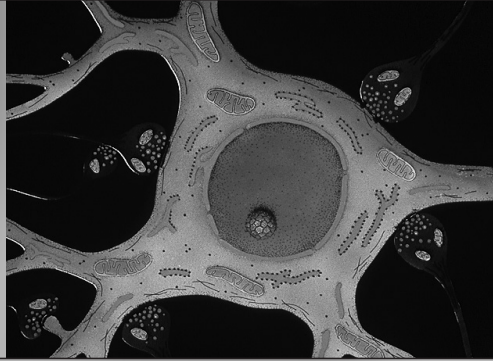


Supplément à Neurone 2007 ; Vol 12 (N° 7)



Schizophrénie, conscience morbide et antipsychotiques

B Gillain, A Masson, A De Nayer, B Delatte,
O Pirson, MA Domken, V Dubois, M Floris,
L Mallet, E Stillemans, J Detraux

SOMMAIRE

1. Introduction	3
2. Terminologie	3
3. Définition	3
3.1. Approche catégorielle	3
3.2. Approche dimensionnelle	4
3.2.1. Concept multidimensionnel	4
3.2.2. Concept continu: évolution au fil du temps	4
4. L'évaluation de la conscience morbide	5
5. Prévalence	5
6. La signification clinique de la conscience morbide	6
6.1. Conscience morbide et facteurs sociodémographiques	6
6.2. Conscience morbide et sévérité de la psychopathologie	6
6.3. Conscience morbide et évolution favorable	6
6.4. Conscience morbide et schizophrénie vs schizo-affectif	7
6.5. Conscience morbide, dépression et suicide	7
6.6. Conscience morbide et agression	7
6.7. Conscience morbide et qualité de vie	7
6.8. Conscience morbide et adhésion	8
7. Modèles d'explication de la conscience morbide en schizophrénie	8
7.1. Le modèle clinique: la conscience morbide, un état mental ou un symptôme caractéristique?	8
7.2. Le modèle du déni	8
7.3. Le modèle neuropsychologique ou le modèle de l'anosognosie	8
8. Conscience morbide et antipsychotiques	9
9. Action thérapeutique	9
9.1. Le modèle LEAP	9
9.2. Le modèle ARTEH (le modèle belge)	10
10. Conclusion	10

1. Introduction

Symptôme prévalent dans la schizophrénie, la «non-conscience» de la maladie est aussi multidimensionnelle et évolutive.

Les travaux sur la conscience morbide connaissent depuis 20 ans un essor important dans les domaines des démences, notamment la démence de type Alzheimer, et des troubles psychotiques, en particulier la schizophrénie (2, 4).

La non-conscience de la maladie, qu'on l'appelle «absence d'insight», «absence de conscience morbide», ou «anosognosie» est caractéristique de la schizophrénie, au moins par sa fréquence (6-13). Selon Cuesta & Peralta (8) l'absence de conscience morbide est le symptôme le plus prévalent de la schizophrénie. Amador, dans une étude publiée en 1994, a établi que près de 60% des personnes atteintes de schizophrénie sont fondamentalement inconscientes du fait qu'elles sont malades (9).

La conscience morbide est la capacité de se reconnaître comme malade, de reconnaître les conséquences sociales de sa maladie et d'accepter d'avoir besoin de soins (1, 9, 14). Elle n'est pas un signe binaire en tout ou rien (conscient/non conscient), mais un phénomène multidimensionnel, évolutif dans le temps. Elle a pu être considérée comme une défense psychologique, un symptôme caractéristique, quasi pathognomonique de la schizophrénie (6-12), ou comme un déficit neuropsychologique (anosognosie), lié à une dysfonction frontale.

La question de la conscience de la maladie a, de nouveau, retenu l'attention des psychiatres en raison de ses implications diagnostiques et thérapeutiques. Une meilleure connaissance de ce phénomène complexe participe d'une compréhension de cette maladie et permet également d'optimiser les démarches de soin. Le défaut de conscience morbide est un facteur régulièrement évoqué dans les causes de non-adhésion (15-17). Alors que la non-adhésion au traitement (lien direct) est un facteur bien établi et déterminant dans l'évolution péjorative de la maladie, l'absence de conscience morbide (lien indirect) est peut-être moins déterminante pour cette évolution. Néanmoins, l'absence de prise de conscience de

la maladie interfère avec la perception d'un bénéfice thérapeutique. Faire accepter la maladie par le patient et par son entourage est donc primordial pour la réussite du traitement.

2. Terminologie

Non-conscience de la maladie, absence de conscience morbide, anosognosie, sont autant de termes qui font référence mais partiellement au «manque d'insight» anglo-saxon.

Dans des travaux anglo-saxons, l'expression *insight into illness* (p.ex. 5, 9, 18-21), ou simplement le terme anglais *insight* – qui contient l'idée de vision intérieure, de vision avec les yeux de l'esprit, ou de lecture de la nature intérieure ou cachée des choses (22) – sont plus employés que *awareness of mental disease* ou bien *awareness of illness* (p.ex. 9, 23-26). Le terme *insight* a été importé dans le lexique psychopathologique français (p.ex. dans les articles de Bourgeois). Mais le français parle aussi de «conscience de la maladie» (français de consciousness) (p.ex. 27), «conscience morbide», «introspection» (c.-à-d. la capacité à faire la démarche de regarder en soi-même), et de «l'anosognosie».

Selon Bourgeois (28), le terme *insight* est un assez mauvais terme pour traduire la conscience que le malade peut avoir de sa pathologie puisque «l'insight concerne non seulement sa vie intérieure, les anomalies et les distorsions de sa pensée, ses erreurs de jugement et ses anomalies comportementales, mais aussi tout ce qui concerne le monde extérieur – pensées, émotions, sentiments et intentions d'autrui – mais encore sur le plan cognitivo-intellectuel, les mécanismes du monde matériel et des techniques.» La nature du mot choisi n'est pas innocente et se réfère au modèle étiologique privilégié. Le terme «insight» se réfère, soit au vocabulaire psychanalytique, soit à celui des cognitivistes, mais il n'a pas le même sens. «L'anosognosie» renvoie à un déficit neurologique.

