessaires pour maintenir ou rétablir l'insertion sociale et l'autonomie et améliorer la qualité de vie ; si certaines personnes atteintes de schizophrénie sont parfaitement autonomes ou peu gênées, d'autres peuvent avoir besoin d'aide (droits sociaux, ressources, travail, logement...) ;
- Les possibilités d'accès ou de maintien d'une activité professionnelle sont évaluées avec l'équipe soignante (seules 20 à 30% des personnes atteintes de schizophrénie travaillent en milieu ordinaire) ;
- La grande majorité des personnes vit de façon autonome, mais des aides au maintien à domicile peuvent être nécessaires ;
- Allocation solidarité : versée quand l'état de santé n'est pas compatible avec une activité professionnelle ;
- Dans certaines situations, il peut être nécessaire de mettre en place une mesure de protection juridique (curatelle, tutelle, sauvegarde de justice) [12].

***CHAPITRE II:  
GENERALITES SUR  
L'OBSERVANCE  
THERAPEUTIQUE***

## II. GÉNÉRALITÉS SUR L'OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE

### 1. Définition

#### 1.1. L'observance thérapeutique

L'Organisation Mondiale de la Santé (2003) propose la définition suivante: «la mesure avec laquelle les comportements d'une personne devant prendre un médicament, suivre un régime alimentaire et/ou changer de mode de vie correspondent aux recommandations convenues avec un professionnel de santé » [24].

Il existe plusieurs expressions pour identifier l'observance :

- Dans le monde anglo-saxon, on préfère le mot «adherence » qui peut être traduit par deux appellations : le terme d'adhérence qui permet de décrire un état correspondant au degré avec lequel le comportement du patient coïncide avec les recommandations du médecin, l'adhésion quant à elle identifie un processus actif qui vise à induire une augmentation de l'adhérence [25].
- La compliance est un mot américain qui désigne la rigueur avec laquelle le patient suit les prescriptions du médecin ; il est en conséquence assez proche du concept d'adhésion ; dans cette vision, le comportement est défini par une contrainte, par exemple l'ordonnance du médecin peut être vue comme une injonction de ce dernier auquel le patient n'a d'autres choix que s'y conformer [25].
- L'alliance thérapeutique est le lien qui se crée entre le patient et le professionnel de santé dans un esprit de collaboration où la confiance, l'acceptation et l'implication sont de mise [25].

#### 1.2. La non-observance thérapeutique

Reach, décrit la non-observance thérapeutique comme un phénomène complexe qui dépasse le simple cadre du médicament [26]. Elle peut être globale ou focalisée sur un des aspects du traitement ; elle peut fluctuer dans le temps ; elle peut enfin s'étendre à la ponctualité aux rendez-vous, aux recommandations hygiéno-diététiques ou aux modifications de mode de vie demandées au patient [27].

### 1.2.1. Non observance m édicamenteuse

C'est le type de non observance le plus «classique », le plus étudié et le premier qui vienne à l'esprit ! Breen et Salzman incluent cependant, dans les comportements de non observance, la surconsommation m édicamenteuse, rarement étudiée ni envisagée, dans ce domaine mais qui a, selon eux, d'importantes conséquences en terme de morbidité (surdosages, interactions m édicamenteuses) et de consultations en urgences, au domicile ou à l'hôpital [27-29].

### 1.2.2. Non observance aux règles hygiéno-di étiques

La non-observance aux mesures hygiéno-di étiques est tout aussi importante que la non observance m édicamenteuse ; elle a des conséquences tout aussi graves ; ce type de non observance est d'autant plus d'actualité que le monde médical, tout comme les pouvoirs publics, mettent depuis quelques années l'accent sur la médecine préventive et prophylactique [27].

Par ailleurs, le traitement de nombreuses maladies chroniques nécessite souvent de suivre des mesures hygiéno-di étiques parfois lourdes ou difficiles ; c'est le cas des régimes alimentaires diabétiques ou des régimes hyposodés de l'insuffisant rénal [30].

## 2. Fréquence de la mauvaise observance thérapeutique

La mauvaise observance aux traitements est un vrai problème de santé publique : on considère que 50 % des patients souffrant de maladie chronique ont une mauvaise observance, ce chiffre étant plus élevé encore pour les pathologies psychiatriques [31].

Selon les études, le taux de mauvaise observance thérapeutique dans la schizophrénie s'étend de 11 à 80 % [31].

Dans une étude publiée en 1997 par Weiden et al, la mauvaise observance avec les neuroleptiques conventionnels était de 50 % à 1 an, et de 75 % à 2 ans ; les deux tiers des réhospitalisations pourraient être directement reliées à un défaut d'observance [31,32].

CATIE est une étude multicentrique réalisée sur 57 sites nord-américains avec 1493 patients inclus où ces derniers étaient parfaitement consentants pour l'inclusion; les auteurs ont comparé la durée de maintien sous traitement par voie orale de 5 antipsychotiques différents : 64% à 82% des patients ont arrêté le traitement au terme de la première phase de l'étude à 18 mois de suivi [31,33].

Une étude récente chez des patients hospitalisés dans sept hôpitaux psychiatriques allemands montre une grande variabilité dans le pourcentage de **bonne** observance médicamenteuse observée d'un hôpital à l'autre (66% à 36.2%) [15,34].

### 3. Outils d'évaluation de l'observance thérapeutique

Il existe plusieurs méthodes pour dépister la non observance thérapeutique ; elles se répartissent en méthodes **directes**, plus fiables, mais souvent invasives et onéreuses ; et méthodes **indirectes** qui minimisent souvent le taux de non observance, mais sont de réalisation plus simple [35].

#### 3.1. Méthodes directes

Les mesures biologiques comme les dosages plasmatiques ou urinaires des médicaments sont rarement utilisés en raison du coût important et de la faible diffusion des kits de dosage [36]. Cette méthode permet de s'assurer que le médicament a été pris ; toutefois, les variations inter-individuelles du métabolisme des médicaments ne permettent pas de s'assurer avec fiabilité des prises médicamenteuses et de leur chronologie [25].

Dans le cadre d'études très ciblées un marqueur chimique de longue demi vie peut être incorporé au médicament ; ces traceurs permettent de contrôler si les médicaments ont été pris correctement sur la semaine précédente [37].

Ces dernières techniques sont précises mais coûteuses et présentent le risque d'altérer la relation thérapeutique par leur caractère trop intrusif [37].

#### 3.2. Méthodes indirectes

##### 3.2.1. Echelles d'évaluation de l'observance

L'emploi des questionnaires est la technique la plus opérationnelle ; il s'agit d'instruments standardisés dont l'intérêt est d'évaluer de façon reproductible le taux de non observance dans une population de patients sélectionnés et de rechercher des facteurs prédictifs liés à ce phénomène [38].

Comparativement aux hétéro-questionnaires, les auto-questionnaires allient efficacité et faible coût [38].

Nous présenterons trois instruments d'auto-évaluation de l'observance :

- La «Drug Attitude Inventory »(DAI) élaborée par Hogan et al. [39].
- La «Medication Adherence Rating Scale »(MARS) de Thompson et al. [40].
- Le «Rating of Medication Influences »(ROMI) de Weiden et al. [41].

### 3.2.1.1. La «Drug Attitude Inventory »(DAI)

C'est l'échelle la plus connue dans le domaine de l'observance ; la DAI apprécie l'attitude et les impressions subjectives au traitement ressentie par les patients souffrant de troubles psychotiques [39].

Il s'agit d'un auto-questionnaire à trente items dans sa version originale (DAI-30) ; les patients cotent chaque item sur une échelle analogique en 6 points (Le score de 0 à 5 correspond à une perception négative du traitement, 5 Correspond à une perception positive de celui-ci, le score totale pouvant aller de 0 à 150) [39].

Il existe une version plus courte comportant 10 items : la (DAI-10) [39].

#### - Limite :

La DAI évalue l'attitude des patients vis-à-vis du médicament et néglige la composante comportementale associée au phénomène d'observance [37].

Ces critiques sont à l'origine de la réalisation d'un nouveau questionnaire d'observance médicamenteuse, le «Medication Adherence Rating Scale »(MARS) [40].

### 3.2.1.2. La «Medication Adherence Rating Scale »(MARS)

Il s'agit d'un auto-questionnaire construit à partir des items issus de la DAI - 10 et de la «Médication Adh érence Questionnaire »(MAQ) [42].

La MARS est une échelle comportant 10 items auxquels les sujets répondent par oui/non ; les questions se rapportent au comportement du patient concernant son traitement d'une part et aux perceptions subjectives par rapport au traitement d'autre part [40].

Les trois principaux composants de la variance sont à souligner :

- la composante comportementale de l'adhésion ;
- l'attitude du sujet concernant la prise médicamenteuse ;
- les effets secondaires associés à l'attitude du patient envers les Psychotropes [43].

### - Validité/Fiabilité :

La MARS apparaît comme un outil présentant une bonne fiabilité (0,75) ainsi qu'une bonne validité; elle tient compte de la complexité du comportement d'observance [38].

L'analyse en composante principale de la MARS retient trois facteurs qui expliquent 60% de la variance; le premier facteur est relatif à la composante comportementale de l'observance (32% de la variance), le second se rapporte à l'attitude du sujet concernant la prise du médicament (16% de la variance), le dernier facteur est lié aux perceptions subjectives par rapport au traitement (12% de la variance) [38].

### - Intérêts :

Les avantages sont la rapidité de la passation, la facilité d'utilisation en clinique comme en recherche (auto-questionnaire à 10 items induisant des réponses par oui ou par non) et son faible coût [38].

Le résultat semi-quantitatif à la MARS introduit une graduation de l'observance ce qui rend mieux compte de la réalité clinique du phénomène [38].

### 3.2.1.3. Le « Rating of Medication Influences » (ROMI)

En 1994, Weiden et al. [41] ont développé le « Rating of Medication Influences » (ROMI), étudié sur 150 sujets atteints de troubles schizo-phréniques.

Un entretien semi structuré est suivi d'un entretien structuré explorant à travers 20 items les facteurs pouvant influencer l'observance thérapeutique [38].

Il est administré en 20 à 30 minutes; chaque question est cotée sur une échelle semi-quantitative de 1 (pas d'influence sur l'observance) à 3 (lien important avec l'observance thérapeutique) [38].

Selon le ROMI, les sujets observant ont un score significativement plus élevé pour l'item « crainte d'une réhospitalisation » par rapport aux sujets non observant [44].

### - Intérêts :

Selon les auteurs, la supériorité de cet instrument tient dans la prise en compte de facteurs qui ne sont pas évalués par la DAI-30 : l'attitude familiale envers le traitement; les effets liés à la relation thérapeutique; les obstacles financiers; l'abus de substance [38].

### - **Limite :**

L'emploi de ce matériel est complexe puisqu'il nécessite du temps et requiert l'intervention d'un clinicien expérimenté [38].

### **3.2.2. Décompte des prises médicamenteuses**

Le système de comptage de prise médicamenteuse (pilulier) est une technique de détection indirecte ; cette méthode d'évaluation présente aussi le risque d'altérer la relation thérapeutique par son caractère trop intrusif ; l'autre critique est liée à la faible fiabilité de cette technique qui surestime le taux d'observance: l'absence d'un comprimé dans le pilulier ne donne pas forcément la preuve que le patient l'a ingéré [38].

### **3.2.3. Monitoring électronique**

Le développement récent du système de comptage électronique : MEMS Medication Event Monitoring System qui améliore la fiabilité et surtout la précision de la mesure ; toutefois, cette technique présente comme principal inconvénient d'être Coûteuse et n'enlève pas le risque que le patient n'ait pas absorbé le médicament [38].

## **4. Facteurs déterminants l'observance thérapeutique**

Sont successivement envisagés les facteurs liés au traitement, au patient, au médecin, à la relation médecin-malade, à l'entourage du patient et à la maladie elle-même [45].

### **4.1. Facteurs liés au traitement**

- L'observance est inversement corrélée au nombre de médicaments prescrits ; au-delà de trois médicaments différents, l'observance diminue d'une façon importante ;
- L'observance est liée au nombre de prises quotidiennes de traitement ; c'est avec une, voire deux prises quotidiennes, que l'on obtient en règle générale la meilleure observance ;
- La durée du traitement est un facteur déterminant de l'observance ; la plupart des traitements médicamenteux psychotropes doivent être poursuivis au long cours ; le risque de mal-observance augmente avec la durée du traitement et l'ancienneté de la rémission ;
- L'existence d'effets indésirables liés aux traitements diminue l'observance, ce d'autant plus que ces effets indésirables sont plus invalidants ;

- Les représentations sociales et individuelles des traitements psychotropes, qui renvoient à la notion de maladie mentale, déterminent également l'observance [45].

### 4.2. Facteurs liés au patient

- L'observance est positivement corrélée à l'âge; elle est plus élevée chez les sujets mariés ou vivant en concubinage que chez les célibataires ; en revanche, elle ne semble associée ni au sexe, ni au niveau socio éducatif ;
- Une conscience des troubles et des capacités d'introspection de bonne qualité sont des facteurs de bonne observance thérapeutique ;
- Les patients déprimés, ont un risque trois fois plus élevé que les patients non déprimés de ne pas prendre correctement leur traitement médical ;
- L'existence de conduites addictives est aussi un facteur de médiocre observance [45].

### 4.3. Facteurs liés au médecin

Le temps d'attente du patient à la consultation, ainsi que la durée de la consultation sont des facteurs qui interviennent dans l'observance : plus l'attente est prolongée, et plus la consultation est brève, moins l'observance est satisfaisante [45].

### 4.4. Facteurs liés à la relation médecin-malade

Des travaux ont montré que les facteurs qui favorisent l'observance sont : des réactions transférentielles et contre transférentielles positives, l'empathie dans la relation médecin-patient, l'information quant au diagnostic de la maladie et à ses traitements (effets recherchés et indésirables), la satisfaction du patient à propos de la consultation, du médecin et de l'institution (caractère agréable du lieu, temps d'attente notamment), ainsi que la croyance du patient dans l'utilité des recommandations de son médecin [45].

### 4.5. Facteurs liés à l'entourage du patient

Ils sont souvent ignorés dans la pratique ; on sait toutefois que l'observance est d'autant meilleure que l'entourage est perçu comme soutenant, que les conflits familiaux sont peu importants et que les membres de la famille acceptent d'adapter leur vie aux changements nécessités par la maladie [45].

### 4.6. Facteurs liés à la maladie elle-même

- Les premiers épisodes ont une place particulière ; il est montré que les taux de mauvaise observance sont les plus importants au début de la maladie ; or la non observance est un facteur de rechute, dont le taux peut varier entre 40 et 90 % la première année;
- La durée de maladie non traitée, et donc la mauvaise observance au début de la maladie, sont des facteurs de mauvais pronostic clinique et social;
- Les formes paranoïdes désorganisées ou partiellement résistantes s'accompagnent fréquemment d'une mauvaise compliance, attribuable aux effets collatéraux des thérapeutiques ;
- Les formes déficitaires avec retentissement cognitif et l'absence de prise de conscience de la maladie (insight), qui va de pair avec la difficulté liée à la perception d'un bénéfice thérapeutique [25].

## 5. Conséquences de l'inobservance thérapeutique

### 5.1. Conséquences cliniques

#### 5.1.1. Rechute

Les rechutes chez les patients souffrant de schizophrénie sont un problème majeur, celles-ci ont comme facteur de risque principal, la mauvaise observance thérapeutique [46].

Hansell S., et al. Citent que la mauvaise adhésion thérapeutique est source d'un accroissement du nombre des hospitalisations et d'une exacerbation des symptômes [47].

#### 5.1.2. Aggravation des symptômes

L'étude de cohorte menée par Olfson et al. [48], incluant 213 patients atteints de trouble schizophrénique ou schizo-affectif met en évidence que la non observance (évalué par l'interrogatoire) est associée de manière significative à une exacerbation des symptômes psychotiques qui correspond à une augmentation de 3 points à la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). De même, Ayuso-Gutierrez et Del Rio Vega, concluent que 75% des patients qui arrêtent leur traitement neuroleptique ont une exacerbation significative de leurs symptômes psychotiques comparés à 25% de ceux qui prennent leur traitement régulièrement [49].

### 5.1.3. Désinsertion sociale

Rappelons qu'Olfson et al. ont montré que la non observance augmentait le risque de devenir SDF [48]. Quand à Johnson et al. Ils ont démontré que les patients atteints de schizophrénie qui rechutent ne retrouvent pas leur niveau social antérieur à un an de rechute [50].

### 5.2. Conséquences économiques

Pour Weiden et Olfson, 40% des coûts hospitaliers directs peuvent être attribué aux rechutes par défaut d'observance [37]. 63% du coût des réhospitalisations est dû à la perte d'efficacité des neuroleptiques et 37% est dû à l'absence d'observance [51]. Le surcoût induit par l'inobservance totale constitue près de 2/3 du coût total lié au nombre de jours d'hospitalisation pendant une période de 12 mois [52].

## 6. Stratégies d'amélioration de l'observance thérapeutique

### 6.1. Interventions psychosociales

Différentes techniques sont utilisées, dont la psycho éducation familiale et individuelle, la TCC, l'intervention de motivation, un regroupement de ces techniques, etc. Ce type d'intervention semble nécessaire mais peu d'études existent sur leur efficacité sur l'observance, et toutes ces interventions ne sont pas accessibles à tous les patients [15].

### 6.2. Antipsychotiques atypiques per os

La meilleure tolérance des antipsychotiques atypiques a permis de penser que leur prescription favorisait l'observance en améliorant la qualité de vie [15]. En fait, une étude montre que bien l'observance thérapeutique soit un peu meilleure avec les AA qu'avec les AT, les patients recevant des AA ne prennent quand même pas leur traitement sur un tiers de l'année (110 jours avec AA versus 125 jours avec AT) [53].

### 6.3. Antipsychotiques retards

Il semble que l'usage des formes retard améliore l'observance d'après une revue de six études randomisées, le taux de rechute sur un an est de 42% avec les antipsychotiques par os versus 27% avec les formes retard [54]. Ce serait alors la meilleure technique pour améliorer l'observance ; la durée d'hospitalisation serait aussi plus courte avec les formes retard [15].

# **CHAPITRE III : GENERALITES SUR L'INSIGHT**

### III. GÉNÉRALITÉS SUR L'INSIGHT

#### 1. Introduction

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) [55-57].

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 somato-sensible droit : ceux-ci souffrent alors d'une hémiparésie gauche qu'ils ne reconnaissent pas et dont ils peuvent même nier obstinément l'existence malgré l'évidence flagrante [58,59].

#### 2. Psychopathologie de l'insight

La conscience du trouble ne peut être expliquée actuellement par un mécanisme unique ; c'est un phénomène certainement d'origine étiologique multiple ; il apparaît qu'une approche intégrative semble à privilégier pour permettre de préciser un phénomène important de la pathologie schizophrénique, encore mal connu après des années de recherche [60].

Selon Birchwood, il existerait au moins quatre modèles d'explication chez ces patients [61]:

##### 2.1. Modèle psychodynamique

Le défaut d'insight a été attribué dans un premier temps à un mécanisme de défense psychologique (protecteur du moi), notamment le déni suite aux travaux de Freud ; le déni correspond à un refus de prise en charge de certains éléments de la réalité alors qu'ils ont été

perçus ; il s'agit d'un mécanisme certes inconscient, mais actif se déroulant dans l'après-coup du phénomène perceptif et non pas d'une anomalie perceptive [62].

Ces mécanismes de défense psychologiques permettraient aux patients de se protéger des conséquences sociales de leur maladie, et surtout de lutter contre les émotions négatives (l'anxiété et la dépression) résultant de la stigmatisation sociale d'avoir une maladie mentale [63-65]. On retrouve peu d'études psychanalytiques sur le thème de l'insight et la plupart des travaux sont anglo-saxons basés sur l'analyse rétroactive de cas [66].

### **2.2. Modèle neuropsychologique**

Le déficit de la conscience du trouble est ici comparable à l'anosognosie (incapacité pour un patient de reconnaître la maladie ou la perte de capacité fonctionnelle dont il est atteint) ; l'anosognosie que l'on retrouve en neurologie dans les maladies dégénératives comme la démence de type Alzheimer, correspondrait à une lésion ou une anomalie cérébrale frontale ou pariétale [67].

Dans le but d'expliquer un faible insight par un dysfonctionnement cérébral, Lysaker et al. ont proposé en 1994 de définir l'insight comme l'anosognosie ; dans cette définition, un faible insight est défini par la difficulté du patient à percevoir et à construire une représentation correcte de sa maladie ; ils ont utilisé des tests neuropsychologiques pour expliquer l'implication du lobe frontal dans l'insight chez les patients souffrant d'une schizophrénie ; certaines techniques d'imagerie cérébrale (l'analyse morphométrique: voxel-based morphometry), ont permis de trouver une corrélation entre un faible insight et une diminution du volume de la matière grise du cortex frontal, temporal, pariétal, cingulaire ; d'autres études ne confirment pas cette idée [67,68].

### **2.3. Hypothèse clinique**

L'insight clinique peut être défini comme la présence ou l'absence de conscience de souffrir d'un trouble mental nécessitant un traitement ; dans l'objectif d'avoir des mesures empiriques de l'insight, l'insight clinique a été considéré comme une reconnaissance, une capacité d'attribution, une solidité de la croyance [67]. Selon Cuesta et Peralta, le trouble de l'insight serait un symptôme primaire lié directement à la maladie mentale [69].

### 2.4. Mod èle cognitif

Le mod èle propos é par Beck et al. S'inscrit dans la mouvance récente des théories dites « cognitives »; dans ce contexte spécifique, les hypoth èses reposent sur le postulat de l'existence de biais cognitifs aussi appelées distorsions cognitives dans la prise en compte de la r éalit é et des stimuli environnementaux [70]. Selon l'idée de Beck, ce qui différencierait spécifiquement les sujets non cliniques versus les sujets souffrant de psychoses serait leur plus grande capacit é à relativiser leurs conclusions et leurs croyances, ainsi que d'admettre que ces derni ères puissent être erron ées ; les patients schizophr ènes pr ésenteraient alors, selon cette proposition, des biais plutôt que des d éficits dans le traitement de l'information [67].

### 3. Les dimensions de l'insight

Les premi ères évaluations de l'insight ont été réalisées de manière catégorielle, c'est à-dire en tout ou rien, évaluant un insight partiellement pr ésent ou partiellement absent [71].

Les mesures catégorielles sont utiles pour permettre des comparaisons entre individus sur des caractéristiques d éfinies de manière large, mais comportent deux inconv énients majeurs, le premier étant la difficult é de bien distinguer les diff érentes cat égories, et le second, ce qui est possible de d éduire de ces descriptions catégorielles [71]. Ainsi diff érents auteurs ont essay és de conceptualiser l'insight comme un phénomène non plus dichotomique, mais multidimensionnel et pouvant évoluer dans le temps [72-75].

Le mod èle d'Amador et al. [73, 76, 77,78] est actuellement consid éré comme le mod èle de r éf érence en clinique et en recherche pour appréhender la notion de l'insight dans la schizophr énie et les troubles psychotiques en g én éral. Ces auteurs ont propos és une approche continue et multidimensionnelle de l'insight où deux principales dimensions sont envisagées:

- La prise de conscience de la symptomatologie de la maladie et ;
- Le processus d'attribution des sympt ômes (voir figure 1 ci-dessous).

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

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

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

Modèle d'Amador et al. (1991, 1993)

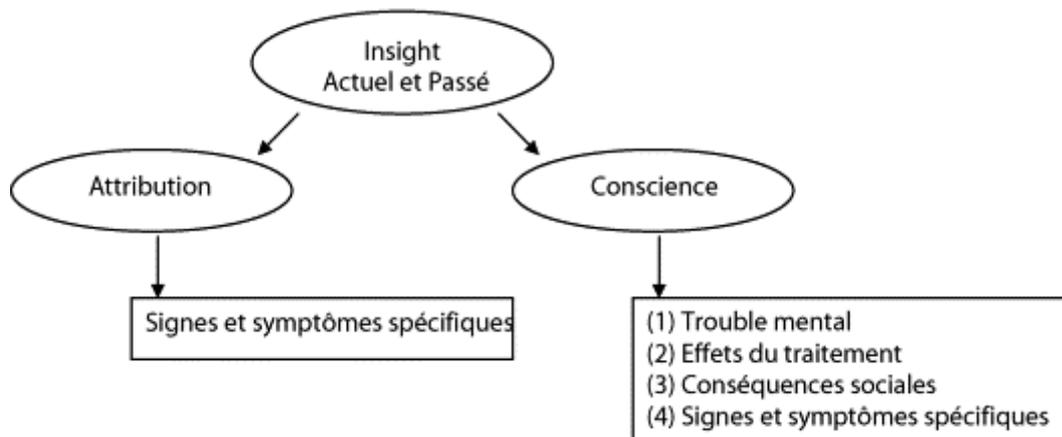


Figure 1: Mod èle d'Amador et al. (1991, 1993) [73,78].

On a proposé de distinguer « insight explicite » : clairement verbalisé par le patient et avalisé par le psychiatre, et « insight implicite » : le patient tout en niant avoir une maladie mentale, des symptômes anormaux, des problèmes de fonctionnement et d'adaptation psychosociales, des difficultés relationnelles, et la nécessité de soins et de traitement, se conforme à un comportement raisonnable, vient régulièrement aux consultations, présente une compliance et une observance thérapeutique satisfaisantes [79].

### 4. Echelles d'évaluation de l'insight

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. [57]

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...etc.), 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 [55].

#### 4.1. 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 [55].

Cette échelle est composée de 11 questions, le score allant de 0 (pas d'insight) à 22 (insight maximum) [56].

### 4.2. 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 événements 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 [55].

### 4.3. 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 [55].

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) [56]. 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) [56].

### 4.4. L'échelle IS

**Birchwood et al.** [80]. (1994) élaborent un auto- questionnaire comportant 8 items, ce questionnaire très bref permet de donner une évaluation rapide de l'insight du patient.

Exemples d'items :

- "Le médecin a raison de me prescrire de traitement médicamenteux".
- "Aucune des choses inhabituelles que j'ai vécues n'est due à une maladie"

La personne peut choisir entre 3 réponses pour chaque item : "D'accord", "En désaccord", "Incertain(e)". Il faut se référer au barème de notation pour savoir combien de points attribuer par réponse.

### 4.5. L'échelle Q8

**Bourgeois M.L et al.** [81,82] ont élaborés en 2002 une échelle sous forme d'un hétéro-questionnaire simple et rapide, formé de 8 questions ouvertes pour explorer différentes dimensions de la conscience du trouble. 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.

## 5. Les facteurs influençant l'insight

### 5.1. Facteurs démographiques

L'identification des facteurs démographiques associés au manque d'insight s'avère compliqué ; certains auteurs ont mis en évidence une association entre un mauvais insight et l'âge [65], le sexe féminin, la situation maritale [82], le faible niveau d'éducation [83,84]. D'autres auteurs n'ont pas trouvé cette association [67].

### 5.2. Facteurs socioculturels

L'insight pourrait aussi dépendre des standards de la culture du patient, notamment de la perception de la maladie mentale [67]. Une étude réalisée par McCABE et al. [85] a comparé différents modèles explicatifs de la maladie schizophrénique chez quatre groupes ethniques distincts (mais de seconde génération, pour éviter les biais liés à la migration):

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

Dans l'étude de Turkington et al. [86], une différence significative est apparue dans l'amélioration de l'insight après prise en charge, entre groupes ethniques. Le groupe de sujets issus des minorités noires et afro-caribéens a présenté une amélioration significativement inférieure aux populations blanches de l'étude.

Ces résultats mettent l'accent sur la nécessité de prendre en compte le contexte socioculturel, et les croyances des patients lors de l'évaluation de l'insight, mais aussi les croyances et attitudes du clinicien envers le patient. En effet, il existe plusieurs explications d'origine culturelles différentes aux symptômes psychotiques, acceptées et répandues parmi les populations d'origines diverses [86].

### 5.3. La violence

Certains travaux ont retrouvé une relation positive entre l'insight et la violence chez les patients schizophrènes [67].

### 5.4. La consommation de substances psycho-active

La prévalence à vie de la consommation de substances toxiques (abus/dépendance) est estimée à 47% chez les personnes schizophrènes selon l'enquête de l'« Epidemiologic Catchment Area (ECA) » réalisée aux Etats-Unis [87]. Les substances les plus consommées par ordre décroissant sont: le tabac, l'alcool, le cannabis et les stimulants ; la comorbidité schizophrénie-toxicomanie a des conséquences majeures tant pour les patients que pour la communauté [88].

Peu d'études ont été réalisées sur la relation entre l'insight dans la schizophrénie et la consommation de substances toxiques ; il a été constaté que les patients alcooliques schizophrènes ont un pauvre insight dans l'alcoolisme comparé aux patients alcooliques non schizophrènes, ceci s'explique par le fait que l'alcool a des effets neurotoxiques qui se traduisent par des déficits neurocognitifs importants [67].

### **5.5. Les caractéristiques cliniques de la maladie**

#### **5.5.1. Le diagnostic**

La conscience du trouble est liée au diagnostic ; beaucoup d'études ont montrés que le mauvais insight est plus fréquent dans la schizophrénie (de l'ordre de 85% des patients) que dans les autres pathologies psychiatriques (trouble schizo-affectif, trouble bipolaire, trouble dépressif récurrent...) [82].

#### **5.5.2. Les symptômes**

Plusieurs études se sont intéressées à la relation entre l'insight et les symptômes dans la schizophrénie ; certaines études ont montrés l'existence d'une corrélation négative entre l'insight et les symptômes négatifs, positifs, et la sévérité globale des symptômes [65].

D'autres études n'ont pas retrouvés cette relation [74,78]. La divergence de ces résultats peut s'expliquer en partie par les différences dans les méthodes d'échantillonnage, la composition et la taille des échantillons de l'étude, les instruments utilisés pour mesurer l'insight et d'autres variables, et le stade de la schizophrénie [67].

#### **5.5.3. La dépression**

La fréquence des troubles dépressifs chez les patients schizophrènes varie de 7 à 70% selon les études, le risque sur la vie entière de développer une dépression étant cependant estimé à 65% chez ces patients [89]. Les études s'intéressant au lien entre l'insight et la dépression présentent une grande hétérogénéité ; certaines ont retrouvés une corrélation positive entre la dépression et le niveau d'insight [65], tandis que d'autres n'ont pas mis en évidence une corrélation entre la dépression et l'insight [73,84].

L'hétérogénéité des résultats de ces recherches peut s'expliquer en partie par la diversité des outils mesurant l'insight d'une étude à une autre, ainsi que l'utilisation d'échelles de dépression non spécifiques à la schizophrénie, ne discriminant pas bien les symptômes dépressifs et la symptomatologie négative [67].

### 5.5.4. Le suicide

Le suicide constitue la première cause de mort prématurée chez les patients souffrant de schizophrénie; le risque suicidaire serait majoré au cours des phases précoces de la maladie, en particulier la première année qui suit le diagnostic ; la coexistence d'un trouble de l'humeur est un facteur de risque de suicide identifié dans cette population [90].

Les données de la littérature sont consensuelles quant au lien entre un bon niveau d'insight et une augmentation du risque suicidaire [82,64]. Schwartz a évoqué un continuum insight-démoralisation-dépression-risque suicidaire ; l'hypothèse selon laquelle l'association entre l'insight et le risque suicidaire serait liée à l'existence d'une symptomatologie dépressive ou un sentiment de désespoir, reste à confirmer [67].

### 5.5.5. Le mode, le nombre et la durée d'hospitalisation

Dans la littérature, certains travaux ont mis en évidence une relation entre l'insight et le mode d'hospitalisation [74,82], la durée d'hospitalisation [74,82], le nombre d'hospitalisations [84], le nombre de réhospitalisations [74], la durée d'évolution de la maladie [83], tandis que d'autres travaux n'ont pas retrouvé de relation entre l'insight et ces éléments [84].

## 5.6. Facteurs liés à la prise en charge thérapeutique

### 5.6.1. Le traitement médicamenteux

Plusieurs études ont rapporté des résultats contradictoires concernant la relation entre les niveaux d'insight et les types d'antipsychotiques reçus par les patients schizophrènes (Pallanti et al. 1999 [91]; Buckley et al. 2001 [92]; Aguglia et al. 2002 [93]; Ritsner et al. 2007 [83]).

### 5.6.2. Les thérapies non médicamenteuses

Dolder et al. ont mis en évidence que le meilleur moyen d'améliorer l'insight est d'intervenir auprès des patients à la fois dans une attitude comportementale mais aussi éducative [94].

Une revue de la littérature des études publiées depuis 1980 sur les manières d'augmenter l'adhérence au traitement chez les patients schizophrènes met en évidence l'effet positif des méthodes éducatives, comportementales et cognitives ; elles amélioreraient l'insertion sociale, diminueraient les rechutes et les symptômes [67].

La psychoéducation précoce et les interventions psychothérapeutiques (comme des entretiens de motivation) peuvent améliorer l'adhésion au traitement chez les patients schizophrènes [67].

Toutes les études ne confirment pas l'efficacité du traitement psychosocial sur la compliance au traitement; mais elles confirment que l'atteinte de l'insight et des fonctions cognitives sont parmi les facteurs prédictifs connus de non adhésion au traitement [67].

L'insight des patients présentant des pensées bizarres et des éléments délirants pourrait s'améliorer avec l'emploi des thérapies cognitivo-comportementales [86], tandis que les patients présentant des déficits cognitifs importants pourraient voir leur insight amélioré notamment par des traitements de remédiation cognitive [67].

***PARTIE***  
***PRATIQUE***

## I. INTRODUCTION

Après avoir présenter la partie théorique, il est inévitable d'adopter une méthodologie de recherche qui est un ensemble de méthodes menant toute recherche scientifique ; dans cette étude nous avons utilisé la méthode statistique qui est une étude transversale a visé descriptive et analytique dont l'objectif principal est essentiellement de recueillir les données pour mettre en évidence une association entre l'insight et l'observance thérapeutiques chez le schizophrènes hospitalisés au service de psychiatrie du CHU de Bejaia en mois mars et de septembre.

Notre partie pratique se subdivise comme suit :

- Int é âts et objectifs.
- Méthodologie : dans cette partie de la recherche, nous allons évoquer la population, le matériel utilisé, les échelles utilisées pour établir le questionnaire, la procédure employ ée pour faire passer le questionnaire, mais également les différentes variables étudi ées ; tous les aspects concernant la passation du questionnaire seront expliqu ées dans cette partie.
- Résultats : par contre dans cette partie de la recherche nous allons présenter nos résultats par des variables qualitatives et quantitatives (tableaux et graphiques).
- Analyse et discussion : dont l'objectif principal est de déterminer la force d'association de l'insight et l'observance thérapeutique ; et aussi l'interprétation des résultats en faisant référence aux données de la littérature.
- Et enfin une conclusion générale.

## II. INTÉRÊT ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Dans le cadre d'étudier la corrélation entre la connaissance des troubles et l'observance thérapeutique dans la schizophrénie, puisque elle constitue dans notre contexte l'une des préoccupations majeures des psychiatres pour évaluer le pronostic et l'évolution de la schizophrénie ; des objectifs principaux ont été tracés :

- Evaluer l'insight ainsi que l'observance thérapeutique chez notre population d'étude.
- Recherche d'éventuels facteurs influençant l'insight.
- Recherche d'une relation entre le type, le nombre et la fréquence de prise des neuroleptiques et l'observance thérapeutique.
- Recherche d'une éventuelle relation entre les effets secondaires du traitement et la qualité de l'observance thérapeutique.
- Rechercher l'existence d'une relation entre l'insight et l'observance thérapeutique.

Comme toute enquête par questionnaire sur terrain présente des difficultés, au cours de la réalisation de notre questionnaire sur les malades nous avons rencontré quelques difficultés ; mais les difficultés majeures qui méritent d'être soulignées sont :

- Des échelles d'auto-évaluation ont été utilisées comme des échelles d'hétéro-évaluation en raison de la variation du niveau d'instruction chez les patients.
- Difficulté d'aborder le questionnaire sur les malades et la traduction de la signification des items en langue courante.
- Certains facteurs (ex. : causes d'abandon du traitement et types des effets indésirables) n'ont pas pu être repérés en raison de non-compliance des patients.
- Impossibilité d'évaluer les paramètres à l'entrée et à la sortie de l'hôpital vu que la durée d'hospitalisation de certains malades s'étale sur des mois.
- L'insight et l'observance thérapeutique ont été évalués à des stades différents d'un patient à l'autre car certains étaient évalués en étant stables et d'autres peu stables sous traitement.
- Notre échantillon est réduit en raison de la suspension de notre stage d'internat à cause de la propagation de la pandémie de Covid-19 en Algérie.

### III. MÉTHODOLOGIES

#### 1. Type et lieu de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive et analytique effectuée sur 15 cas de malades schizophrènes hospitalisés au niveau du service de psychiatrie du CHU de Bejaia, cette étude a été réalisée en deux périodes : la première période s'étalant du 02 février 2020 au 05 mars 2020, et la deuxième allant du 01 septembre 2020 au 29 octobre 2020.

#### 2. Critères d'inclusion

- Age > 18 ans.
- Malade ayant un diagnostic de schizophrénie selon les critères de DSM-V.
- Malade déjà mis sous traitement neuroleptique au moins durant un an.
- Patients schizophrènes hospitalisés et coopérant.
- Toutes formes cliniques incluent.

#### 3. Critères d'exclusion

- Le refus de consentement pour l'étude.
- Age < 18 ans.
- Patient non coopérant.
- Patients schizophrènes agités.
- Patients schizophrènes confus.
- Schizophrénie avec comorbidité neurologique ou retard mental.
- Présence de troubles cognitifs graves.

#### 4. Information et consentement

Les différents patients ayant pris part à notre étude, sont sollicités d'accorder leur consentement éclairé et ce dans le respect de la déontologie et les règles éthiques de la recherche ; le recueil des données s'est fait dans le respect de l'anonymat et de la confidentialité des informations.

#### 5. Recueil des données

Pour la collection de l'ensemble des données, afin de réaliser notre étude statistique on a élaboré une fiche d'exploitation (Annexe I) sous forme d'un questionnaire qui a été établi pour chaque patient concerné par notre étude comportant les éléments suivants :

##### 5.1. Les caractéristiques sociodémographiques du patient

5.2. Les antécédents personnels du patient : en mettant l'accent sur les antécédents psychiatriques, judiciaires et toxiques du patient.

##### 5.3. caractéristiques cliniques de la maladie

- L'âge de début de la schizophrénie.
- Mode de début.
- Les formes cliniques de la schizophrénie.
- Thématiques délirantes.
- Hospitalisation antérieure.
- La Prise en charge thérapeutique.