3. Définition

La conscience morbide n'est pas un phénomène binaire mais se révèle multidimensionnelle et évolutive

Le mot «conscience morbide» souffre d'une ambiguïté. Les revues de David (29) et Amador et coll (30), deux auteurs qui se sont beaucoup investis dans la recherche autour de la conscience morbide, les ont conduits à constater que le concept de conscience morbide est si obscur et reste si mal défini qu'il faudrait renoncer à l'utiliser. Or, un large usage en est fait dans la pratique clinique. Cette confusion conceptuelle tient beaucoup à la notion elle-même, car elle touche à la connaissance de soi, à la nature de la réalité, et surtout aux interprétations psychologiques multiples (22). Les mêmes auteurs soulignent que quelques études montrent qu'il n'est pas absurde de prêter à des patients un certain degré et/ou une certaine forme de conscience de la maladie. En revanche, il n'est pas encore possible de tirer des conclusions sur la spécificité diagnostique de l'absence de conscience de la maladie par rapport à la schizophrénie, sur sa relation avec la sévérité ou le stade évolutif de la maladie (voir point 6). Il n'est pas davantage possible de préciser les mécanismes étiologiques de la conscience morbide (voir point 7).

Deux approches sont utilisées pour étudier la conscience morbide: **catégorielle** et **dimensionnelle**.

3.1. Approche catégorielle

L'approche catégorielle étudie le phénomène de conscience morbide en termes de diverses catégories distinctes. On vise dans ce cas à établir la **présence ou l'absence** de la conscience morbide. Le nombre des catégories peut varier entre la plus simple dichotomie (conscient/non conscient) (p.ex. 31) et un système de plusieurs catégories (la conscience de la maladie variant entre nulle, partielle et totale) (4). Plusieurs auteurs font remarquer qu'un tel clivage n'est pas forcément nécessaire. Plutôt que traiter la

conscience et la non-conscience comme si la dichotomie était nette et définitive, il vaudrait mieux s'interroger sur les composantes, les niveaux et les degrés de conscience et les passages de l'un à l'autre.

3.2. Approche dimensionnelle

Selon le point de vue contemporain, la conscience morbide ne constitue pas un phénomène unitaire mais complexe (3-5). Plusieurs auteurs (1, 29, 30, 32, 33) critiquent l'approche catégorielle de la conscience morbide et recommandent d'opérationnaliser la conscience morbide comme **un concept multidimensionnel et continu**. La conscience morbide implique plusieurs composantes et, entre les stades conscient et non conscient, on admet qu'il existe d'incessants allers et retours, selon une gradation continue et évolutive, rendant peu opératoire le clivage trop strict entre deux mondes mentaux, étrangers l'un à l'autre.

La conscience morbide n'est pas un phénomène unitaire, un signe binaire en tout ou rien, mais un phénomène multidimensionnel, évolutif dans le temps, dépendant en partie de l'état clinique et cognitif du patient.

3.2.1. Concept multidimensionnel

Amador et coll (30) pensent que la conscience morbide dans le domaine de la schizophrénie consiste en 4 dimensions au moins:

- la conscience des signes, symptômes et conséquences de la maladie;
- les attributions générales à propos de la maladie et les attributions spécifiques à propos des symptômes et de leurs conséquences;
- la formation du concept de soi;
- le mode de défense psychologique.

Dans la littérature contemporaine on distingue le plus souvent les 5 dimensions suivantes dans ce phénomène complexe (2-5):

- **1. la conscience d'être malade;**
- **2. la conscience des différents symptômes comme pathologiques;**

- **3. la conscience de nécessiter un traitement;**
- **4. la conscience des conséquences de la maladie (en particulier psychosociales);**
- **5. l'attribution causale.**

Beck et coll (3) distinguent deux notions de conscience: **la conscience clinique et la conscience cognitive**. La conscience clinique concerne la conscience d'avoir une maladie. La conscience cognitive ou la capacité d'introspection est le savoir que la personne a sur sa façon de penser, et, si elle est présente, cela lui permet d'évaluer et de corriger des pensées perturbées et des interprétations erronées.

3.2.2. Concept continu: évolution au fil du temps

Le degré d'*insight* qu'une personne ressent peut aussi varier dans le temps (évolution positive ou négative). La conscience de la maladie peut être nulle, partielle ou totale. Cette notion permet de repérer les patients selon un continuum entre ceux qui refusent catégoriquement d'admettre toute maladie psychiatrique présente ou passée, et ceux qui acceptent l'idée de souffrir d'une maladie psychiatrique à un moment donné.

On constate aussi des «poches» de conscience. Par exemple: un patient atteint de schizophrénie peut être conscient de certains symptômes, et complètement en ignorer d'autres. De même, une personne peut accepter le besoin d'un traitement et refuser le diagnostic.

Le degré de conscience morbide peut varier dans le temps, être présent ou absent pour certains aspects de la maladie et du traitement, et/ou être présent pour certains symptômes.

Tout ceci n'empêche pas un fonctionnement normal d'autres fonctions cognitives, et en particulier la conservation du QI (5, 34).

Pour éviter la complexité imposée par les modèles multidimensionnels, dans la plupart des études empiriques en ce qui concerne la conscience morbide, on a opté pour une mesure *single-item* de la conscience morbide comme l'*item* spécifique

Tableau 1: Exemple d'intensité, PANSS manque de jugement et de discernement

(lack of judgment and insight) (35, 36).

G12. Manque de jugement et de prise de conscience. Altération de la conscience ou de la compréhension de ses propres troubles psychiatriques ou de sa situation de vie. Cela est mis en évidence par une incapacité à reconnaître l'existence de la maladie ou des symptômes psychiatriques anciens ou actuels, un déni du besoin d'hospitalisation ou de traitement psychiatrique, des décisions caractérisées par une mauvaise anticipation de leurs conséquences et des objectifs irréalistes à court ou long terme. Éléments de cotation: le contenu de la pensée exprimé durant l'entretien.

- **absent** – définition non applicable.
- **minime** – pathologie douteuse, sujet pouvant se situer dans les limites extrêmes de la norme.
- **léger** – reconnaît avoir un trouble psychiatrique mais en sous-estime manifestement la gravité et les conséquences thérapeutiques, ou mésestime l'importance des mesures visant à éviter la rechute. Certains projets peuvent être mal élaborés.
- **moyen** – le patient n'admet sa maladie que de manière vague et superficielle. Il peut exister des fluctuations dans l'acceptation de la maladie, peu de conscience des symptômes majeurs éventuellement présents tels que les idées délirantes, la désorganisation de la pensée, la méfiance et le repli social. Le patient peut rationaliser et accepter le besoin de traitement afin d'améliorer les symptômes moins importants tels que l'anxiété, la tension et les troubles du sommeil.
- **modérément - sévère** – reconnaît avoir eu une maladie psychiatrique dans le passé mais pas dans la période actuelle. S'il est poussé dans ses retranchements, le patient peut admettre la présence de certains symptômes secondaires ou insignifiants qu'il minimise en leur donnant une explication manifestement erronée ou délirante. De même, le besoin de traitement psychiatrique n'est pas reconnu.
- **sévère** – le patient nie avoir eu une maladie psychiatrique. Il conteste la présence de tout symptôme psychiatrique, ancien ou actuel, et bien que docile, il refuse de reconnaître le besoin de traitement et d'hospitalisation.
- **extrême** – négation énergique d'une maladie psychiatrique ancienne ou actuelle. L'hospitalisation et le traitement en cours sont l'objet d'une interprétation délirante (punition pour méfaits, persécution par des bourreaux, etc.) et le patient peut ainsi refuser de coopérer avec les thérapeutes, de prendre les médicaments ou d'accepter d'autres aspects du traitement.

de PANSS (G12) (voir **Tableau 1**). Cet item a donc été privilégié pour l'analyse de la conscience morbide (4, 5). Cependant, il est aussi une mesure dimensionnelle.

D'autres exemples d'une mesure *single-item* sont le *Present State Examination* (PSE) (item 104), et le *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS) (item 17).

4. L'évaluation de la conscience morbide

L'évaluation de la conscience morbide repose sur des mesures multidimensionnelles.

Actuellement, l'évaluation de la conscience morbide peut se faire à l'aide d'instruments de mesure qui diffèrent beaucoup entre eux, ce qui reflète la difficulté de traduire ce concept abstrait à l'intérieur d'un instrument empirique. Le fait que le lien entre un haut niveau de conscience morbide et l'adhésion thérapeutique soit reconnu dans la littérature montre l'importance de disposer d'un instrument de mesure valide, qui offrirait aux professionnels de la santé la possibilité d'évaluer la conscience morbide chez leurs patients.

Plusieurs instruments, reposant sur une conception particulière de conscience morbide ou sur des objectifs spécifiques, ont été construits pour la mesurer. Tous les instruments discutés dans cette partie sont des mesures multidimensionnelles. Parmi les échelles qui visent à mieux cerner les capacités de conscience morbide, les items principaux portent sur le fait d'être conscient que l'on souffre d'un trouble mental, sur l'aptitude à pouvoir considérer certains phénomènes (délire, hallucination) comme pathologiques et l'acceptation ou le refus de la nécessité d'un traitement (29). Le **tableau 2** laisse entrevoir ces échelles (voir aussi **annexe**).

L'échelle la plus connue et utilisée dans le domaine de la recherche sur la conscience morbide est le *Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder* (SUMD). Cette échelle d'évaluation a été publiée par Amador en deux versions successives (1, 9). La première version comporte 4 échelles (mesurant la conscience actuelle, la conscience

Tableau 2: Instruments de mesure de la conscience morbide.

<i>Drug Attitudes Inventory</i> (DAI) (37)
<i>Insight and Treatment Attitude Questionnaire</i> (ITAQ) (38)
<i>Schedule for the Assessment of Insight</i> (SAI) (SAI-E, version extensive) (29)
<i>Insight Scale</i> (IS) (39,40)
<i>Scale to assess Unawareness of Mental Disorder</i> (SUMD) (1, 9)
<i>Self-report Insight Scale</i> (SIS) (41)
<i>Insight Q8</i> (27, 42)
<i>Beck Cognitive Insight Scale</i> (BCIS) (3)

rétrospective, l'attribution actuelle et l'attribution rétrospective à propos de la maladie), 17 symptômes potentiels (e.g. hallucinations, délire), et 3 items généraux (la conscience actuelle et rétrospective pour la maladie, les effets des médicaments et les conséquences sociales de la maladie) (1, 43, 44). La seconde version, réduite à 9 items, n'a conservé que l'échelle de conscience actuelle pour la maladie, les effets des médicaments, les conséquences de la maladie et seulement 6 symptômes ou groupements symptomatiques (9).

En général, les qualités métrologiques de ces instruments ont été vérifiées. Curieusement, alors que la plupart d'entre eux revendiquent une vision multidimensionnelle de conscience morbide, les analyses factorielles montrent parfois une solution à un facteur (41, 45). Par ailleurs, bien que traduisant des conceptions diverses de conscience morbide, les scores de ces instruments sont souvent étroitement corrélés entre eux (46).