##### 5.4. Prise en charge thérapeutique.

##### 5.5. Évaluation de l'insight à l'aide de l'échelle d'insight de Birchwood (Birchwood Insight Scale) (Annexe II).

C'est une échelle d'autoévaluation de l'insight comportant 8 items répartis en 3 sous échelles :

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

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

#### 5.6. Evaluation de l'observance

##### 5.6.1. Régularité du suivi

La régularité du suivi a été évaluée sur le critère de l'absence de retard de plus d'une semaine aux rendez-vous, durant les trois mois précédant l'entretien.

##### 5.6.2. Auto questionnaire

L'observance a été évaluée par un auto-questionnaire : **MARS (Medication Adherence Rating Scale) (Annexe III)**, il s'agit d'une échelle comportant 10 items auxquels les sujets répondent par oui/non, le résultat est exprimé sous la forme d'un score total compris entre 0 et 10.

Chaque réponse " non " est considéré comme " 1 " et chaque réponse " oui " est classé comme " 0 ", à l'exception des 7<sup>ème</sup> et 8<sup>ème</sup> items, dans les quels chaque réponse " Oui " est considéré comme " 1 " et chaque réponse " non " est classé comme "0".

- Un score général supérieur ou égal à 5 détermine les patients observant (score  $\geq 5$ ).
- Un score général inférieur à 5 détermine les patients non observant (score  $< 5$ ).

#### 6. Méthodes statistiques

L'analyse et le traitement des données recueillies par notre questionnaire sont effectués en utilisant : le Microsoft Office Excel 2007, et le calcul manuel.

Le traitement des données a été basé sur deux méthodes :

##### 6.1. Analyse descriptive

- Pour les variables qualitatives, nous avons calculés effectifs et les pourcentages.
- Pour les variables quantitatives, nous avons calculés moyennes et les écarts types.

## 6.2. Analyse bivariée

Dans cette analyse nous avons fait appel à l'étude cas/témoin, dont l'objectif est de calculer la force d'association qui a été estimée par le calcul d'odds ratio (OR) présenté avec un Intervalle de Confiance (IC) à 95%.

Le calculer d'odds ratio a été effectué par la formule suivante :  $OR = a*d / b*c$

**Tableau 2: Illustration de l'étude cas/témoin.**

	<b>Cas</b>	<b>T émoins</b>
<b>Exposition pr é sente</b>	a	b
<b>Exposition absente</b>	c	d
<b>Total</b>	a+c	b+d

### 6.2.1. Interprétation de l'odds ratio

- Si  $OR = 1$  Pas de lien entre le facteur et la maladie.
- Si  $OR > 1$  L'exposition constitue un risque.
- Si  $OR < 1$  L'exposition est un facteur protecteur.

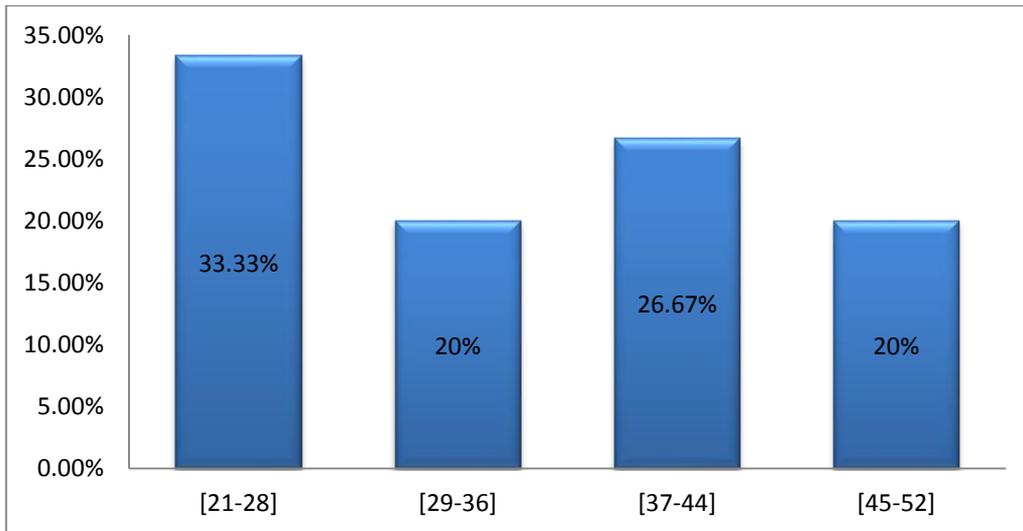
**IV. RÉSULTATS**

**1. Analyse descriptive**

**1.1. Répartition des cas selon les caractéristiques sociodémographiques**

**1.1.1. Répartition selon l'âge**

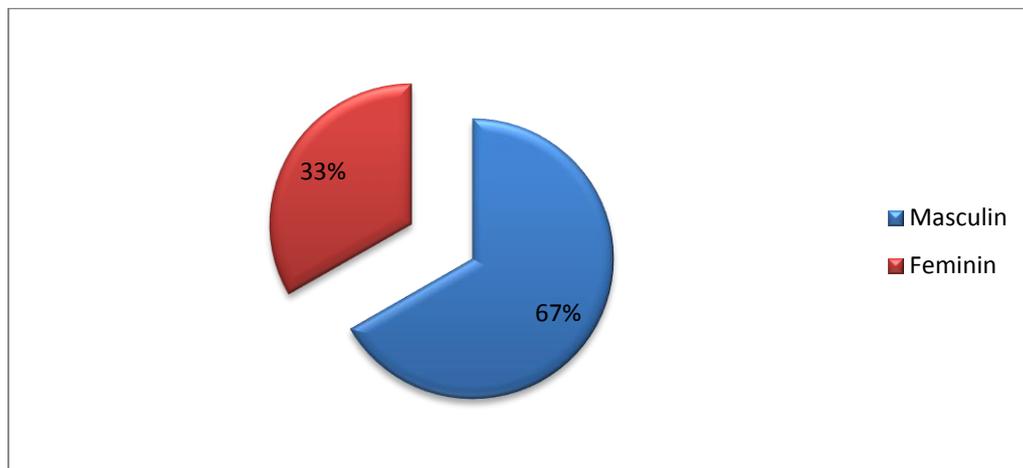
La moyenne d'âge des patients était de 35ans (Ecart type=9,52) avec un pic de fréquence entre 21 et 28ans (5cas).



**Figure 2: Répartition des cas étudiés selon l'âge.**

**1.1.2. Selon le sexe**

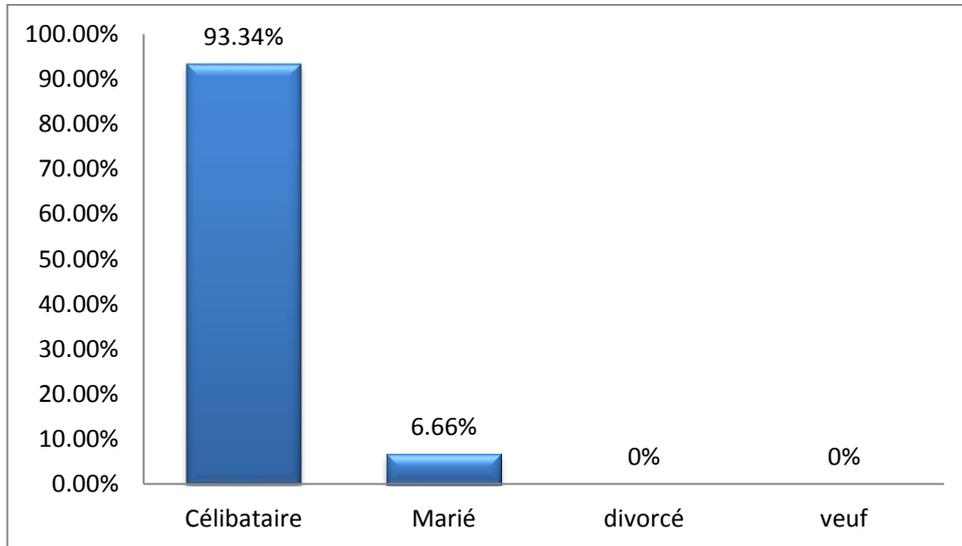
On note une prédominance masculine avec un taux de 66,67% (10cas), contre un taux de 33,33% pour le sexe féminin (5cas).



**Figure 3: Répartition des cas étudiés selon le sexe.**

**1.1.3. Le statut matrimonial**

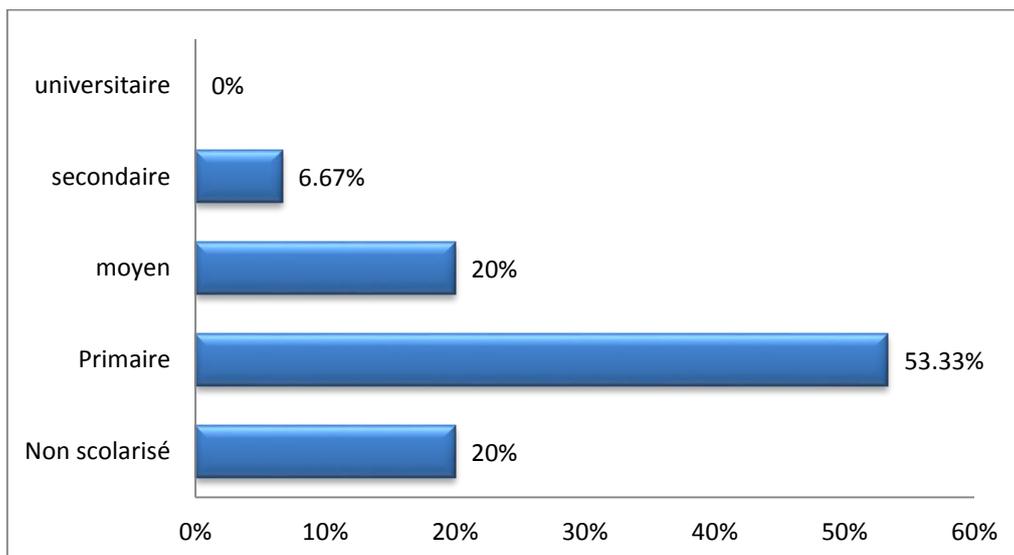
Les patients de notre étude sont majoritairement célibataires (14cas) soit un taux de 93,34%, et (1cas) marié soit un taux de 6,66%.



**Figure 4: Répartition des cas selon le statut matrimonial.**

**1.1.4. Le niveau scolaire**

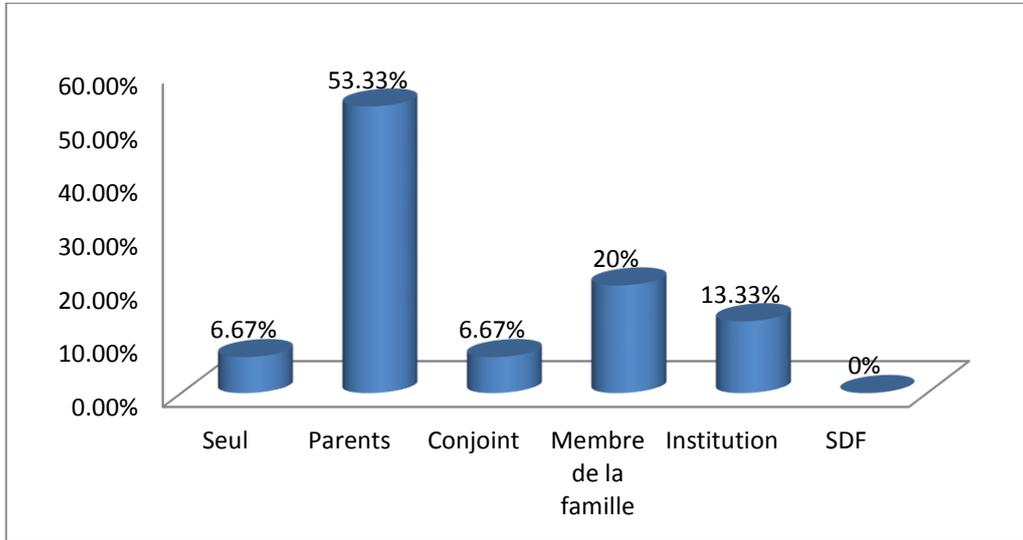
Le niveau d’instruction le plus répondu dans notre groupe de patients était le niveau primaire (8cas) soit un taux de 53,33%, puis 20% pour les non scolarisés (3cas) et le niveau primaire (3cas) ; 6,67% de niveau secondaire (1cas), et aucun de nos patients n’a été de niveau universitaire.



**Figure 5: Répartition des cas selon le niveau scolaire.**

**1.1.5. Milieu de vie**

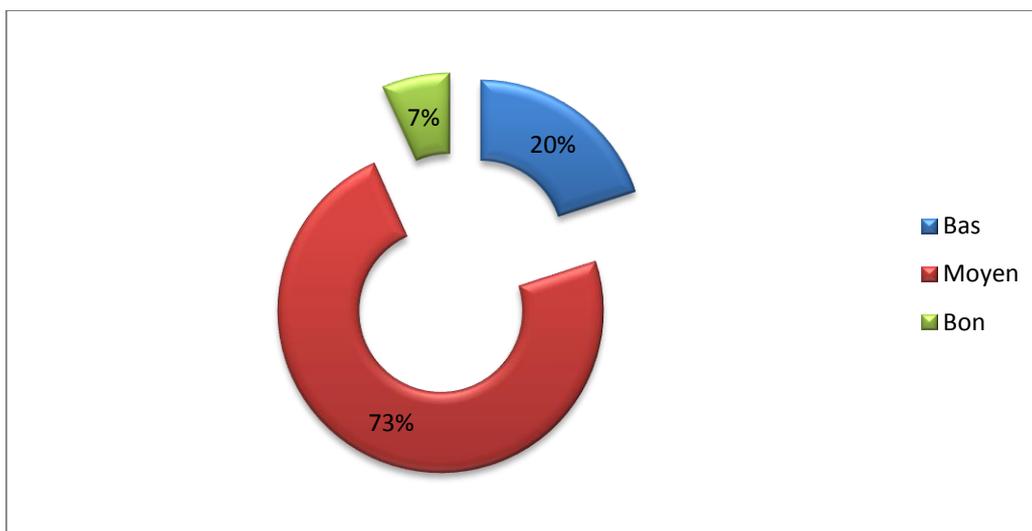
La majorité des patients de notre étude vivent avec leurs parents (8cas) soit un taux de 53,33%, (3cas) avec un membre de la famille 20%, (2cas) en institution 13.33%, (1cas) vit seul 6.67%, et un autre vit avec son conjoint 6.67%, par contre on n'a pas noté de patients sans domicile fixe.



**Figure 6: Répartition des cas selon le milieu de vie.**

**1.1.6. Rendement mensuel de la famille**

Les patients ayant un rendement mensuel moyen étaient les prédominants dans notre population (11cas) soit un taux de 73%, ensuite ceux avec un niveau économique bas (3cas) avec un taux de 20%, et (1cas) ayant un bon niveau économique soit 7%.



**Figure 7: Répartition des cas selon le rendement mensuel de la famille.**

**1.1.7. Type d'habitat**

Nous avons noté que 53% des patients vivent en milieu urbain (8cas), et 47% vivent en milieu rural.

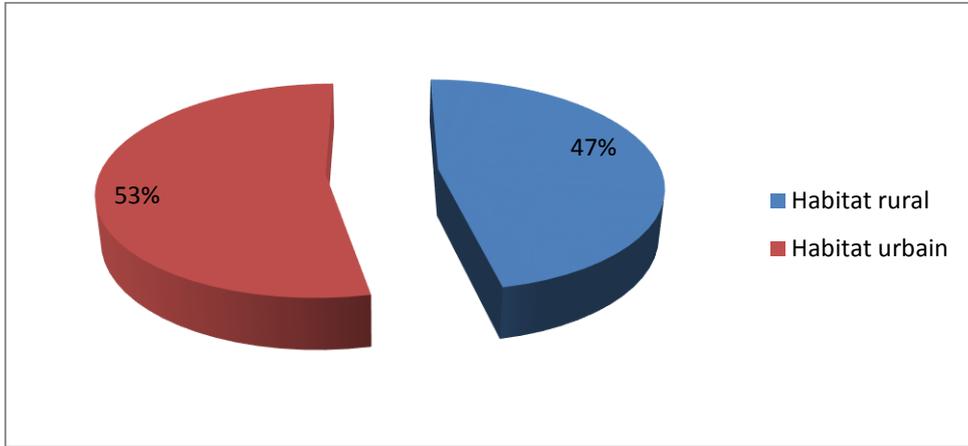


Figure 8: Répartition des cas selon le type d'habitat.

**1.2. Répartition des cas selon les antécédents**

**1.2.1. Les antécédents personnels**

La majorité des patients avaient des antécédents psychiatriques (14cas) soit un taux de 93.33%, et la consommation de substance toxique enregistré chez 80% des malades (12cas) ; tandis que les antécédents médico-légaux et de tentative de suicide ont été retrouvés respectivement chez 33.33% (5cas) et 26.67% (4cas) des cas ; et seulement 20% avaient des antécédents médicaux (3cas).

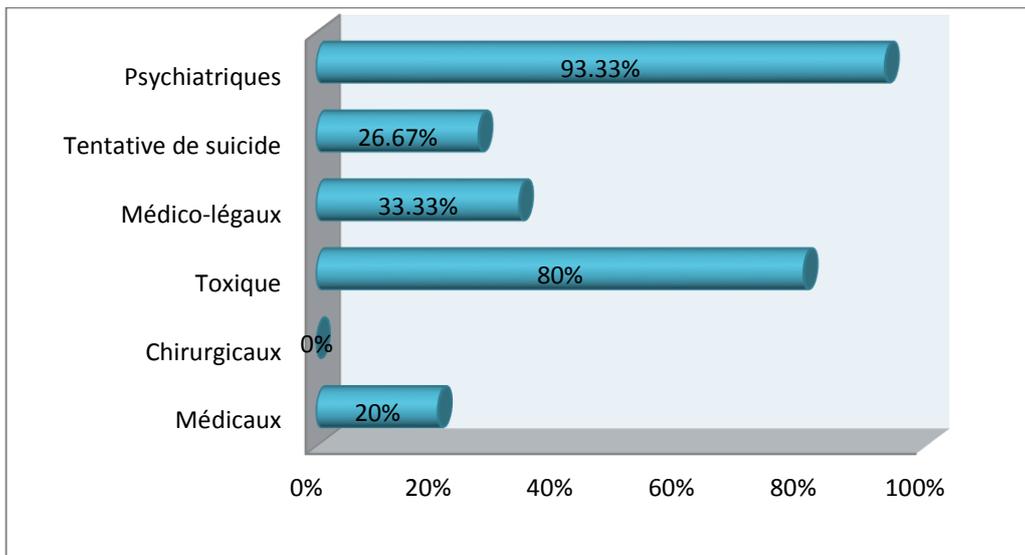
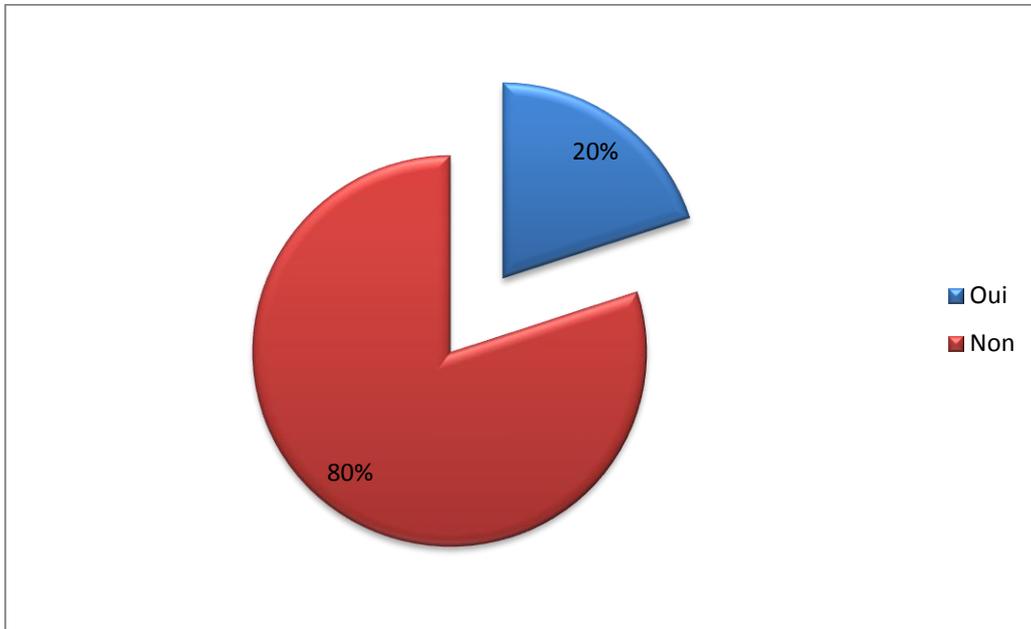


Figure 9: Répartition des cas selon le type des antécédents personnels.