5. Prévalence

Dans l'*Etude Pilote Internationale sur la Schizophrénie* (EPIS) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 1973, le manque de conscience de la maladie (mesuré par le *Present State Examination*) est le symptôme rencontré le plus fréquemment chez les sujets pour lesquels le diagnostic de schizophrénie est le plus sûr. Cette grande étude a isolé, dans une analyse en cluster, seulement 29 sujets dénommés *insightful* parmi 573 (soit 5,1%) (47).

Ce n'est que depuis 1990 qu'ont été conduites des études qui montrent que, contrairement aux

malades souffrant de désordres anxieux ou dépressifs, plus de 60% des patients atteints de schizophrénie et environ 25% de ceux atteints de désordre schizo-affectif, sont essentiellement non conscients d'être malades. Un grand pourcentage d'entre eux ne sont pas conscients des symptômes de la maladie dont ils souffrent. S'ils en ont conscience et réalisent que certains de leurs comportements, perceptions et croyances sont étranges, ils ne les considèrent néanmoins pas comme des symptômes de maladie. La seule étude dans les années '90 portant sur un nombre de sujets élevé est l'étude de Amador et coll de 1994 (412 sujets, dont 221 répondaient aux critères de schizophrénie). Pour les patients avec schizophrénie (les pourcentages concernent la non-conscience sévère), 57% n'ont pas de conscience, de façon modérée ou sévère, d'avoir un trouble mental alors que 41% en ont conscience; 31,5% n'ont pas conscience des conséquences sociales de leur maladie, 22% n'ont aucune reconnaissance de l'effet des médicaments. Quant à l'absence de conscience de symptômes particuliers chez les 221 patients atteints de schizophrénie, les pourcentages de non-conscience sévère varient entre 28% pour le retrait social et 58% pour les idées délirantes (9). Le manque de conscience de la maladie est un symptôme également rencontré fréquemment chez les patients présentant un premier épisode. Keshavan et coll ont trouvé que 75% des patients présentant un premier épisode (n = 535) sont essentiellement non conscients (faible, modéré ou sévère) d'être malades (48).

De rares études ont examiné l'évolution longitudinale des scores de conscience morbide. La plus récente observe, sur une période de 6 mois à 2 ans, une légère amélioration de conscience morbide rétrospective, mais aucune de la conscience actuelle des troubles (43).

Sous la supervision de Peuskens et Linkowski, en 2004 une étude naturalistique, l'ADHES (*ADHerencia ESquizofrenia*), a été effectuée. Cette enquête visait à connaître la perception des médecins en matière d'adhésion au traitement de leurs patients et à évaluer les facteurs (liés aux patients et à leur environnement) influençant l'adhésion. L'échantillon observé portait sur 610 patients. D'après l'enquête, il s'est avéré que 71%

des médecins belges pensent que leurs patients montrent ou ont montré à un quelconque moment, un manque de conscience morbide.

Pourtant, bien des patients schizophrènes savent, d'une façon ou d'une autre, que quelque chose ne va pas.

6. La signification clinique de la conscience morbide

Le lien entre conscience morbide et sévérité de la psychopathologie est loin d'être probant. Il en va de même de la relation entre conscience morbide et pronostic.

Un des thèmes dans la littérature est la signification clinique de la conscience morbide. Cela concerne principalement le diagnostic psychiatrique, l'évolution, le risque suicidaire ou la violence. On a corrélé la non conscience du trouble avec plusieurs facteurs comme la sévérité et le pronostic, les sous-types de schizophrénie, l'âge de début, le suicide, les symptômes négatifs et positifs, le quotient intellectuel, le niveau d'éducation, l'adhésion, les troubles neuropsychologiques, l'imagerie cérébrale, etc.

6.1. Conscience morbide et facteurs sociodémographiques

Plusieurs auteurs se sont penchés sur l'influence que des variables sociodémographiques exercent sur la conscience morbide. En général, il n'y a pas d'influence de l'âge, du sexe, et du niveau d'étude, sur la conscience morbide (4).

6.2. Conscience morbide et sévérité de la psychopathologie

Plusieurs auteurs disent que l'absence de conscience de la maladie est un simple reflet de la gravité de la maladie, ou encore l'équivalent d'un symptôme, au même titre que les idées délirantes ou l'éroussement affectif. Pour répondre à cette question, ces auteurs ont cherché quel était le lien entre le degré de conscience morbide et la

sévérité de la symptomatologie, mesurée le plus souvent par un score global d'une échelle comme la *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) ou bien la *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS).

En général, il semble que la littérature ne permette pas de répondre de façon concluante à la question concernant un lien possible entre la conscience morbide et la sévérité de la psychopathologie (**Tableau 3**).

D'autres ont postulé un lien entre absence de conscience morbide et sévérité de certaines dimensions symptomatiques particulières (positive, négative, négative primaire), ou sévérité de certaines symptômes spécifiques (p.ex. désorganisation) (**Tableau 4**).

6.3. Conscience morbide et évolution favorable

Une bonne conscience morbide, ouvre-t-elle la voie à une évolution favorable, ou constitue-t-elle un obstacle pour la rémission?

Les études de Heinrichs et coll (31), McEvoy et coll (72) et Amador et coll (1) ont établi une relation positive entre présence de conscience morbide et évolution favorable: les patients ayant une meilleure conscience de la maladie bénéficieront d'une meilleure évolution. Eisen et coll (73), par contre, ne trouvaient pas d'association entre la conscience morbide et une bonne évolution.

Une des principales difficultés de cette question concerne l'évaluation du pronostic en lui-même. L'outil de mesure de conscience morbide, de même que les paramètres choisis pour apprécier l'évolution sont très variables: nombre d'hospitalisations, durée des hospitalisations, qualité de la vie sociale ou de l'insertion professionnelle, etc. La conséquence est qu'on observe une grande variabilité quant à la notion *outcome* et que la comparaison entre les études est souvent rendue difficile. De plus, le nombre de sujets est souvent peu élevé et la méthode rarement prospective (4). De cette façon, il semble que la littérature ne permette pas de confirmer l'intuition clinique qu'une bonne conscience morbide est positive pour le pronostic.

Tableau 3: Etudes se rapportant une association ou non entre le degré de l'inconscience morbide et la sévérité clinique globale (8, 23, 45, 49-60).

Corrélation positive entre le degré de l'inconscience morbide et la sévérité clinique globale	Pas de corrélation entre le degré de l'inconscience morbide et la sévérité clinique globale
David et coll, 1992	McEvoy et coll, 1993a
Takai et coll, 1992	McEvoy et coll, 1993b
Young et coll, 1993	Cuesta & Peralta, 1994
Kemp & Lambert, 1995	Lysaker & Bell, 1994
Fennig et coll, 1996	David et coll, 1995
Young et coll, 1998	Lysaker & Bell, 1995
Rossell et coll, 2003	McEvoy et coll, 1996
	Flashman et coll, 2000

Tableau 4: Etudes se rapportant à une corrélation positive entre absence de conscience morbide et sévérité de certaines dimensions symptomatiques particulières (11, 18, 43, 48, 61-71).

La sévérité des symptômes positifs	La sévérité des symptômes négatifs	La sévérité des symptômes positifs et négatifs
Almeida et coll, 1996	MacPherson et coll, 1996	Keshavan et coll, 2004
Collins et coll, 1997	Cuesta et coll, 2000	Mintz et coll, 2004
Kim et coll, 1997	Laroi et coll, 2000	
Lysaker et coll, 1998a	McCabe et coll, 2002	
Lysaker et coll, 1998b		
Schwartz, 1998a		
Schwartz, 1998b		
Carroll et coll, 1999		
Buckley et coll, 2004		

Les données du PECC concernant les patients en rémission en comparaison avec les patients en non-rémission dans l'étude de De Hert (74) montrent que les patients en rémission ont une meilleure prise de conscience de la maladie et de la symptomatologie ($p < 0,0001$). Selon la même étude, les patients en rémission par rapport à ceux en non-rémission montrent une amélioration du fonctionnement mesuré d'après des critères d'hygiène personnelle, d'activités ménagères et professionnelles ($p < 0,0001$). Les résultats provisoires d'une étude suédoise (Helldin et coll, communication personnelle) vont dans le même sens.

En général, il semble que la littérature ne permet pas de confirmer l'intuition clinique qu'une bonne conscience morbide est positive pour le pronostic.

6.4. Conscience morbide et schizophrénie vs schizo-affectif

Quelques études concluent que l'absence de conscience morbide est plus fréquente et plus sévère chez des patients atteints de schizophrénie que chez des patients répondant aux critères de trouble schizo-affectif ou de dépression majeure avec ou sans symptômes psychotiques (9,19). Les résultats d'études de Cuesta et coll (43) et de Smith et coll (75) ne laissent entrevoir aucune différence entre les schizophrènes et les patients ayant un trouble schizo-affectif. Sanz et coll (46) trouvent, eux, dans le groupe schizophrénie versus trouble schizo-affectif, une meilleure conscience de la maladie pour les patients schizophrènes.

6.5. Conscience morbide, dépression et suicide

On peut aussi constater une absence de concordance des résultats des travaux ayant exploré la relation entre le degré de conscience des troubles et des symptômes dépressifs. Smith et coll (76) ont montré que la dépression était corrélée à une meilleure conscience pour les symptômes

actuels, résultat qui rejoint, par exemple, les études de Peralta et Cuesta (77), et de Kemp et Lambert (50), mais contraste avec ceux de Amador et coll (1) et de Collins et coll (62). Néanmoins, la plupart des études ont montré qu'une dépression majeure chez des patients atteints de schizophrénie était corrélée à une meilleure conscience de la maladie (50, 66, 71, 76-80). Quelques études longitudinales, évaluant la conscience morbide et les manifestations dépressives à différents moments de la pathologie, rendent mieux compte de la dimension temporelle des relations entre la conscience morbide et la souffrance. Différentes études (81, 82) indiquent une relation entre certains aspects de la conscience morbide (en particulier la conscience d'avoir des idées délirantes, conscience d'un retrait social, d'un émoussement affectif, d'une anhédonie) et des idées ou gestes suicidaires dans des échantillons importants de patients atteints de schizophrénie. Schwartz & Petersen (83) trouvaient un lien entre des risques suicidaires et la conscience de nécessiter un traitement, mais pas avec la conscience d'être malade ou des conséquences sociales de la maladie. Un syndrome conscience morbide-démoralisation-dépression-risque suicidaire a été évoqué (82).

6.6. Conscience morbide et agression

Une étude récente (67) retrouve un déficit de conscience morbide significativement plus marqué chez des sujets psychotiques ($n = 115$) ayant commis un acte violent comparativement à des sujets psychotiques, n'en ayant pas manifesté ($n = 111$). D'autres différences distinguent les deux groupes (consommation de drogues, symptômes positifs, fonctionnement psychosocial).

6.7. Conscience morbide et qualité de vie

La littérature donne des résultats incertains quant au lien entre la conscience morbide et la qualité de vie. Les résultats de certaines études (19, 63, 69, 77, 84), utilisant plusieurs mesures du concept «qualité de vie» et du fonctionnement, révèlent une pauvreté du fonctionnement social et de la qualité de vie chez les patients ayant un niveau diminué de conscience du trouble. D'autres études (8, 40, 64, 65, 85) n'ont dégagé aucun lien entre la conscience morbide et la qualité de vie. Dans la plupart de ces études, les patients ont été évalués cliniquement par le GAS (*Global Assessment Scale*) ou le GAF (*Global Assessment of Functioning*).