**1.2.1.1. Médicaux**

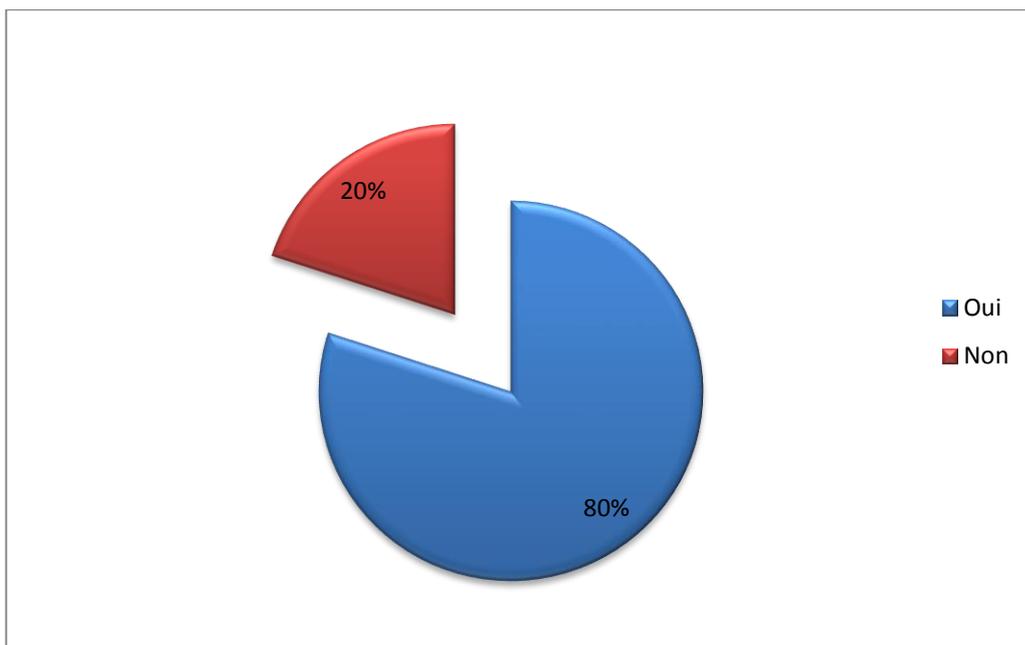
Des antécédents médicaux ont été enregistrés chez 20% des patients (3cas), tandis que 80% des malades n'avait aucun antécédent médical (12cas).



**Figure 10: Répartition des patients selon l'existence d'antécédents médicaux.**

**1.2.1.2. Toxiques**

La majorité des patients avaient des antécédents toxiques (12cas), soit un taux de 80%.



**Figure 11: Répartition des patients selon la prise de substances toxiques.**

#### IV. RESULTATS ET ANALYSE

La prise toxique à type de cannabis et tabac étaient les prédominants chez nos patients avec un taux respectif de 75% (9cas) et 66.67% (8cas), puis la prise d'alcool avec un taux de 33.33% (4cas), les psychotropes et d'autres substances toxique à type de drogue avec un taux de 8.33%, soit (1cas).

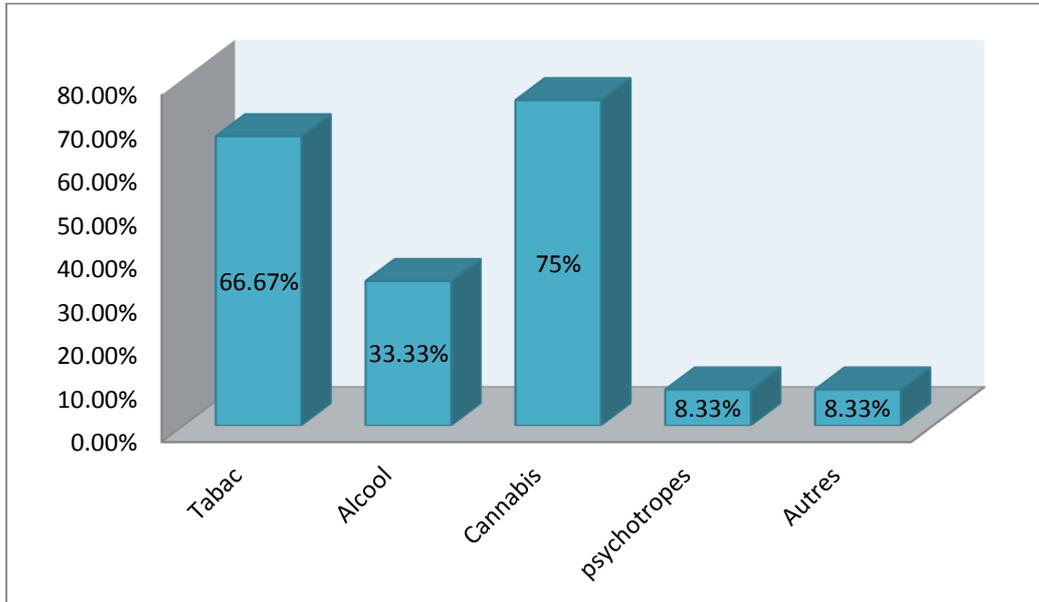


Figure 12: Répartition des cas selon le type de substance toxique consommée.

Le début de prise des substances toxiques était avant le début de la maladie chez 83,33% des patients soit (10cas), tandis que 16,67% des patients ont débutés la prise de toxique au cours de leur maladie (2cas).

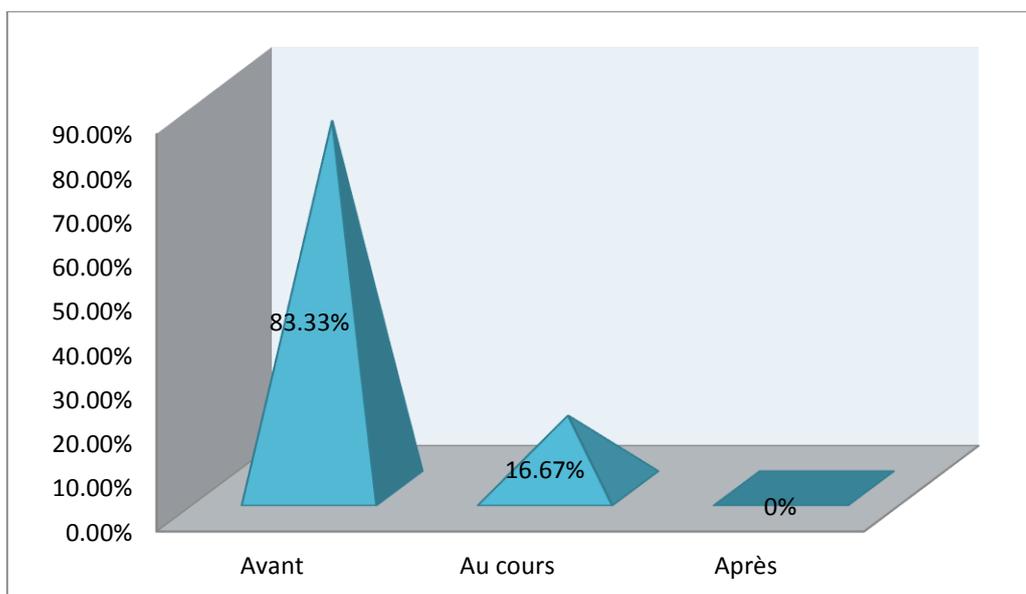
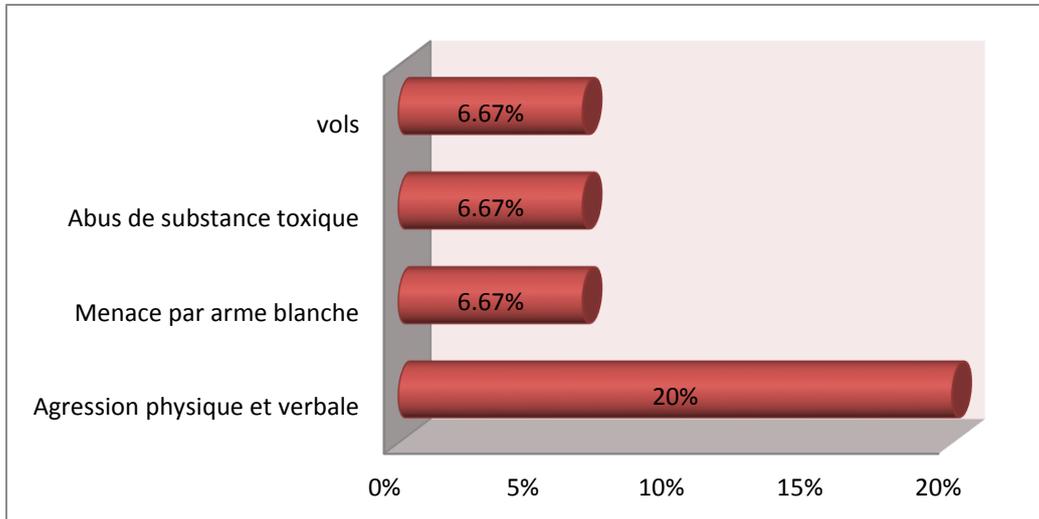


Figure 13: Répartition des patients selon le début de prise des toxiques par rapport à la maladie.

**1.2.1.3. Médico-légaux**

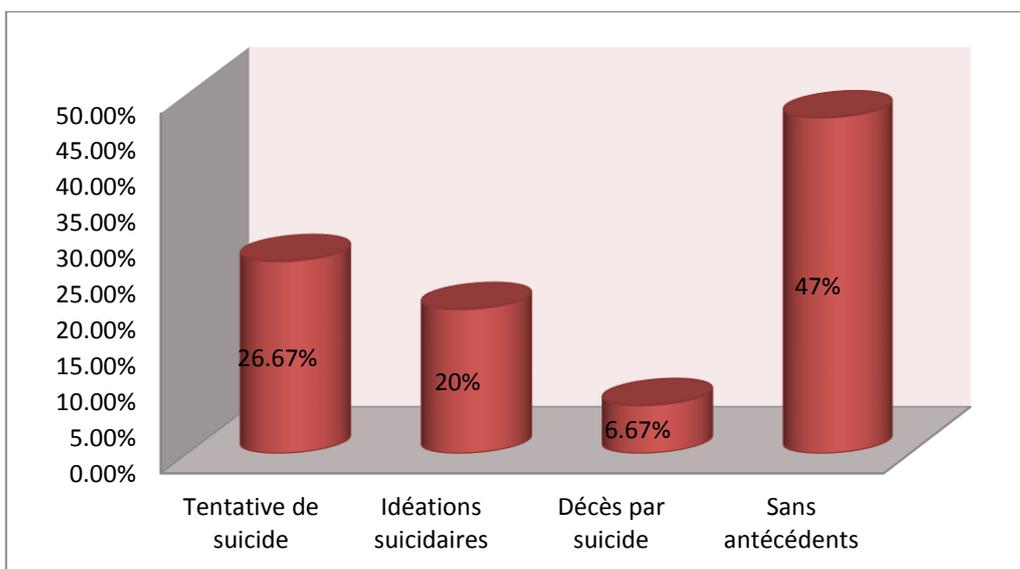
Nous avons enregistré des antécédents d’incarcération chez 33,33% des patients soit (5cas) dont le motif était agression physique et verbale (3cas), menace par arme blanche pour (1cas), abus de substance toxiques (1cas), et vols (1cas).



**Figure 14: Répartition des cas selon la nature des antécédents médico-légaux.**

**1.2.1.4. Tentative de suicide**

Des tentatives de suicides ont été enregistrées chez 26,67% des cas (4cas), une TS était l’une des circonstances de découverte de la maladie chez un cas (tentative de suicide par strangulation), des idéations suicidaires sans aboutir à une TS étaient notées chez (3cas), et par malheur le suicide était le moyen par lequel un de nos patients a choisi de mettre fin à sa vie.



**Figure 15: Répartition des cas selon les antécédents suicidaires.**

### 1.2.1.5. Psychiatriques

Parmi les antécédents psychiatriques nous avons choisi d'étudier le nombre d'hospitalisations antérieures et l'intervalle moyen entre celles-ci.

#### 1.2.1.5.1. Nombre d'hospitalisations antérieures

Le nombre moyen des hospitalisations antérieures étaient de 5 hospitalisations (écart type=4.42), avec un pic de fréquence entre 1 à 3 hospitalisations étaient enregistrées chez 7 cas (46.67%),

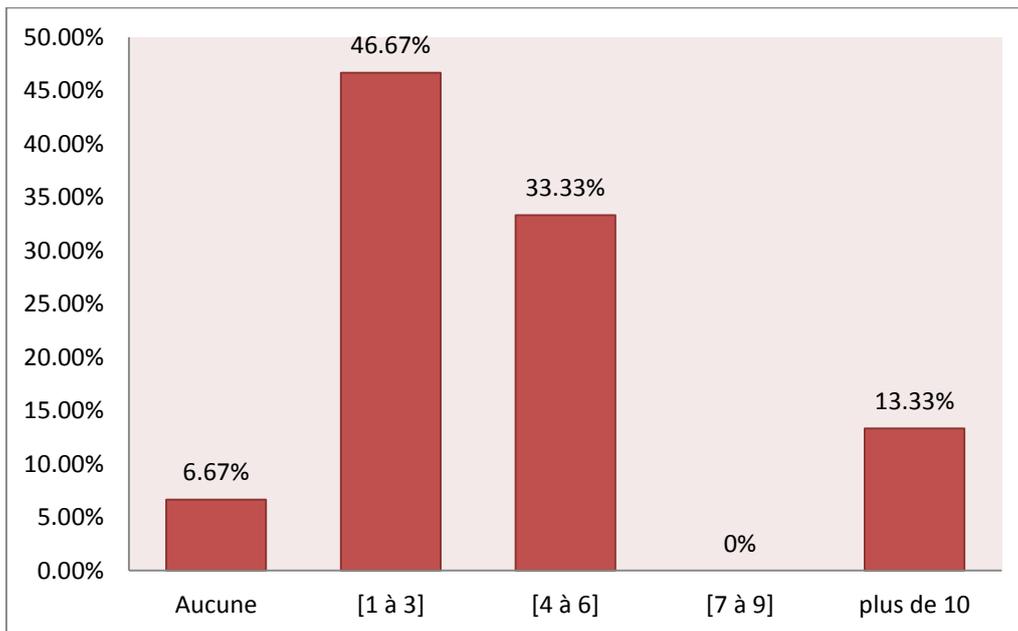
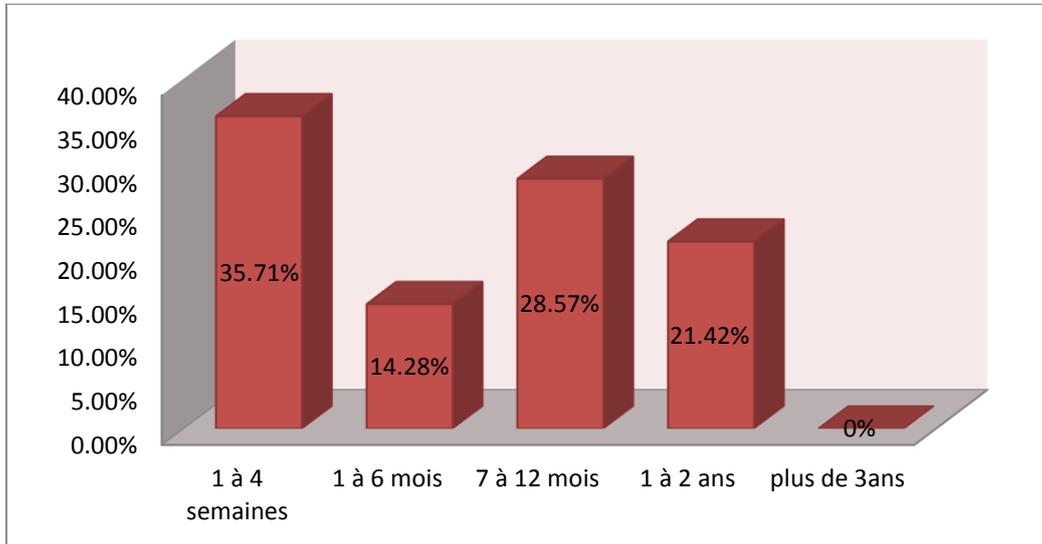


Figure 16: Répartition des cas selon le nombre d'hospitalisations antérieures.

**1.2.1.5.2. Intervalle moyen entre les hospitalisations**

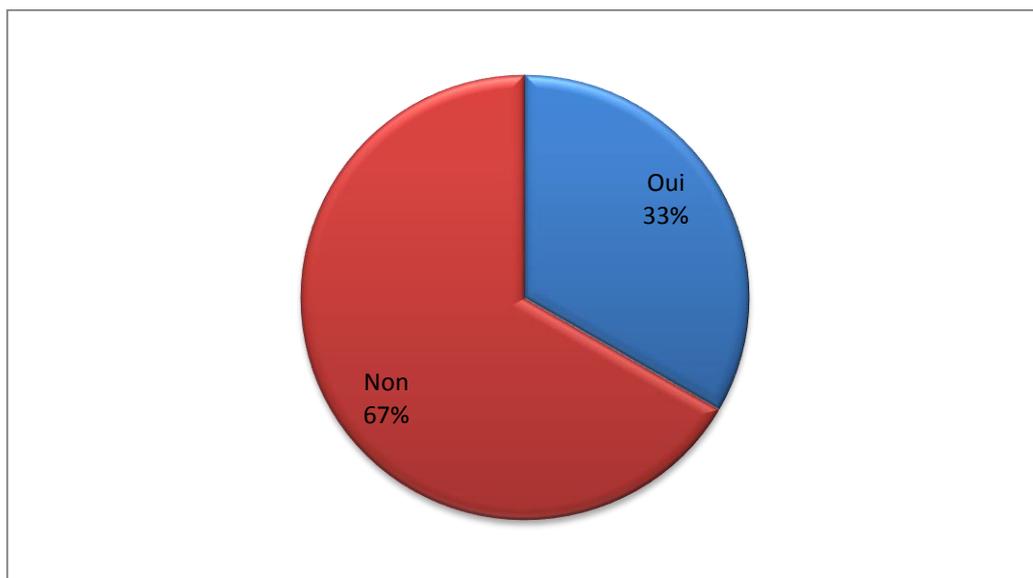
L'intervalle moyen entre les hospitalisations ne dépassait pas un mois dans 35,71% des cas d'élèves hospitalisés (5cas), et dans 42,85% ça ne dépassait pas une année soit (6cas), tandis que seulement 3cas avaient un intervalle moyen espacé de 1 à 2ans soit un taux de 21.42% ; alors qu'aucun des patients n'avait un intervalle moyen dépassant 3ans.