Il y a différentes raisons pour l'absence d'un consensus sur l'association entre la conscience morbide et la qualité de vie. La qualité de vie est un concept large qui intègre de manière complexe la santé physique, l'état psychologique, le niveau d'indépendance, les relations sociales et la relation aux éléments essentiels de son environnement. Ceci a conduit à développer une grande diversité d'échelles qui reposent sur des notions théoriques et des définitions différentes, ce qui nuit à la comparabilité des études et empêche de tirer des conclusions univoques (4). En outre, les différences sont nombreuses sur la question de savoir si les patients schizophrènes sont capables d'évaluer fiablement leur qualité de vie (86).

L'influence de la conscience morbide sur la qualité de vie est peu claire.

Tableau 5: Conscience morbide vs la non-adhésion (26).

N = 300	Absence de conscience morbide (n = 97)	Conscience morbide (n = 203)	p
Temps de non-adhésion (semaines)	16	7	0,014
Non-adhésion totale à un quelconque moment (%)	78	64	0.021
Symptômes positifs sévères durant la non-adhésion (%)	70	48	< 0.001
Hospitalisation après la non-adhésion (%)	52	34	0.002

6.8. Conscience morbide et adhésion

Parmi les facteurs influençant l'évolution figure bien entendu l'adhésion. La mauvaise adhésion thérapeutique est source d'un accroissement du nombre d'hospitalisations (87) et d'une exacerbation des symptômes (88).

La méconnaissance de la maladie aboutit souvent au refus actif du traitement. L'absence de prise de conscience de la maladie interfère avec la perception d'un bénéfice thérapeutique (15-17). Il a été montré dans la plupart des études qu'un bon niveau de conscience morbide était associé à une meilleure adhésion au traitement médicamenteux de la schizophrénie (4). Olfson et coll (26), dans une étude portant sur 300 patients atteints de schizophrénie, ont montré une corrélation inverse entre la non-adhésion aux antipsychotiques et le niveau de la conscience morbide (**Tableau 5**).

Selon Waintraub (22) la conscience d'avoir une maladie ou bien d'avoir certains symptômes est peut-être moins déterminante que l'expérience antérieure d'un bon effet du traitement.

La non-adhésion au traitement (lien direct) est un facteur bien établi et déterminant dans l'évolution péjorative de la maladie. L'absence de conscience morbide (lien indirect) est peut-être moins déterminante pour cette évolution.

7. Modèles d'explication de la conscience morbide en schizophrénie

S'il est devenu évident qu'on peut étudier et décrire la perception, la mémoire ou le langage, l'unanimité n'est pas la même pour l'activité éminemment subjective qu'est la conscience. Le premier problème est d'abord de savoir ce que l'on désigne par conscience morbide (voir plus haut).

3 modèles d'explication du déficit de conscience morbide sont possibles dans la maladie mentale:

- 1. **Le modèle clinique:** le déficit de conscience morbide comme symptôme primaire lié directement à la maladie mentale.

- 2. **Le modèle du déni:** mécanisme de défense ou d'adaptation.
- 3. **Le modèle neuro-psychologique:** déficit de la conscience du trouble, comparable à l'anosognosie neurologique.

7.1. Le modèle clinique: la conscience morbide, un état mental ou un symptôme caractéristique?

L'absence de conscience morbide, caractéristique de la schizophrénie, au moins par sa fréquence, représente, pour plusieurs auteurs (8-12) un élément essentiel, un trait ou un symptôme caractéristique, quasi pathognomonique, du diagnostic de schizophrénie, un élément considéré alors comme quasi irréductible. Ces auteurs ont envisagé que la conscience morbide pourrait constituer une dimension symptomatique indépendante. Marková (4), dans son livre «Insight in Psychiatry», critique cette opinion. Selon elle, la conscience morbide est un état mental indépendant de la maladie elle-même, mais pouvant être influencée par divers facteurs, affectant des processus mentaux, et où alors la maladie peut jouer un rôle.

7.2. Le modèle du déni

La supposition de ce modèle est que le manque de conscience morbide des patients atteints de schizophrénie est le résultat d'un mécanisme de défense psychologique, un déni, au lieu d'un dysfonctionnement du cerveau lui-même. Smith et coll (89), par exemple, suggèrent que le manque de conscience morbide peut être un mécanisme pour réduire l'anxiété et la dépression. Cependant, selon Julia (90), certains proposent des explications alternatives pour la corrélation positive entre la dépression et la conscience morbide; par exemple, on pourrait conjecturer que les malades montrant des signes dépressifs reçoivent un soin psychologique plus compréhensif, ou que la dépression est simplement le résultat d'une amélioration indépendante de la conscience morbide, suivie d'une vision pessimiste de leur avenir avec une maladie psychiatrique majeure. Il importe que les psychiatres soient

conscients du risque accru de dépression qui semble arriver avec une amélioration de conscience du trouble, et qu'on doit inclure le soin pour les symptômes dépressifs dans un programme de traitement complet.

Le déni n'est pas toujours pathologique. Par exemple, le déni est la première phase du deuil, survenant lorsqu'on apprend la perte. C'est une période plus ou moins intense où les émotions semblent pratiquement absentes. Le déni est une phase pendant laquelle la mort de l'être cher n'est pas encore intégrée (C'est pas vrai, pas possible...); elle dure relativement peu de temps. C'est en quittant ce court stade du deuil que la réalité de la perte s'installe. Toutefois, il arrive que des personnes restent bloquées dans cet état, devenant pathologique (91).