**Figure 17: Répartition des cas selon l'intervalle moyen entre les hospitalisations.**

**1.2.2. Antécédents psychiatriques dans la famille**

Des antécédents psychiatriques ont été notés chez 33% des malades (5cas) dont la pathologie psychiatrique n'a pas pu être spécifiée.



**Figure 18: Répartition des cas selon la présence d'antécédents psychiatriques dans la famille.**

### 1.3. Répartition des cas selon les caractéristiques cliniques de la schizophrénie

#### 1.3.1. Age de début

La moyenne d'âge de début des symptômes est de 22ans+/-2,15, avec un taux de 46,67% entre 21 et 22ans soit (7cas).

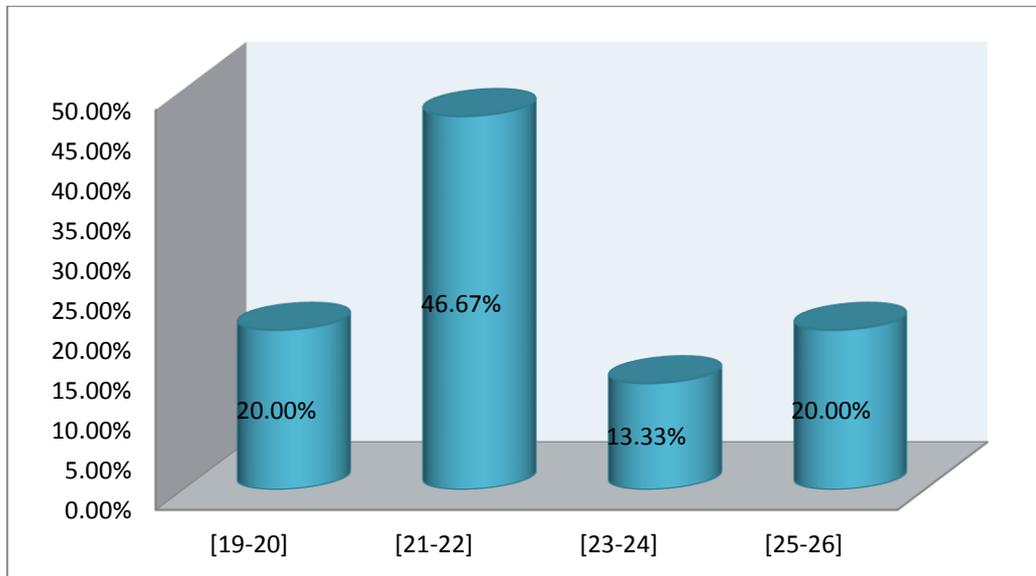


Figure 19: Répartition des cas selon l'âge de début de la schizophrénie.

#### 1.3.2. Mode de début

Le mode de début des symptômes était progressif chez 73,33% des cas soit (11cas), tandis que 26,67% avaient un début aigu (4cas).

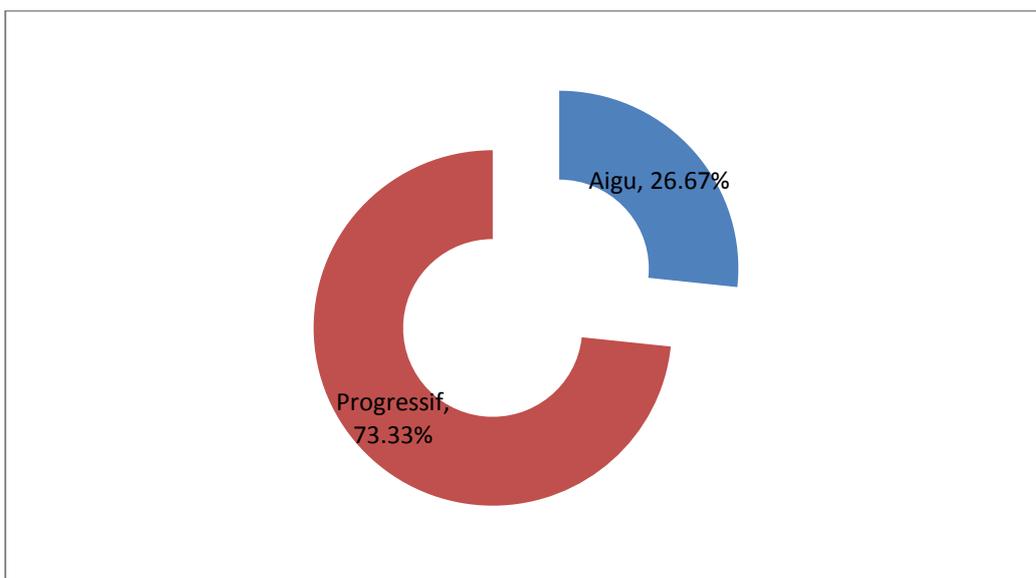
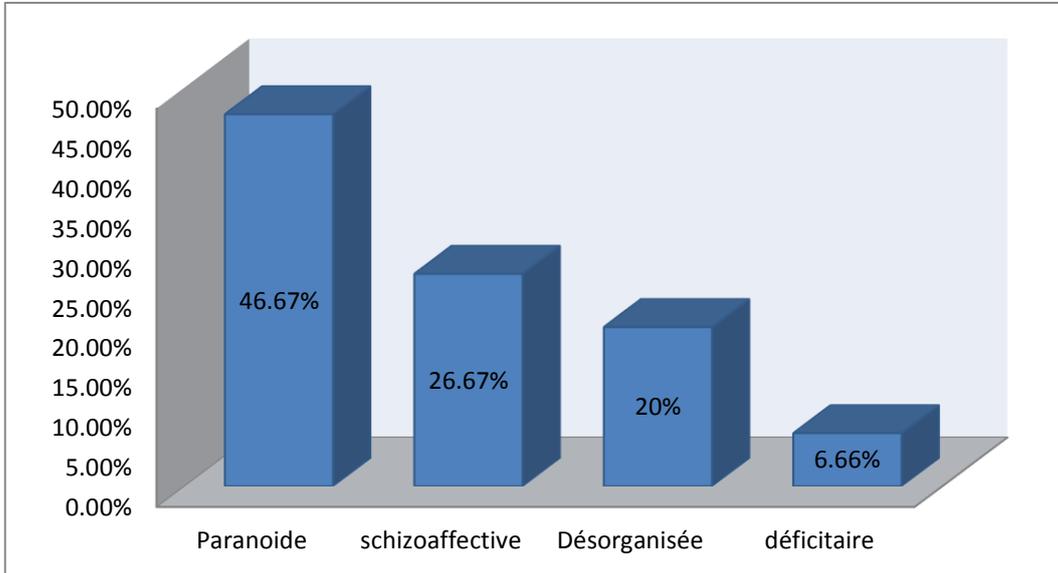


Figure 20: Répartition des cas selon le mode de début de la schizophrénie.

**1.3.3. Forme clinique**

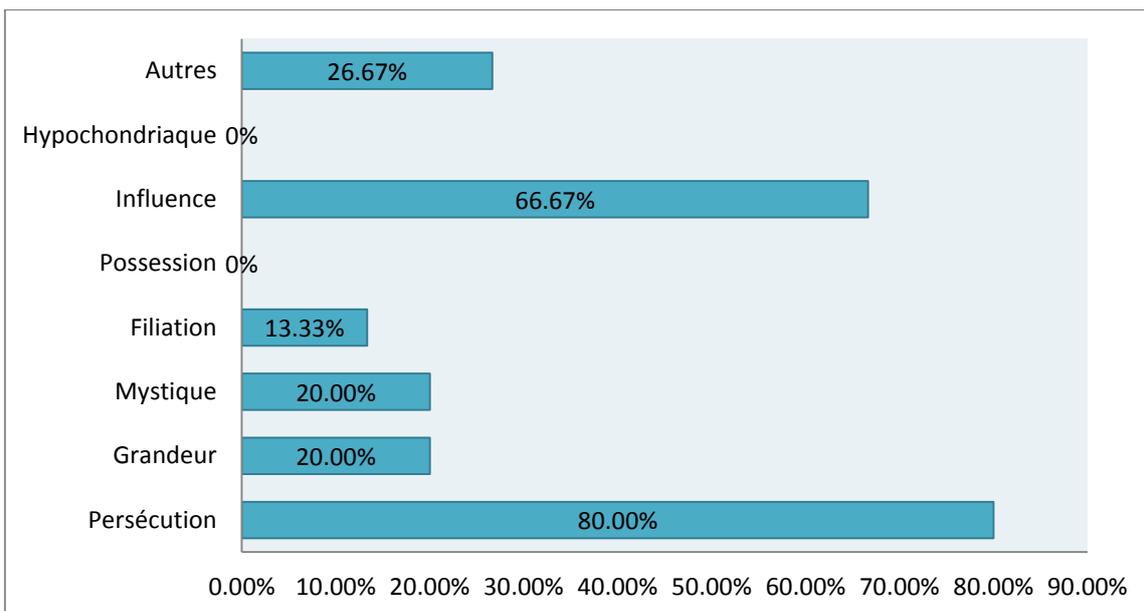
La forme clinique la plus r épondu e dans notre population é tait la forme parano i de avec un taux de 46,67% soit (7cas), puis la forme schizoaffective avec un taux de 26.67% (4cas) ; la forme d é sorganisé e 20% soit (3cas), et d é ficitaire avec un taux de 6.67% (1cas).



**Figure 21: R épartition des cas selon les formes cliniques de la schizophr énie.**

**1.3.4. Th ématique d éirante**

La th ématique d éirante de pers écution é tait majoritaire chez les cas é tudi é s avec un taux de 80% soit (12cas),



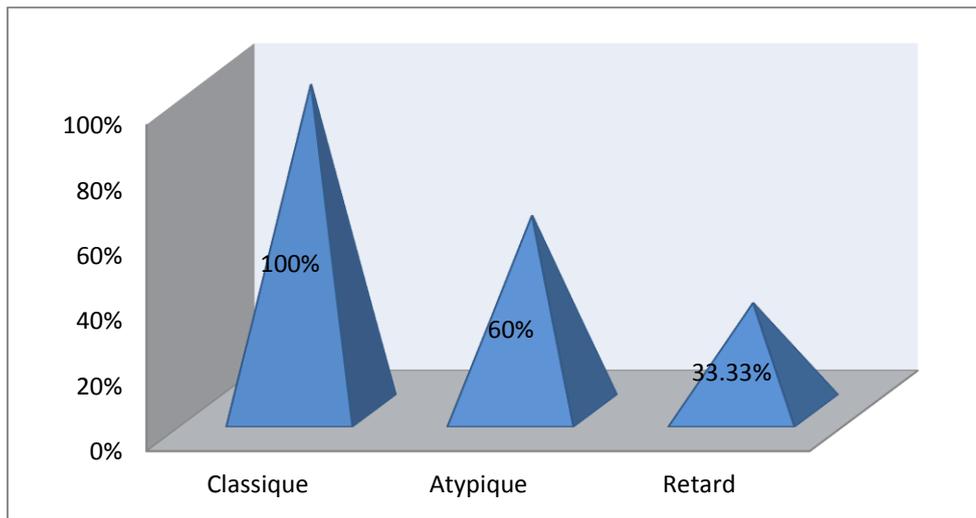
**Figure 22: R épartition des cas selon le type de la th ématique d éirante.**

**1.4. Répartition des cas selon les médicaments utilisés**

**1.4.1. Neuroleptiques**

**1.4.1.1. Le type**

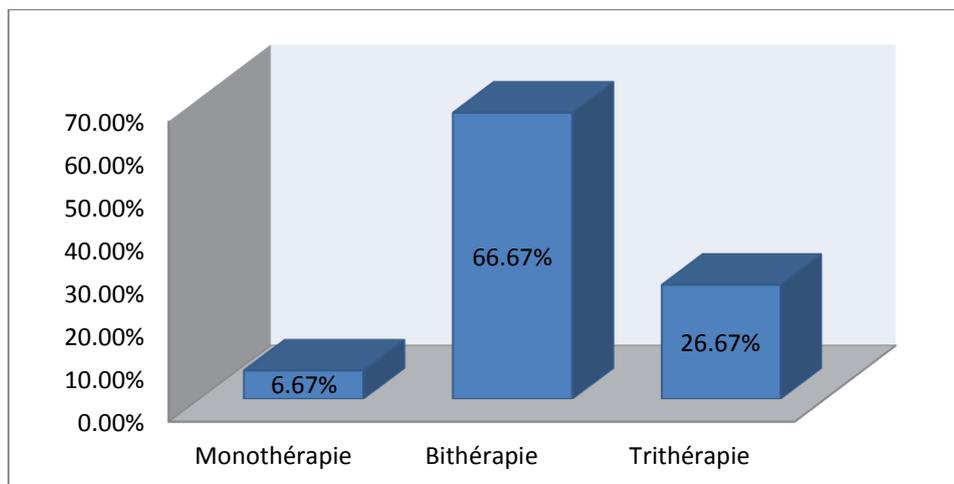
Les neuroleptiques classique ont été administrés chez la totalité des cas étudiés (15cas), les neuroleptiques atypiques chez 60% des cas (9cas) ; retard chez 33.33% des cas (5cas).



**Figure 23: Répartition des cas selon la classe des neuroleptiques administrés.**

**1.4.1.2. Nombre de neuroleptiques associés**

Des neuroleptiques ont été administrés en bithérapie dans 66,67% des cas soit (10cas) ; et en trithérapie chez 26,67% des cas (4cas) ; et en monothérapie pour un seul cas soit un taux de 6,67%.



**Figure 24: Répartition des cas selon le nombre d'associations de neuroleptiques.**

**1.4.1.3. Fréquence d'administration des neuroleptiques**

L'administration des neuroleptiques dans la majorité des cas (13cas) a été faite en deux prise soit un taux de 87%, et en une seule prise dans 13% des cas (2cas).

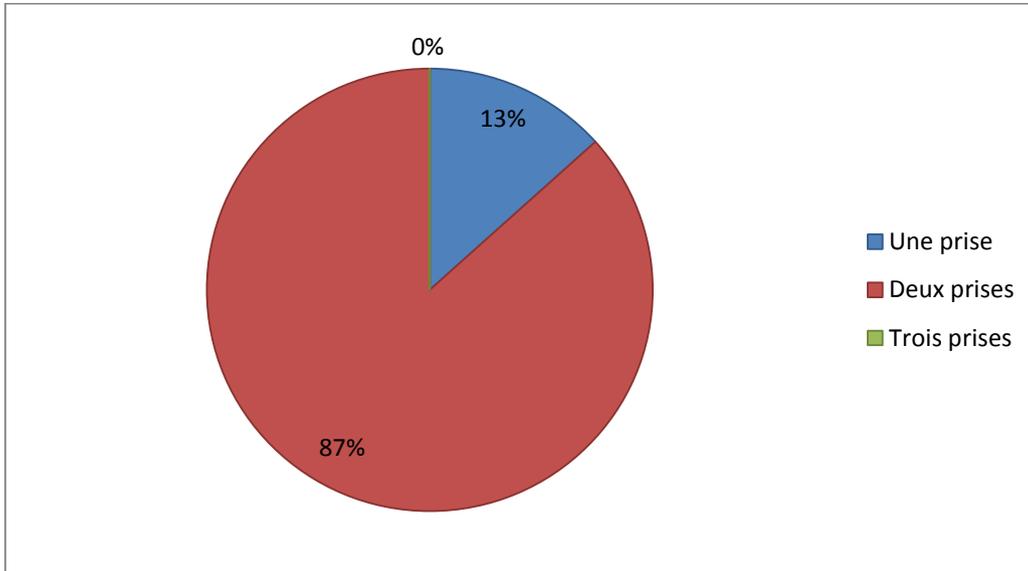


Figure 25: Répartition des cas selon la fréquence d'administration des neuroleptiques.

**1.4.2. Association d'autres médicaments**

L'association des anxiolytiques a été retrouvée chez 80% des cas (12cas), les antidépresseurs et les thymorégulateurs associés respectivement chez 26,67% des cas soit (4cas).

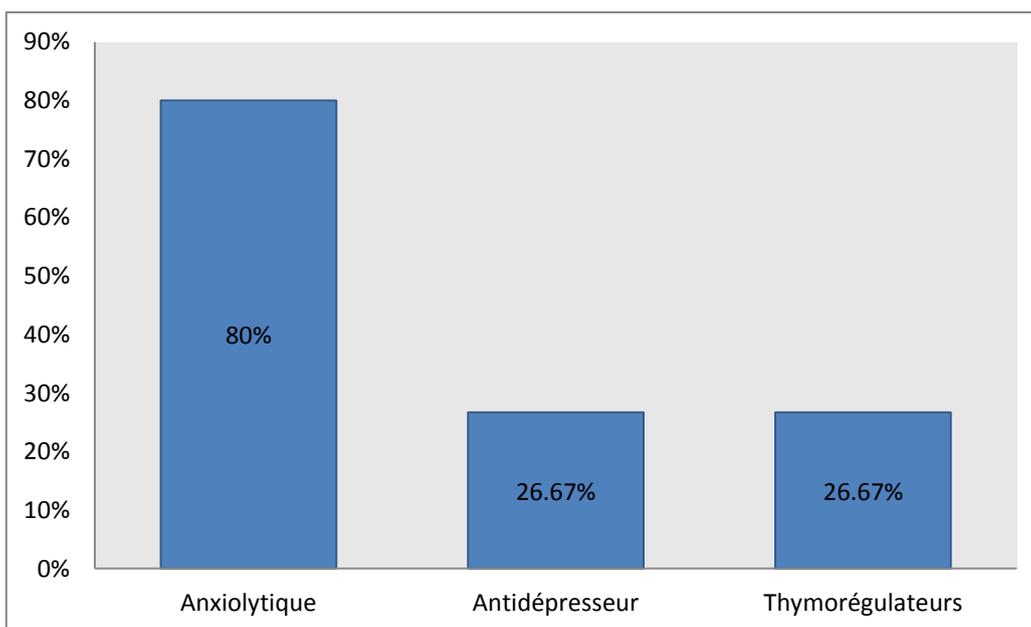


Figure 26: Répartition des cas selon l'association d'autres médicaments.

**1.5. Caractéristiques de l’insight chez la population étudiée**

**1.5.1. Selon l’échelle de l’insight**

Selon l’échelle Birchwood d’évaluation de l’insight, le taux des malades ayant un mauvais insight était les prédominants avec un taux de 53,33% (8cas), 26,67% avait un bon insight (4cas), et les 20% restants avait un très bon insight (3cas).

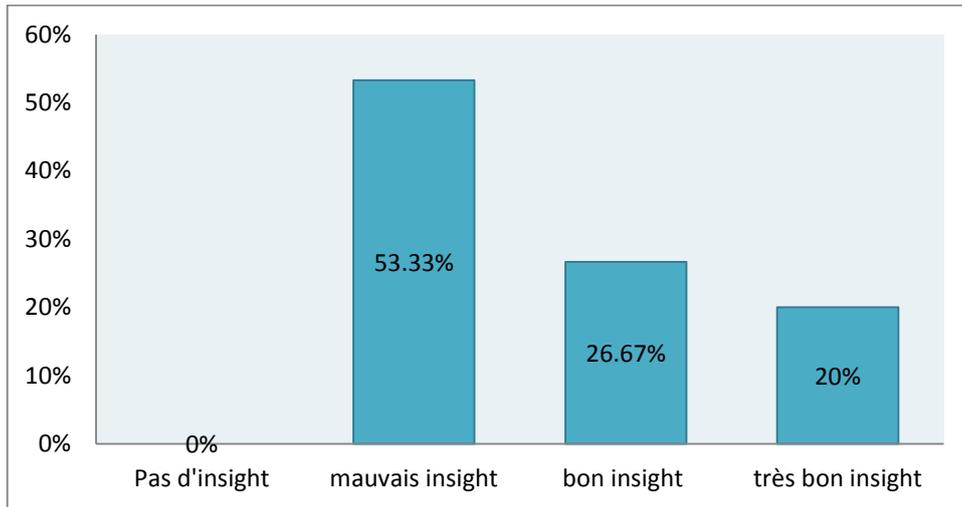


Figure 27: Répartition des cas selon le score de l'insight.