7.3. Le modèle neuro-psychologique ou le modèle de l'anosognosie

Cette hypothèse envisage l'absence de conscience morbide comme l'expression d'un déficit neuro-psychologique, basée sur le modèle de l'anosognosie des patients hémiparétiques. L'anosognosie, un terme issu du grec (a = alpha privatif, *nosos* = maladie, et *gnosis* = connaissance) et décrite initialement par Babinski en 1914 (5), est donc la méconnaissance par le patient des déficits ou de la maladie dont il est atteint. Ce phénomène est connu depuis longtemps par des neurologues ayant parmi leurs patients droitiers des personnes souffrant de paralysie du côté gauche à la suite d'un accident vasculaire cérébral ayant provoqué des destructions dans leur cortex cérébral [moteur et] somatosensible contralatéral (hémiparésie). Certains de ces patients-là sont inconscients de leur paralysie: ils ne la reconnaissent pas et peuvent même la nier obstinément malgré l'évidence flagrante pour tous. Amador et coll (1, 34) ont établi un parallèle entre le manque de conscience de la maladie dans les cas de schizophrénie, et l'anosognosie observée dans les troubles neurologiques dont les symptômes ressemblent à un manque de conscience.

Dans une revue très récente de Shad et coll (5), la plupart des études (21 de 34) montrent une corrélation significative entre un manque de con-

science de la maladie et une performance distinctivement diminuée des tests cognitifs reliés essentiellement au fonctionnement du cortex pré-frontal. Une grande part de la littérature a montré invariablement une diminution de performance au WCST (le test le plus utilisé dans ces études). Spécifiquement les auteurs ont constaté une corrélation entre la conscience morbide et 2 composantes du WCST: le nombre de catégories complétées (corrélation positive) et le nombre d'erreurs persévératives (corrélation négative). Ces résultats suggèrent que la conscience morbide serait liée à la capacité de démontrer une flexibilité conceptuelle (la capacité de générer, de préserver et d'alterner des sets cognitifs) et la capacité d'utiliser des feedback verbaux pour corriger des erreurs. Shad et coll (5) concluent que la conscience de la maladie est principalement médiée par des déficits cognitifs spécifiques, qu'il situe dans les structures cortico-frontales (e.g. le cortex préfrontal dorsolatéral et la partie droite du cortex orbito-frontal médial) et le lobe frontal pariétal. Il souligne la non-corrélation avec le QI, indicateur cognitif général.

Des données fonctionnelles et structurelles suggèrent que la conscience morbide dans la schizophrénie est liée principalement aux deux fonctions exécutives que sont la capacité de démontrer une flexibilité conceptuelle et la capacité d'utiliser des feedback verbaux pour corriger des erreurs, dépendantes des structures cortico-frontales et du lobe fronto-pariétal. Néanmoins, le modèle «conscience morbide-anosognosie» reste préliminaire.

8. Conscience morbide et antipsychotiques

Le nombre d'études évaluant l'effet des antipsychotiques sur la conscience morbide est très limité (92). Aguglia et coll (93) ont évalué le niveau de

Le suivi d'un traitement à base de rispéridone à action prolongée est significativement associé à une amélioration de la conscience morbide. Certains programmes tels que le modèle ARTEH visent à renforcer ces deux aspects corrélés.

conscience morbide avant et après le passage d'un neuroleptique classique à un antipsychotique atypique. 22 patients schizophrènes ont été admis dans l'étude. Tous les patients recevaient de l'halopéridol à la période du recrutement. 8 patients ont été transférés à la clozapine, 3 à la rispéridone et 11 à l'olanzapine. Le niveau de la conscience morbide a été augmenté après l'administration des antipsychotiques atypiques. Selon les auteurs, l'effet cognitif des antipsychotiques atypiques a changé le niveau de la conscience morbide.

Gharabawi et coll (94), dans une analyse post-hoc d'une durée de 50 semaines chez 314 patients schizophréniques stabilisés, ont trouvé que la rispéridone à action prolongée (RIS A.P.) était significativement associée avec une amélioration de la conscience morbide. Cette amélioration était aussi bien corrélée avec une amélioration de la PANSS et de la qualité de vie. Ils ont de plus démontré une corrélation significative entre la conscience morbide, la durée de traitement et le fonctionnement social.

9. Action thérapeutique

Favoriser l'adhésion au traitement reste le maître-mot.

De nombreux malades (jusqu'à 50-75% d'entre eux) semblent croire ou sont même persuadés qu'ils se portent bien et qu'ils n'ont besoin d'aucun traitement. Amador (34), co-auteur du livre: «*I Am Not Sick, I Don't Need Help! How to Help Someone with Mental Illness Accept Treatment*», est d'avis que plusieurs personnes sont coincées dans une sorte de distorsion du temps qui ne leur permet pas de voir combien la maladie les a changées. Leur perception d'elles-mêmes est figée dans le temps – dans le temps situé avant que la maladie ne se déclare. Ce syndrome est,

selon Amador, la principale raison pour laquelle des personnes atteintes de schizophrénie ne prennent pas leur médication.

Amador (34) met en garde contre quelques mythes extrêmement dangereux qui ont survécu à l'ère où la psychanalyse était considérée comme le traitement de choix des désordres psychotiques. Un mythe fréquemment partagé par les familles était: «*quand on est malade à ce point, la prise de conscience peut tuer*». Beaucoup de gens pensent qu'il vaudrait sans doute mieux «laisser dormir les chiens». Des recherches récentes répondent à cette question. Elles montrent l'effet très positif qu'un traitement précoce et soutenu peut avoir sur le cours de la maladie.

Il y a un ensemble de travaux consacrés à la mise au point de méthodes destinées à augmenter le degré de conscience morbide, fondés sur l'espoir d'améliorer ainsi leur adhésion et par là leur évolution. Par exemple, l'utilisation d'enregistrements vidéo des patients eux-mêmes, pendant la phase la plus symptomatique, a montré un effet favorable dans une expérience contrôlée (95).