**1.5.2. Selon les sous échelles de l’insight**

**1.5.2.1. Conscience des symptômes**

Selon les sous échelles de Birchwood d’évaluation de l’insight le taux des malades ayant un pauvre insight par rapport à la conscience des symptômes était de 87% (13cas), tandis que le taux des malades ayant une bonne conscience des symptômes était de 13% (2cas).

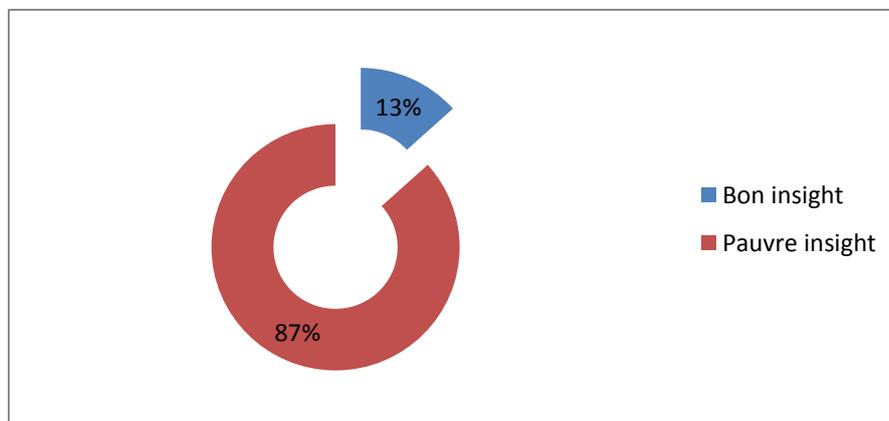
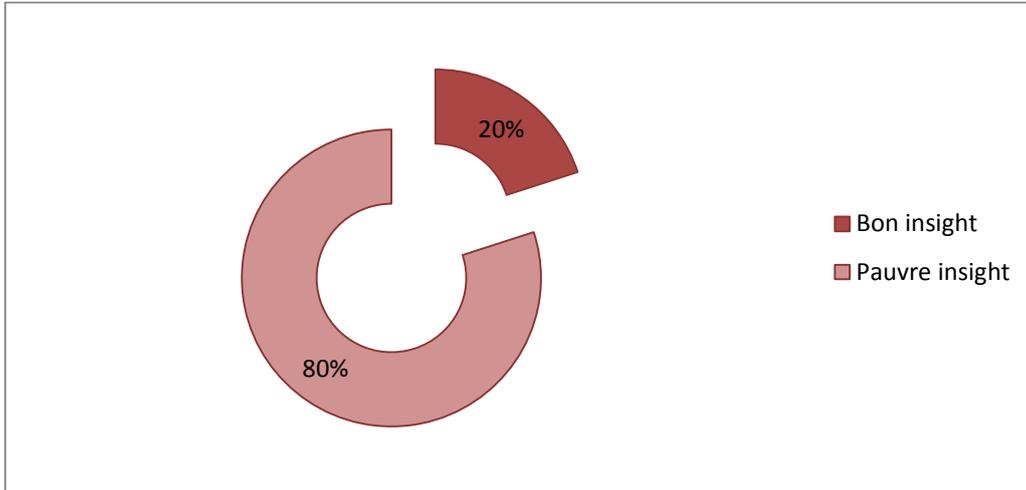


Figure 28: Répartition des patients selon la sous échelle : conscience des symptômes.

**1.5.2.2. Conscience de la maladie**

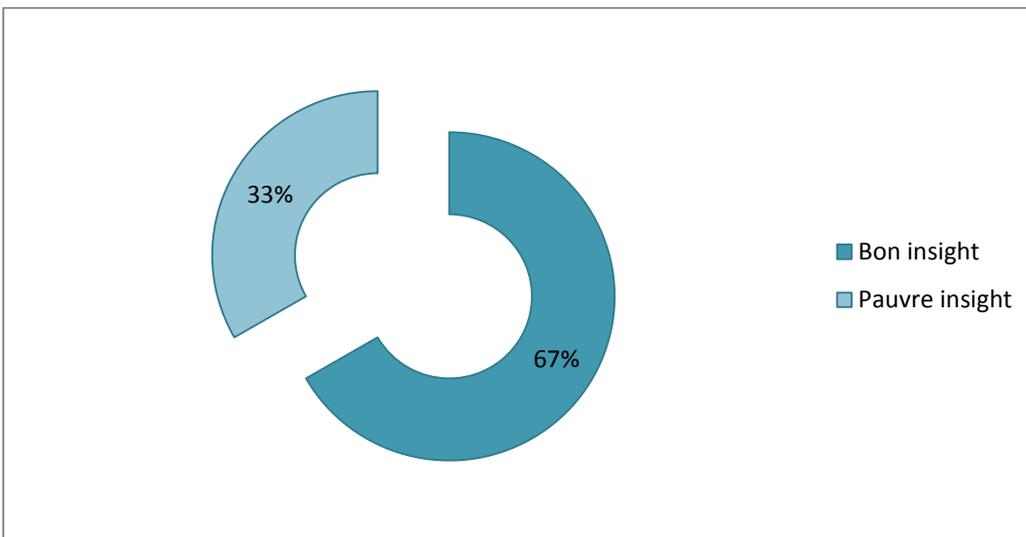
Selon les sous échelles d'évaluation de l'insight, 80% des patients n'avaient pas conscience de leur maladie soit (12cas), seulement (3cas) soit un taux de 20% avaient une bonne conscience de leur maladie



**Figure 29: Répartition des cas selon la sous échelle : conscience de la maladie.**

**1.5.2.3. Besoin de traitement**

Un taux de 67% de malades (10cas) avait un bon insight par rapport au besoin de prise du traitement, et 33% des cas (5cas) avait une pauvre conscience par rapport au besoin de prise de leurs traitements.



**Figure 30: Répartition des cas selon la sous échelle d'évaluation de la conscience au besoin du traitement.**

## 1.6. Caractéristiques de l'observance thérapeutique

### 1.6.1. La régularité du suivi

Le nombre des malades ayant une bonne régularité du suivi était de (9cas) soit un taux de 60%, et 6 autres cas n'avaient pas une bonne régularité du suivi soit un taux de 40%.

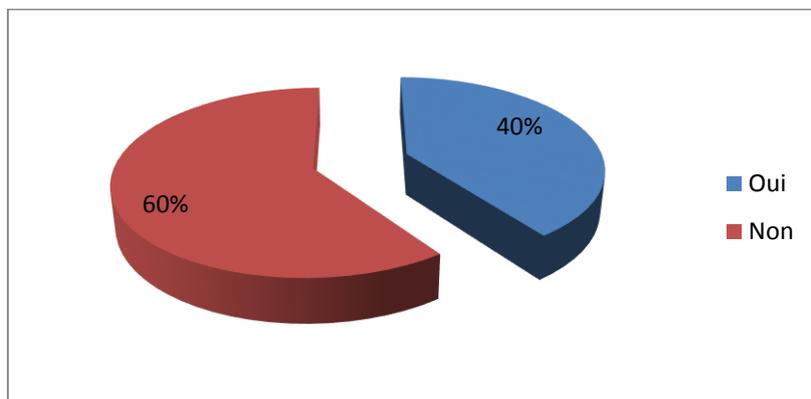


Figure 31: Répartition des cas selon la régularité du suivi.

### 1.6.2. Echelle de mesure de l'observance thérapeutique

Selon l'échelle d'auto-évaluation MARS le taux de malades observant (ayant un score  $\geq 5$ ) était de 60% (9cas), et le taux de malades non observant (score  $< 5$ ) était de 40% (6cas)

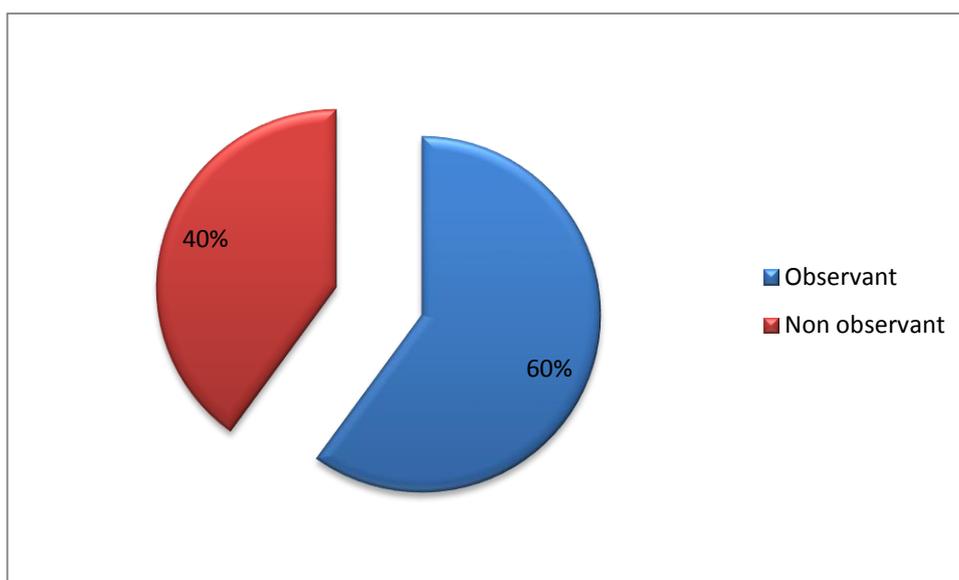


Figure 32: Répartition des cas selon l'observance thérapeutique évaluée par l'échelle MARS.

### 1.6.3. Causes d'abandon du traitement

Parmi les causes empêchant la prise correcte du traitement, seuls les effets secondaires ont pu être notifiés chez nos patients, un taux de 80% avait les effets secondaires comme cause d'irrégularité voire d'abandon de son traitement (12 cas), tandis que les 20% restants (3 cas) avaient d'autres causes les motivant à une prise incorrecte de leur traitement voire son abandon.

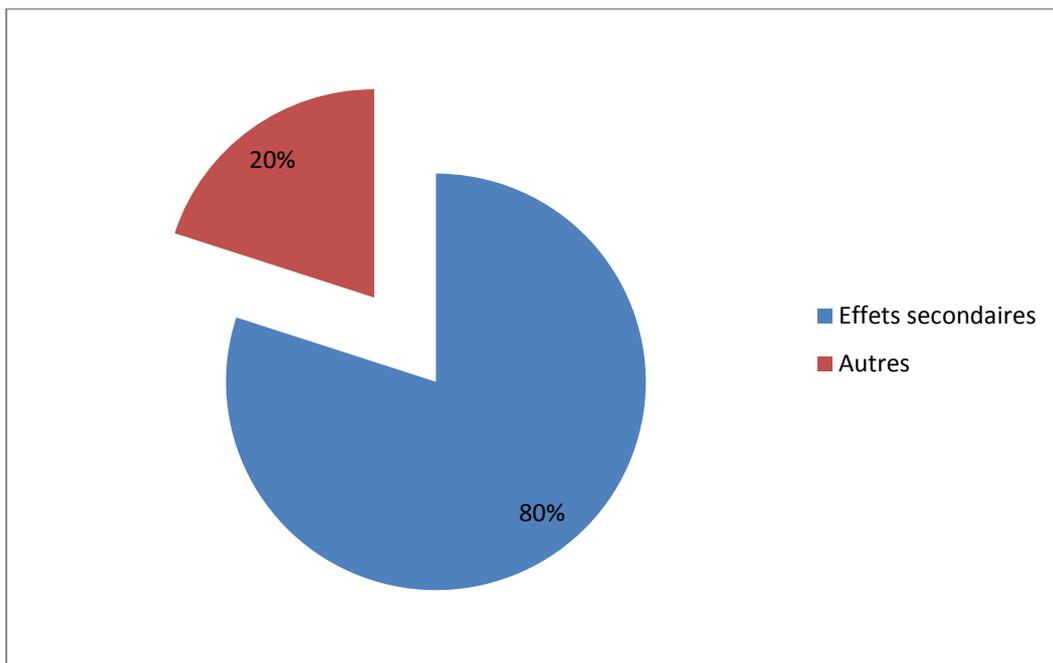


Figure 33: Répartition des cas selon les causes d'abandon du traitement.

2. Analyse bivariée

2.1. Etude de la corrélation entre l'insight et les facteurs sociodémographiques

2.1.1. La distribution des cas selon l'âge et L'insight

Tableau 3: Distribution des 15cas schizophrènes hospitalisés au service de psychiatrie du CHU de Bejaia selon l'âge et l'insight.

Age	Insight		OR
	Mauvais insight	bon insight	
[21-28]	3	2	1,5
	5	5	
[29-36]	1	2	0,36
	7	5	
[37-44]	2	2	0,83
	6	5	
[45-52]	2	1	2
	6	6	

La comparaison de la distribution de l'âge entre les patients ayant un bon insight et les patients ayant un mauvais insight retrouve un OR= 1,5 pour la tranche d'âge [21-28], et OR= 2 pour la tranche d'âge [45-52], ce résultat montre que l'exposition à ces tranches d'âge constitue probablement un risque.

N.B : l'odds ratio est interprété avec un Intervalle de Confiance (IC) fixé à 95% pour tous les paramètres étudiés dans cette étude analytique.

2.1.2. Distribution des cas selon le sexe et l'insight

Tableau 4: Distribution des cas selon le sexe et l'insight.

Le sexe	Insight		OR
	Mauvais insight	Bon insight	
Féminin	1	4	0,11
	7	3	
Masculin	7	3	9,33
	1	4	

Nous avons trouvé que le sexe masculin constitue probablement un risque favorisant l'altération de l'insight chez les patients schizophrènes (OR=9,33), par rapport aux patients schizophrènes de sexe féminin (OR=0,11).

**2.1.3. La distribution des cas selon le niveau d’instruction**

**Tableau 5: Distribution des cas selon le niveau d’instruction.**

Niveau d’instruction	Insight		OR
	Mauvais insight	Bon insight	
Non scolarisé	1	4	0,11
	7	3	
Primaire	5	3	4,17
	2	5	
Moyen	2	1	2,8
	5	7	
Secondaire	0	1	0
	7	7	

La comparaison de la distribution des cas selon le niveau d’instruction et l’insight retrouve un  $OR > 01$  pour le niveau d’instruction primaire et moyen, et un  $OR < 01$  pour le niveau d’instruction secondaire et les non scolarisé; ces résultats indiquent l’existence d’un lien entre le niveau d’instruction et l’insight.

**2.1.4. La distribution des cas selon le statut matrimonial et l’insight**

**Tableau 6: Distribution des cas selon le statut matrimonial et l’insight.**

Statut matrimonial	Insight		OR
	Mauvais insight	Bon insight	
Célibataire	8	6	Calcul impossible
	0	1	
Marié	0	1	0
	8	6	

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

**2.2. Etude de la relation entre l'insight et les antécédents**

**2.2.1. La distribution des cas selon la nature des substances toxiques consommées et l'insight**

**Tableau 7: Distribution des cas selon la nature des substances toxiques consommées et l'insight.**

La substance toxique	Insight		OR
	Mauvais insight	Bon insight	
Tabac	2	5	0,25
	5	3	
Cannabis	3	6	0,25
	4	2	
Alcool	1	3	0,23
	7	5	
Psychotropes	1	1	1,67
	6	7	
Autres	2	1	2,8
	5	7	

Etude de la corrélation entre l'insight et l'addiction aux psychotropes et aux autres substances toxiques montre que la consommation de ces derniers constitue probablement un risque ( $OR > 01$ ) favorisant l'altération de l'insight.

**2.2.2. Distribution des cas selon les antécédents judiciaires et l'insight**

**Tableau 8: Distribution des cas selon les antécédents judiciaires et l'insight.**

Antécédents judiciaires	Insight		OR
	Mauvais insight	Bon insight	
<b>oui</b>	3	2	1,5
<b>Non</b>	5	5	

La comparaison de la distribution des antécédents judiciaires entre les patients ayant un mauvais insight et les patients ayant un bon insight retrouve une association entre les antécédents judiciaires et le développement d'un mauvais insight ( $OR > 01$ ).

**2.2.3. La distribution des cas selon les antécédents de tentative de suicide et l'insight**

Tableau 9: Distribution des cas selon les antécédents de tentative de suicide et l'insight.

Antécédents de tentative de suicide	Insight		OR
	Mauvais insight	Bon insight	
Oui	4	4	0.75
Non	4	3	
Total	8	7	

Nous avons trouvé une mesure d'association  $<1$ , cela signifie que l'existence de notion de tentative de suicide parmi les antécédents psychiatriques des schizophrènes peut constituer un facteur protecteur pour développer un mauvais insight.

**2.3. Etude de la relation entre l'insight et les caractéristiques cliniques de la maladie**

**2.3.1. La distribution des cas selon le type de la schizophrénie et l'insight**

Tableau 10: Distribution des cas selon le type de la schizophrénie et l'insight.

Type de la schizophrénie	Insight		OR
	Mauvais insight	Bon insight	
Paranoïe	6	3	4
	2	4	
Schizoaffectifve	7	3	1,33
	7	4	
Désorganisé	3	1	3,6
	5	6	
Déficiente	0	1	Calcul Impossible
	8	6	

L'étude de la relation entre le type de la schizophrénie et l'insight retrouve un odds ratio supérieure à un pour tous les types de la schizophrénie étudiés (en excluant la schizophrénie déficiente vu l'impossibilité de calculer son odds ratio), ce résultat signifie l'existence d'une relation entre le type de schizophrénie et le risque de développer un mauvais insight, cette probabilité semble plus remarquable dans la schizophrénie paranoïe, qui présente l'odds ratio le plus élevé.

**2.3.2. La distribution des cas selon le mode de début de la schizophrénie et l'insight**

Tableau 11: Distribution des cas selon le mode de début de la schizophrénie et l'insight.

Mode de début	Insight		OR
	Mauvais insight	Bon insight	
Aigue	1	3	0,1905
	7	4	
Progressif	7	3	9,33
	1	4	

Le résultat de calcul de la mesure d'association (OR) montre qu'un mode de début progressif (avec une valeur de l'odds ratio qui est estimée à 9,33) constitue probablement un risque pour l'altération de l'insight.

**2.3.3. La distribution des cas selon l'insight et l'âge de début des troubles**

Tableau 12: Distribution des cas selon l'âge de début des troubles et l'insight.

Age de début des troubles	Insight		OR
	Mauvais insight	Bon insight	
[19-20]	1	2	0,3571
	7	5	
[21-22]	4	3	1,33
	4	4	
[23-24]	1	1	0,8571
	7	6	
[25-26]	1	3	0,1905
	7	4	

La comparaison de la distribution des cas selon l'âge de début des troubles entre les malades ayant un bon insight et les malades ayant un mauvais insight retrouve une association entre l'âge de début des troubles et l'insight, montre également que la tranche d'âge [21-22] avec un OR= 1,33 constitue probablement un risque.

**Remarque :** Nous n'avons pas pu étudier le rapport entre l'insight et la thématique délirante car l'effectif minimal requis dans les attributs pour faire les analyses n'était pas atteint.

## 2.4. Relation de l'insight avec la prise en charge thérapeutique

### 2.4.1. La distribution des cas selon l'insight et la régularité de suivi

Tableau 13: La distribution des cas selon la régularité de suivi et l'insight.

Régularité de suivi	Insight		OR
	Mauvais insight	Bon insight	
Oui	3	3	0,8
Non	5	4	

Le résultat ( $OR < 01$ ) montre que la régularité de suivi constitue probablement un facteur protecteur.

### 2.4.2. La distribution des cas selon l'observance thérapeutique et l'insight

Tableau 14: Distribution des cas selon l'observance thérapeutique et l'insight.

Observance thérapeutique	Insight		OR
	Mauvais insight	Bon insight	
Oui	5	4	1,25
Non	3	3	

Ce résultat montre l'existence d'une corrélation entre l'observance thérapeutique et l'insight (le calcul de la mesure d'association retrouve un  $OR = 1,25$ ).

**2.5. Relation entre l'observance thérapeutique et la prise en charge médicamenteuse.**

**2.5.1. La distribution des cas selon les sous échelles de l'insight et l'observance thérapeutique**

**Tableau 15: Répartition des cas selon les sous échelles de l'insight et l'observance thérapeutique.**

Sous échelles d'insight	Observance thérapeutique		OR
	non observant	observant	
Conscience des symptômes	1	1	1.6
	5	8	
Conscience des troubles	1	2	1.4
	5	7	
Besoin de traitement	2	8	0.06
	4	1	

La comparaison de la distribution des cas selon les sous échelles de l'insight et l'observance thérapeutique entre les observant et non observant retrouve que la conscience de besoin de traitement constitue probablement un facteur protecteur.

**2.5.2. La distribution des cas selon la régularité de suivi et observance thérapeutique**

**Tableau 16: Distribution des cas selon la régularité du suivi et l'observance thérapeutique.**

Régularité de suivi	Observance		OR
	Non observant	Observant	
oui	4	5	0,16
Non	2	4	

La comparaison de la distribution des cas selon la régularité de suivis entre les observant et non observant, retrouve un OR =0,16 ce qui signifie que la régularité de suivi constitue probablement un facteur protecteur.

**2.5.3. La distribution des cas selon le type des neuroleptiques consommés et l'observance thérapeutique**

Tableau 17: Répartition des cas selon le type des neuroleptiques consommés et l'observance thérapeutique.

Type de neuroleptique	Observance		OR
	Non observant	Observant	
Classique	6	9	Calcul Impossible-
	0	0	
Atypique	5	4	6,25
	1	5	
Retard	3	2	3,25
	3	7	

Nous avons trouvé une forte association entre la consommation de neuroleptique atypique et l'observance thérapeutique.

**2.5.4. La distribution des cas selon le nombre d'antipsychotique pris par jour et l'observance thérapeutique**

Tableau 18: Distribution des cas selon le nombre d'antipsychotique pris par jour et l'observance thérapeutique.

Nombre de prise par jour	Observance		OR
	Non observant	Observant	
Monothérapie	1	1	1,6
	5	8	
Bithérapie	5	8	0,625
	1	1	
Trithérapie	0	0	Calcul Impossible
	0	0	

La comparaison de la distribution des cas selon le nombre de prise des antipsychotiques par jour entre les observant et les non observant montre l'existence d'un lien entre le nombre de prise des antipsychotique par jour et l'observance thérapeutique.

**2.5.5. La distribution des cas selon les médicaments associés aux neuroleptiques et l'observance thérapeutique**

**Tableau 19: Distribution des cas selon les médicaments associés aux neuroleptiques et l'observance thérapeutique.**

Association avec autres médicaments	Observance thérapeutique		OR
	Non observant	Observant	
Antiparkinsonien	2	2	1,75
	4	7	
Anxiolytique	5	7	0,8
	1	2	
Antidépresseurs	3	1	8
	3	8	
Thymorégulateurs	2	2	1,75
	4	7	

Nous avons trouvé une corrélation étroite entre la consommation des antidépresseurs et l'observance thérapeutique (présente une valeur de l'odds ratio plus importante parmi les valeurs calculées) cela peut indiquer que la consommation des antidépresseurs constitue un risque dans l'observance thérapeutique.

**2.5.6. La distribution des cas selon la présence des effets secondaires et l'observance thérapeutique**

**Tableau 20: Distribution des cas selon l'abandon du traitement à cause des effets secondaires et l'observance thérapeutique.**

Présence effets secondaires	Observance		OR
	Non observant	Observant	
Oui	5	7	1,43
Non	1	2	

La comparaison de la distribution des cas selon l'existence des effets secondaires entre les observant et les non observant retrouve un lien entre ces deux paramètres, à partir de ce résultat nous pouvons constater que l'existence des effets secondaires favorisent probablement l'observance thérapeutique.

### 3. Discussion des résultats

#### 3.1. Le rapport entre l'insight et les facteurs sociodémographiques

L'identification des facteurs démographiques associés au manque d'insight s'avère compliqué ; certains auteurs ont mis en évidence une association entre un mauvais insight et l'âge [65], le sexe féminin, la situation maritale [82], le faible niveau d'éducation [83,84]. D'autres auteurs n'ont pas trouvé cette association [67].

Par contre nos résultats ont montré une corrélation positive entre la conscience des troubles et le sexe masculin cela peut s'expliquer par la disparité des deux groupes et la prédominance masculine dans notre population (10 cas soit 66,67%).

#### 3.2. Relation entre l'insight et les antécédents

##### 3.2.1. Relation entre l'insight et consommation de substances psycho-active

La prévalence à vie de la consommation de substances toxiques est estimée à 47% chez les personnes schizophrènes selon l'enquête de l'« Epidemiologic Catchment Area (ECA) » réalisée aux Etats-Unis [87]. Les substances les plus consommées par ordre décroissant sont : le tabac, l'alcool, le cannabis et les stimulants ; la comorbidité schizophrénie-toxicomanie a des conséquences majeures tant pour les patients que pour la communauté [88].

Peu d'études ont été réalisées sur la relation entre l'insight dans la schizophrénie et la consommation de substances toxiques ; il a été constaté que les patients alcooliques schizophrènes ont un pauvre insight dans l'alcoolisme comparé aux patients alcooliques non schizophrènes, ceci s'explique par le fait que l'alcool a des effets neurotoxiques qui se traduisent par des déficits neurocognitifs importants [67].

Nous avons trouvé dans notre étude que les substances les plus consommées selon l'ordre décroissant sont : le Cannabis (75%), le tabac (66,66%) et l'alcool (33,33%); la divergence de ces résultats peut s'expliquer d'une part par la composition et la taille de la population de notre étude et d'autre part par le grand effectif des patients addicts au Cannabis.

Nos résultats ont démontré également une corrélation positive très étroite entre l'adhésion aux substances toxiques et le niveau d'insight, cela peut dire que la comorbidité addictive constitue un facteur prédictif négatif sur l'insight.

### **3.2.2. Relation entre l'insight et la violence (les antécédents judiciaires)**

Certains travaux ont retrouvés une relation positive entre l'insight et la violence chez les patients schizophrènes [67].

Dans notre étude l'analyse de la relation entre l'insight et les antécédents judiciaires (la violence) a objectivé l'existence un lien intuitif entre le développement d'un caractère violent et le mauvais insight.

### **3.2.3. Relation entre l'insight et le suicide**

Les données de la littérature sont consensuelles quant au lien entre un bon niveau d'insight et une augmentation du risque suicidaire [82,64]. Schwartz a évoqué un continuum insight-démoralisation-dépression-risque suicidaire ; l'hypothèse selon laquelle l'association entre l'insight et le risque suicidaire serait liée à l'existence d'une symptomatologie dépressive ou un sentiment de désespoir, reste à confirmer [67].

L'analyse de la relation entre l'insight et les antécédents de tentative de suicide dans notre étude a objectivé une corrélation positive entre le bon niveau d'insight et le risque suicidaire.

## **3.3. Relation entre l'insight et les caractéristiques clinique de la maladie**

### **3.3.1. Relation entre l'insight et le type de la schizophrénie**

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

Par contre nos résultats de l'analyse de la relation entre l'insight et le type de la schizophrénie ont objectivé une association étroite entre la schizophrénie paranoïde et le mauvais insight cela peut s'expliquer par le grand effectif de patient ayant une schizophrénie paranoïde dans la catégorie mauvais insight.

### **3.3.2. Relation entre l'insight et l'âge de début et avec le mode de début**

Quelques études portant sur l'insight dans la schizophrénie ont pu mettre en évidence un lien entre la conscience du trouble et l'âge de début de la maladie. L'une des conclusions de la méta-analyse de Mintz et al. (2003) sur plus de 40 études était que l'âge de début du trouble (le début tardif renforce la corrélation avec l'intensité des symptômes négatifs) et l'état aigu ou chronique du trouble (l'état aigu renforce la corrélation avec l'intensité des symptômes positifs) jouent le rôle de variables modératrices. Par contre d'autres études n'ont pas trouvé de relation entre l'insight et l'âge de début de la maladie chez les patients schizophrènes. Nous pouvons citer entre autres l'étude de Ritsner et son équipe (2007), l'étude de Xiang et al. (2012)[67].

Dans notre étude nous avons trouvé une association entre l'insight et l'âge de début des troubles ce qui correspond aux données de la littérature.

Nous avons objectivé également une forte association entre le mode de début progressif et l'altération du niveau de l'insight cela peut dire que chez nos patients le mode de début progressif était un facteur prédictif négatif pour la dégradation de leur niveau d'insight.

### **3.4. Relation entre l'insight et la prise en charge**

#### **3.4.1. La relation entre l'insight et la régularité de suivi**

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

Les résultats de l'analyse de la relation entre l'insight et la régularité de suivi ont objectivé une association entre le bon niveau d'insight et la régularité de suivi.

### **3.4.2. La relation entre l'insight et l'observance thérapeutique**

Le lien entre la conscience des troubles et l'observance du traitement semble évident. Lincoln et al. (2007) ont identifié une quinzaine d'études transversales qui ont tenté de trouver une association entre l'insight et la compliance au traitement. Neuf d'entre elles ont trouvé une association entre la conscience des troubles et l'observance : Cuffel et al., 1996 ; Macpherson et al., 1997 ; Smith et al., 1999; Coldham et al., 2002; Kozuki et Froelicher, 2003 ; Yen et al., 2005 ; Watson et al., 2006 ; Mutsatsa et al., 2003; Donohoe et al., 2001. Cinq études ont révélé des tendances ou des résultats mitigés : Smith et al. 1997 ; Moore et al. 2000 ; Kamali et al. 2001; Agarwal et al. 2004 ; Garavan et al. 1998. Une étude n'a pas trouvé de relation : Day et al. 2005. Une grande étude allemande réalisée par Schennach-Wolff et al. (2009), a révélé qu'une bonne conscience de la maladie était significativement prédictive des attitudes positives envers l'observance post-hospitalière[67].

Les résultats de l'analyse du lien entre la conscience des troubles et l'observance thérapeutique chez les patients de notre étude, montre l'existence d'une association très étroite entre le bon niveau d'insight et le degré d'adhérence au traitement médical recommandé qui confronte aux données de la littérature.

### **3.5. Relation entre l'observance thérapeutique et la prise en charge**

#### **3.5.1. La relation entre l'observance thérapeutique le type des neuroleptiques consommés et l'observance thérapeutique**

Comparativement à une étude réalisée par Droulout et al en 2003 qui ont trouvé que, près de 50% des patients schizophrènes traités par des antipsychotiques classiques sont non observant un an après la sortie de l'hôpital et 75% après deux ans[46].

Dans notre étude on n'a pas pu déterminer la relation entre la consommation du neuroleptique classique et l'observance thérapeutique (calcul de l'odds ratio était impossible).

### **3.5.2. La relation entre l'insight le nombre d'antipsychotique prise par jour et l'observance thérapeutique**

L'observance est inversement corrélée au nombre de médicaments prescrits ; au-delà de trois médicaments différents, l'observance diminue d'une façon importante ;

L'observance est liée au nombre de prises quotidiennes de traitement ; c'est avec une, voire deux prises quotidiennes, que l'on obtient en règle générale la meilleure observance [45].

Notre étude a montré une corrélation entre le nombre d'antipsychotiques prescrit et la mauvaise observance.

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

### **3.5.3. Relation entre la présence des effets secondaires et l'observance thérapeutique**

L'étude réalisée en 2001 a concerné 150 patients schizophrène a trouvé que la survenue de symptômes extrapyramidaux, particulièrement l'akathisie, est corrélée de façon très étroite à la non-adhésion et pourrait expliquer la plupart des oppositions aux traitements antipsychotiques ; la sédation, les troubles sexuels et la prise de poids sont aussi à l'origine d'une mauvaise observance[95].

Notre étude a montré une relation étroite entre l'apparition des effets secondaires et la mauvaise observance, cela peut dire que l'existence d'effets indésirables liés aux traitements diminue l'observance.

## V. DISCUSSION

En résumé nous avons trouvé une relation entre l'insight et :

- L'âge
- Le sexe masculin ;
- L'addiction aux substances toxiques ;
- Antécédents judiciaires ;
- Risque suicidaire ;
- Type de la schizophrénie ;
- Mode de début et l'âge de début des troubles ;
- La qualité de la prise en charge : la simplification du schéma thérapeutique, utilisation des antipsychotiques à action prolongés avec l'obligation des visites dans les structures médicales de proximité assurent une meilleure observance.

Nous n'avons pas trouvé la relation entre l'insight et ;

- Le milieu de vie et le statut matrimonial ;
- Thématique délirante.

Nous avons trouvé la relation entre l'observance thérapeutique et ;

- La conscience de trouble ;
- Et la régularité de suivi ;
- Type de neuroleptique ;
- Effets secondaires ;
- Médicaments associés aux neuroleptiques.

Ce travail de recherche se veut une contribution en vue de mettre en lumière l'un des problèmes majeurs de la santé publique à savoir « l'insight et observance thérapeutique dans la schizophrénie » puisque l'insight chez le patient schizophrène est un concept complexe, multidimensionnel et dont l'origine de l'altération reste incertaine. Ce concept garde toute sa pertinence clinique, car il est corrélé à l'alliance thérapeutique et au pronostic.

A cet égard, il est très particulièrement nécessaire de multiplier les études pour faire appréhender et comprendre ce phénomène. Et pourtant, devant cette urgence, peu de travaux de recherches ont été réalisés dans le contexte algérien. En effet, l'une des raisons de cette rareté des études ayant pour objet la mauvaise observance thérapeutique chez les patients atteints de schizophrénie est que les méthodes utilisées pour l'évaluation de ce phénomène restent encore non consensuelles.

Par ailleurs, il est à noter que les résultats auxquelles nous allons aboutir à travers notre travail était, en grande partie, en concordance avec la littérature en particulier pour ce qui concerne la forte influence d'une part entre l'insight et les antécédents judiciaires, risque suicidaire des conduites addictives, les caractéristiques clinique de la maladie et l'adhésion au traitement et d'autre part la forte influence entre l'observance et type de neuroleptique consommés, la complexité de traitement et les effets secondaires.

Dès lors, nous insistons, dans un premier temps, sur le fait qu'une prise de conscience est nécessaire car il existe un certain nombre de mesures à prendre pour améliorer l'insight, nous suggérons la réalisation d'autres études, portant sur un nombre de population plus nombreuse et plus homogène, avec des mesures d'insight les plus adaptées, pour une meilleure identification des facteurs associés à la conscience du trouble et une meilleure prise en charge globale des patients.

En outre, une monothérapie avec des fréquences de prise de neuroleptiques les moindres possibles sont à favoriser dès que possible chez les patients, entre autre les antipsychotiques retardés, tout en assurant une surveillance, et des contrôles réguliers des patients.

## CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

De plus, une bithérapie voir une trithérapie administrée d'emblé peut être à l'origine de l'apparition de formes résistantes, source d'impasse et d'échec thérapeutique dans la majorité des cas.

En conclusion, l'influence des substances addictives sur la meilleure observance n'est pas négligeable, cependant l'orientation de ces patients vers des centres de sevrage devra se faire dès que possible.

***REFERENCES***

***BIBLIOGRAPHIQUES***

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1]. Franck N. PSYCHOSE ET DELIRE CHRONIQUE (item278). Service du Pr. Terra Centre Hospitalier Le Vinatier .20 Fév 2010 [consulté le 20/03/2020] :82p Disponible sur : <https://fr.slideshare.net/schizophrenie/psychose-et-dlire-chronique>
- [2]. Inserm - La science pour la santé Schizophrénie. Krebs MO et al. [Dernière mise à jour le 05/03/2020, consulté le 20/03/2020] Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrenie>
- [3]. Prep ECN. Item 61 - Trouble schizophrénique de l'adolescent et de l'adulte. 2015 [mis à jour le : 13/07/2017] Disponible sur : [https://www.prepecn.com/reviser/fiches/item-n-61-trouble-schizophrenique-de-ladolescent-et-de-ladulte\\_391](https://www.prepecn.com/reviser/fiches/item-n-61-trouble-schizophrenique-de-ladolescent-et-de-ladulte_391)
- [4]. Organisation Mondiale de la Santé Principaux repères sur la schizophrénie. 04/10/2019 [Consulté le 13/03/2020] Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/schizophrenia>
- [5]. Vidal. Schizophrénie - La maladie. [Mis à jour le : 18/02/2020, consulté le : 13/03/2020] Disponible sur : [https://www.vidal.fr/recommandations/1620/schizophrenie/la\\_maladie/](https://www.vidal.fr/recommandations/1620/schizophrenie/la_maladie/)
- [6]. Santé log. Schizophrénie : le risque de décès reste démultiplié Canadian Medical Association Journal Sept, 2017. publié le 01/10/2017 Disponible sur : <https://www.santelog.com/actualites/schizophrenie-le-risque-de-deces-reste-demultiplie>
- [7]. Herchkovitch J. Les maladies mentales affectent l'espérance de vie. Santé Le Figaro, 23/05/2014 Disponible sur : <https://sante.lefigaro.fr/actualite/2014/05/23/22381-maladies-mentales-affectent-lesperance-vie>
- [8]. Besnier N., Gavaudan G., Navez A., Adida M., Jollant F., Courtet P., et al. Approche clinique du suicide au cours de la schizophrénie (I). Identification des facteurs de risque. L'Encéphale(2009) 35,176-181 Disponible sur : <https://www.encephale.com/content/download/87018/1520658/version/1/file/main.pdf>
- [9]. CNUP, AESP. Référentiel de psychiatrie : psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie 2e édition révisée, item61 : trouble schizophrénique de l'adolescent et de l'adulte. Presses universitaire François – Rabelais, France 2016 :160-178p.
- [10]. CNUP, AESP. Référentiel de psychiatrie : psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie, item61 : trouble schizophrénique de l'adolescent et de l'adulte. Presses universitaire François – Rabelais, France 2014 :587p. Disponible sur : <http://www.asso-aesp.fr/enseignement/1er-et-2e-cycle/referentiel-ecn/>
- [11]. Franck N. Clinique de la schizophrénie. EMC – Psychiatrie 2013 ; 10(1) :1-16 [Article 37-282-A-20].

- [12]. Psychom. Troubles psychiques : Schizophrénie(s). Paris, 2016 [12pages] Disponible sur : [https://www.psycom.org/file/download/32225/607499/file/schizophrenies\\_11-16-Web.pdf](https://www.psycom.org/file/download/32225/607499/file/schizophrenies_11-16-Web.pdf)
- [13]. American Psychiatric Association. DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 2013.
- [14]. Choudry A, Farooq S. Psychosis and related disorders in international classification of disease-11 and their relationship to diagnostic and statistical manual-5 and international classification of disease-10. Indian J Soc Psychiatry 2018; 34:S11-6. Disponible sur: <http://www.indjsp.org/text.asp?2018/34/5/11/245839>
- [15]. Vandel P., Haffen E., Sechter D. Traitement chimiothérapique des schizophrénies. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-295-A-10, 2008.
- [16]. Vidal Recos. Schizophrénie et autres psychoses – Eureka Santé- Vidal, 11/2016 [Mis à jour le : 31/08/2018] Disponible sur : <https://eukasante.vidal.fr/maladies/psychisme/schizophreniepsychoses.html?pb=medicaments>
- [17]. Franck N, Fromager F, Thibaut F. Pharmacologie et mode d'action des antipsychotiques. EMC – Psychiatrie 2015;12(1):1-17 [Article 37-860-B-10].
- [18]. Boulin M. Les médicaments utilisés en psychiatrie, IFSI septembre 2015 [1-23p]
- [19]. Haute autorité de santé Guide – affection de longue durée : Schizophrénie. [Saint-Denis La Plaine](https://www.has-sante.fr), 2007. 1 vol. (16-VII p.) Disponible sur : <https://www.has-sante.fr>
- [20]. CNUP, AESP. Référentiel de psychiatrie : psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie 2e édition révisée, item72 : prescription et surveillance des psychotropes. Presses universitaire François – Rabelais, France 2016 [519-562p]
- [21]. Vidal - Schizophrénie – Prise en charge. [Mise à jour le : 18/02/2020 Consulté le : 22/03/2020] Disponible sur : [https://www.vidal.fr/recommandations/1620/schizophrenie/prise\\_en\\_charge/](https://www.vidal.fr/recommandations/1620/schizophrenie/prise_en_charge/)
- [22]. Franck N., Chambon O., Marie-Cardine M. Thérapies comportementales et cognitives dans la schizophrénie. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) Psychiatrie, 37-295-D-50, 2008.
- [23]. Levaux M.-N., Laroï F., Danion J.-M., Van der Linden M. Remédiation cognitive des patients schizophrènes dans les pays francophones. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-295-E12, 2009.
- [24]. World Health Organization. “Adherence to long-term therapies: Evidence for action.” Geneva, 2003.
- [25]. Benoit M., Pon J., Zimmermann MA. Comment évaluer la qualité de l'observance?. L'encéphale, 2009. Supplément 3, S87-90.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [26]. Reach G. Application de la théorie causale de l'action à l'analyse de la non-observance thérapeutique Presse Med 2000; 29 (35) : 1939-1946.
- [27]. Matthieu Bureau. L'observance thérapeutique : ses facteurs et ses enjeux. Sciences du Vivant [q-bio]. 2001. hal-01733161.
- [28]. Prochaska JO, Diclemente CC. The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin ; 1984.
- [29]. Salzman c. Medication Compliance in the Elderly J Clin Psychiatr 1995; 56 (suppl 1): 18- 23.
- [30]. Erhardt LR. The essence of effective treatment and compliance is simplicity Am J Hypertens 1999; 12 (10 Pt 2) : 105S-110S.
- [31]. Misdrahi D. L'observance thérapeutique : un objectif essentiel. L'Encéphale, 2006; 32 :1076-9, cahier 3.
- [32]. Weiden P, Glazer W. Assessment and treatment selection for « revolving door » inpatients with schizophrenia. Psychiatr Q 1997 ; 68 (4) : 377-92.
- [33]. Misdrahi d., Adhésion thérapeutique et schizophrénie; séminaire de psychiatrie biologique, hôpital sainte- anne, Tome 37, des signes précurseurs aux symptômes résiduels des psychoses ; p. 183.
- [34]. Janssen B, Gaebel W, Haerter M, Komaharadi F, Lindel B, Weinmann S. Evaluation of factors influencing medication compliance in inpatient treatment of psychotic disorders. Psychopharmacology (Berl) 2006;187:229-36.
- [35]. Alvin P. L'adolescent et l'observance au traitement J P édiatr Pu ériculture 2000 ; 13 (4) : 225-9
- [36]. Kane JM. Problems of compliance in the outpatient treatment of schizophrenia. J clin psychiatry 1983; 44: 3-6.
- [37]. Misdrahi D, Llorca PM., lancon C., Bayle FJ. L'observance dans la schizophrénie: facteurs prédictifs, voies de recherche, implications thérapeutiques. Enc éphale, 2002 .28 (3) : p. 266-72.
- [38]. Raouah MA. Etude de l'observance thérapeutique chez les patients atteints de Schizophr énie A propos de 153 cas. Marrakech (th èse N °172) Présent é et soutenu publiquement le 12/10/2016.
- [39]. Hogan TP., Awad AG., Eastwood R., “A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics : Reliability and discriminative validity”, Psychol med, 1983. 13(1) : p. 177-83.
- [40]. Thompson K., kulkarni J., and Sergejew AA., “Reliability and validity of a new medication adherence rating scale (MARS) for the psychoses”. Schizophr Res, 2000.42(3): p. 241-247.

- [41]. Weiden P., Rapkin B., Mott T., Zygmunt A., Goldman d., Horvitylennonm., Frances A., "Rating of medication influences (ROMI) scale in schizophrenia". *Schizophr bull*, 1994. 20(2): p. 341-9.
- [42]. Morisky d.e., green l.w., and levine d.m., "Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence ". *Medical care* , 1986. 24(1): p. 67-74.
- [43]. Charpentier A., et al. L'alliance thérapeutique, un enjeu dans la schizophr énie. *Encephale* (2008), doi:10.1016/j.encep.2007.12.009.
- [44]. Adams J., Scott J., Predicting medication adherence in severe mental disorders". *Acta psychiatr scand*, 2000. 101 (2): p.119-24. *Psychol med*, 1983. 13(1) :p. 177-83.
- [45]. Corruble E., Hardy P. Observance du traitement en psychiatrie. EMC (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris). *Psychiatrie* 37-860-A-60, 2003 6 p.
- [46]. Droulout T., Fliraud, Verdoux H. Influence de la conscience du trouble et de la perception subjective du traitement sur l'observance médicamenteuse dans les troubles psychotiques. *L'encéphale*, 2003 ; xxix : 430-7.
- [47]. Olfson M., Mechanic D, Hansell S et al. Predicting medication non-compliance after hospital discharge Among patients with schizophrenia. *Psychiatr serv* 2000; 51: 216-22.
- [48]. Olfson m., mechanic d., hansell s., boyer c.a., walkup j., and weiden p.j., "Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia ". *Psychiatr serv* , 2000. 51(2): p. 216-22.
- [49]. Ayuso-gutierrez JL. and del Rio Vega JM. Factors influencing relapse in the long-term course of schizophrenia. *Schizophr, res*, 1997 .28(2-3): p. 199-206.
- [50]. Young j.l., spitz r.t., hillbrand m., and daneri g., "Medication adherence failure in schizophrenia: a forensic review of rates, reasons, treatments, and prospects". *J am acad psychiatry law*, 1999.27(3): p.426-44.
- [51]. Weinden p. And olfson m., "Cost of relapse in schizophrenia". *Schizophrenia bulletin*, 1995.21:p.419-429.
- [52]. Tazarourte m, Catteau j, Fall a et al : « Le cout de l'observance aux psychotropes ». *Synapse* 1999 ; 154 : 27-30.
- [53]. Kane JM. Review of treatments that can ameliorate non adherence in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2006;67(suppl5):9-14.
- [54]. Kane JM., Leucht S., Carpenter D., Docherty JP. Expert consensus guideline series. Optimizing pharmacologie treatment of psychotic disorders. Introduction: methods, commentary, and summary. *J Clin Psychiatry* 2003;64(suppl12):5-19.

- [55]. Fourquet C. 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) thèse présentée et soutenue publiquement le 1/04/2014.
- [56]. Marková I.S., Jaafari N. L'insight en psychiatrie. Rueil-Malmaison : Doin édition, 2009.
- [57]. Delvoye-Turrel Y. « La conscience du trouble ». Disponible sur: [http://documents.univlille3.fr/files/espaces/pers/81/P5181/public/M2conscience%20du%20trouble/SZ%20et%20insight\\_class1.pdf](http://documents.univlille3.fr/files/espaces/pers/81/P5181/public/M2conscience%20du%20trouble/SZ%20et%20insight_class1.pdf).
- [58]. Desclin J. «La Schizophrénie ». 2000.
- [59]. 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.
- [60]. Raffard S., Bayard S., Capdevielle D., Garcia F., Boulenger J.P., Gely-Nargeot M.C. La conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie: une revue critique. Partie II : modèles explicatifs et hypothèses psychopathologiques. *L'encéphale* (Paris) 2008; 34:511-516.
- [61]. 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.
- [62]. Freud S. La perte de la réalité dans la névrose et la psychose. In : *Névrose, psychose et perversion*. Paris: PUF; 1973.
- [63]. Wahl O.F., Harman C.R. Family views of stigma. *Schizophr Bull* 1989; 15:131-4.
- [64]. Kim C.H., Jayathilake K., Meltzer H.Y. Hopelessness, neurocognitive function and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophr Res* 2003; 60:71-80.
- [65]. Mintz A.R., Dobson K.S., Romney D.M. Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2003; 61:75-88.
- [66]. Marková I.S., Berrios G.E. Insight in clinical psychiatry revisited. *Compr Psychiatry* 1995; 36 (5):367-76.
- [67]. Mbola Kouotang ES, Etude de l'insight chez les patients schizophrènes hospitalisés au service de psychiatrie du CHU Med VI de Marrakech. (Thèse n°117) Présentée et soutenue publiquement en 2013.
- [68]. Lysaker P., Bell M. Insight and cognitive impairment in schizophrenia. Performance on repeated administrations of the Wisconsin Card Sorting Test. *J Nerv Ment Dis* 1994; 182:656-60.

- [69]. Cuesta M.J., Peralta V. Lack of insight in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1994; 20:359-366.
- [70]. Beck A.T., Baruch E., Balter J.M., et al. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res* 2004; 68:319-29.
- [71]. Jaafari N., Marková I.S. Le concept de l'insight en psychiatrie. *Annales Médico-Psychologiques* 2011; 169:409-415.
- [72]. David A.S. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry* 1990; 156:798-808.
- [73]. Amador X.F., Strauss D.H., Yale S.A., et al. Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry* 1993; 150:873-879.
- [74]. McEvoy J.P., Apperson L.J., Applebaum P.S., et al. Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *J Nerv Ment Dis* 1989; 177:43-47.
- [75]. Markov á I.S., Berrios G.E. The assessment of insight in clinical psychiatry: a new scale. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 86:159-64.
- [76]. Amador X.F., Strauss D.H., Yale S.A., et al. Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophr Bull Review* 1991; 17:113-32.
- [77]. Amador X.F., Flaum M., Andreasen N.C., Strauss D.H., Yale S.A., et al. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:826-836.
- [78]. Amador X.F., Kronengold H. Understanding and assessing insight. In: Amador XF., David AS, editors. *Insight and psychosis*. Oxford University Press 2004; p. 3-30.
- [79]. Bourgeois M.L. L'insight (conscience de la maladie mentale), sa nature et sa mesure. *Ann Méd Psychol* 2002; 160:596-601.
- [80]. Birchwood et al. L'échelle d'insight IS.1994. Traduction/adaptation en français : Sabrina Linder et Jérôme Fayrod 2006.
- [81]. 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.
- [82]. 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.
- [83]. Ritsner M.S., Blumenkrantz H. Predicting domain-specific insight of schizophrenia patients from symptomatology, multiple neurocognitive functions, and personality related traits. *Psychiatry Research* 2007; 149:59-69.

- [84]. De Hert M.A.F., Simon V., Vidovic D., Franic T., Wampers M., Peuskens J. Evaluation of the association between insight and symptoms in a large sample of patients with schizophrenia. *European Psychiatry* 2009.
- [85]. McCabe., Priebe S. Explanatory models of illness in schizophrenia: comparison of four ethnic groups. *Br J Psychiatry* 2004; 185:25-30.
- [86]. Turkington D., Kingdon D., Turner T. Insight into Schizophrenia Research Group. Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2002; 180:523-7.
- [87]. Regier D., Farmer M., Rae D., Locke B., Keith S. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Journal of the American Medical Association* 1990; 264:2511-2518.
- [88]. Rouillon F. Consommation de toxiques et schizophrénies : données épidémiologiques. *L'Encéphale* 2003; cahier 2; 29:16-19.
- [89]. Llorca P.M. Les psychoses. Paris John Libbey Eurotext 2001
- [90]. Casadebaig F., Philippe A. Mortality in schizophrenic patients. Three years follow-up of a cohort. *Encéphale* 1999, 25:329-37.
- [91]. Pallanti S., Quercioli L., Pazzagli A. Effects of clozapine on awareness of illness and cognition in schizophrenia. *Psychiatry Research* 1999; 86:239–49.
- [92]. Buckley P.F., Hasan S., Friedman L., Cerny C. Insight and schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* 2001; 42:39–41.
- [93]. CC. Aguglia E., De Vanna M., Onor M.L., Ferrara D. Insight in persons with schizophrenia: effects of switching from conventional neuroleptics to atypical antipsychotics. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry* 2002; 26:1229–33.
- [94]. Dolder C.R., Lacro J.P., Leckband S., et al. Interventions to improve antipsychotic medication adherence: review of recent literature. *J Clin Psychopharmacol* 2003; 23(4):389-99.
- [95]. Van Putten TH, Crumpton E, Yale C. Why do schizophrenic patients refuse to take their drugs ? *Arch Gen Psychiatry* 1984; 31: 67-72.

# *Annexes*

## Annexe I

**Fiche d'exploitation :**

Etude de l'insight et l'observance thérapeutique dans la schizophrénie,  
au niveau du service de psychiatrie du CHU de Bejaia  
2019/2020

**I. Données de l'état civil****Date de l'enquête :**

1. Nom :                      2. Prénom :                      3. Age :                      4. Sexe :  
5. Statut matrimonial : - Célibataire  - Marié  - Divorcé  - Veuf

**II. Statut socio économiques**

1. Niveau scolaire :- Non scolarisé  - Primaire  - moyen   
- Secondaire  - Universitaire
2. Vit avec : - Seul  - Parents  - Conjoint   
- Membre de famille  - Institution  - SDF
3. Rendement mensuel de la famille:
- 3.1. Bas
- 3.2. Moyen
- 3.3. Bon
4. Habitat : - Rural  - Urbain

**III. Les antécédents****1. Personnels****1.1. Médicaux :** Oui  Non **1.2. Chirurgicaux :** Oui  Non **1.3. Toxique :** Oui  Non - Tabac  - Alcool  - Cannabis - Psychotropes  - Autres 

- Pendant :

- Début / maladie : - Avant  - Après  - Au cours **1.4. Médico-légaux:** Oui  Non

**1.5. Antécédents de TS :** Oui  Non

- Nombre de TS :

- Date de dernière TS :

**1.6. Psychiatrique :**

- Nombre des hospitalisations :

- Intervalle moyen entre les hospitalisations :

**2. Antécédents psychiatriques dans la famille :** Oui  Non

#### IV. Schizophrénie

1. Age de début :

2. Mode de début : - Aigu  -Progressif

3. Forme clinique : -Paranoïde  -Désorganisée

-Déficiente  -Schizo-affective

4. Thématique délirante : -Persécution -Grandeur -Mystique

-Filiation -Possession Influence

-Hypochondriaque  -Autres

5. Médicaments utilisés :

5.1. Neuroleptique :

5.1.1. Nombre : -Monothérapie  -Bithérapie

5.1.2. Type : -Classique  -Atypique  -Retard

5.1.3. Nombre de prise /jour :

5.2. Anxiolytique :

5.3. Antidépresseurs :

5.4. Thymorégulateurs :

#### V. Echelle d'insight :(voir annexe II).

#### VI. Observance thérapeutique

1. La régularité du suivi :

- Suivi régulier aux consultations durant les 3 derniers mois : Oui  Non

2. Abandon du traitement à cause des effets secondaires : Oui Non

3. Échelle de mesure de l'observance médicamenteuse(MARS) :(voir annexe III).

**Annexe II**

**Échelle d'insight: Score total :**

IS – (échelle d'insight) : Birchwood et al. 1994, Insight Scale for Psychosis – auteurs, Traduction Sabrina Linder et J'éôme Favrod – 2006.

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

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

Score maximal = 12 - Très bon insight

Score minimal = 0 - Pas d'insight

(9 et plus = bon insight)

Sous-échelles :

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

**Annexe III**

**Échelle de mesure de l'observance médicamenteuse(MARS) : Médication Adherence Rating scale.**

Ce questionnaire consiste à mieux comprendre les difficultés liées à la prise de médicaments.

Veuillez répondre aux questions suivantes en cochant la réponse qui correspond le mieux à votre comportement ou attitude vis-à-vis du traitement que vous preniez durant la semaine avant votre hospitalisation.

	Oui	Non
Vous est-t-il parfois arrivé d'oublier de prendre vos médicaments?		
Négligez-vous parfois l'heure de prise d'un de vos médicaments?		
Lorsque vous vous sentez mieux, interrompez-vous parfois votre traitement ?		
Vous est-t-il arrivé d'arrêter le traitement parce que vous vous sentiez moins bien en le prenant ?		
Je ne prends les médicaments que lorsque je me sens malade.		
Ce n'est pas naturel pour mon corps et pour mon esprit d'être équilibré par des médicaments.		
Mes idées sont plus claires avec les médicaments.		
En continuant à prendre les médicaments, je peux éviter de tomber à nouveau malade.		
Avec les médicaments je me sens bizarre comme un <<zombie>>.		
Les médicaments me rendent lourd et fatigué		

## Résumé

Dans le cadre du dépistage des différents facteurs influençant l'observance thérapeutique chez les patients schizophrènes de notre étude, et de pouvoir adopter certaines mesures et recommandations afin d'améliorer la qualité de l'observance chez ces derniers, différents liens ont été étudiés, dont principalement le lien avec l'insight, la présence d'effets secondaires, le nombre et la fréquence de prise des neuroleptiques. Pour réaliser ce travail nous avons mené une étude transversale à visée descriptive et analytique sur 15 patients schizophrènes hospitalisés au niveau du service de psychiatrie du CHU de Bejaia, et dont nos résultats ont permis de retrouver une relation étroite principalement entre, la conscience du patient de ses troubles, et sa bonne qualité d'observance, un bon insight qui est un facteur de bon pronostic modifiable, sujet d'un nombre limité d'études étrangères, de nombreuses nouvelles études algériennes sur une large série de patients menées dans ce sens peuvent contribuer à de meilleurs résultats plus concluants.

## Abstract

In order to detect the various factors influencing adherence in schizophrenic patients in our study, and to be able to adopt certain measures and recommendations to improve the quality of adherence in these patients, various links were studied, including the link with insight, the presence of side effects, the number and frequency of taking neuroleptics. To carry out this work we conducted a cross-sectional study to aim descriptive and analytical on 15 schizophrenic patients hospitalized at the psychiatric service of the University Hospital of Bejaia, and whose results have managed to recover a close relationship mainly between, the patient's awareness of their disorders, and their good quality of compliance, a good insight that is a factor of good modifiable prognosis, subject of a limited number of foreign studies, many new Algerian studies on a wide range of patients conducted in this direction can contribute to more conclusive results.