Tableau 6: Le LEAP modèle.

Listen (Ecouter)

Accorder du temps au patient, l'écouter attentivement et lui donner le sentiment qu'il est compris.

Prendre le temps pour le patient – préciser l'ordre du jour – explorer la vision du patient et sa perspective de sa maladie, de ses convictions, valeurs, opinions, frustrations – ne pas réagir – écouter – simplement refléter – mettre tout sur papier

Empathy (Compatir)

S'efforcer de comprendre les frustrations, peurs, désirs du patient – utiliser l'écoute réflexive.

Agree (S'accorder)

Normaliser l'expérience – essayer de discuter seulement des problèmes ou symptômes perçus – corriger les malentendus – mettre en balance les avantages et les inconvénients du traitement – aider le patient à prendre conscience que les avantages dépassent largement les inconvénients – accepter la non-acceptation.

Partnership (Partenariat)

Consentir des objectifs réalistes – être clair sur les éléments d'accord – éviter de dire: «écoutez-moi, je sais mieux que vous ce qui est bon pour vous» – éviter le burn-out.

9.1. Le modèle LEAP

Les cliniciens se penchent sur des moyens qui pourraient permettre de diminuer la longueur de

la période au cours de laquelle le patient ne reconnaît pas qu'il est malade. Amador (34), dans son livre, propose une méthode pour les familles ainsi que pour les professionnels de la santé mentale pour améliorer la perception de la maladie et le besoin d'un traitement de la part du malade. Sa stratégie ne garantit pas à cent pour cent que le malade percevra mieux sa maladie ou qu'il ne refusera pas son traitement, mais elle pourra aider et faire une différence positive. Amador utilise ce qu'il appelle des «entrevues de motivation» pour aider les patients à réaliser les avantages que comporte la prise de médicaments. On pose toutes sortes de questions et éventuellement, le patient va vous demander notre opinion. Cette pratique s'inspire d'une approche utilisée dans le traitement des consommateurs de substances qui n'ont que très rarement conscience qu'ils ont un problème (*Motivational Interview*). Elle est centrée sur la compréhension du point de vue du patient et évite toute forme de jugement. On doit rejoindre les personnes là où elles sont. La prise de conscience de la maladie n'est pas l'objectif premier. La clé est d'amener le patient à établir un lien entre ce qu'il souhaite et ce que le traitement peut lui apporter.

Amador & Johanson (34) ont développé le modèle LEAP: une application de l'entretien motivationnel à la conscience morbide (**Tableau 6**).

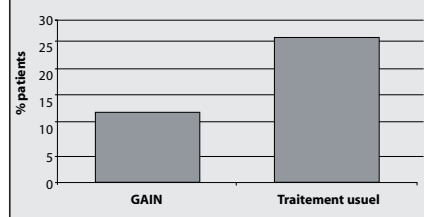
Se basant sur le modèle de LEAP, on a développé le programme de GAIN (*Goal-setting, Action, Initiation of treatment, Nurturing motivation*) visant à favoriser une discussion plus productive sur l'instauration ou non d'un traitement d'un antipsychotique de la deuxième génération à action prolongée (ADGAP). Le GAIN à ce moment est soumis à un test de validité dans le projet de START (*Schizophrenia Treatment Acceptance Response Trial*) (96). L'étude prospective d'Urioste et coll (96) a pu mettre en évidence que l'utilisation du GAIN permettait d'optimiser l'adhésion médicamenteuse des patients de l'ADGAP (**Figure 1**).

9.2. Le modèle ARTEH (modèle belge)

Se basant sur les modèles de LEAP et GAIN, un groupe de réflexion belge a développé un programme visant à favoriser une discussion plus

productive sur l'instauration ou non d'un traitement avec un ADGAP et ce, non seulement pour débiter le traitement médicamenteux en souplesse et dans de bonnes conditions, mais aussi pour consolider la relation thérapeutique avec le patient. Bien que le programme ait été conçu pour mener une discussion sur la médication à action prolongée, il peut aussi servir de matrice pour d'autres objectifs thérapeutiques, tels que favoriser une amélioration de la conscience morbide. Le programme comporte 5 différentes étapes et suppose que c'est le patient lui-même qui opte pour le traitement (97).

Figure 1: % des patients dans les groupes «GAIN» et «Traitement usuel» refusant le Risperdal® CONSTA (96).



1. **Conceptualiser les problèmes actuels et récapituler l'histoire de la maladie à partir du récit du patient.** Il ne s'agit pas ici de dresser simplement la liste des symptômes du patient mais plutôt d'explorer sa vision et sa perspective des problèmes, ses convictions, ses valeurs et ses opinions, ses difficultés et ses points forts, ses frustrations avec autrui et le traitement médicamenteux, ses attitudes et ses peurs.

2. **Rechercher des objectifs concernant la vie et le traitement à suivre/construction de la motivation.** au sein d'une atmosphère empathique, à l'écoute du patient, on doit s'efforcer de découvrir ce que le patient veut et souhaite. Lors du dialogue avec le patient, on peut essayer d'établir des gradations et des priorités et essayer d'attacher plus d'attention aux objectifs réalistes qu'à ceux qui sont irréalistes ou «psychotiques».

3. **Introduire l'ADGAP.** Cette étape vise à faire comprendre au patient ce qu'est un ADGAP, et quels sont les avantages de cette forme de médication à action prolongée par rapport aux autres sortes de médicaments.

4. **Instaurer le traitement.** L'expérience avec la première injection et le contexte dans lequel elle est administrée seront décisifs pour l'avenir.

Les valeurs individuelles, les priorités et les objectifs du patient doivent sérieusement être pris en compte et le traitement doit également être basé sur les capacités, les préférences et les souhaits du patient en question.

5. **Stimuler la motivation.** Le but de cette étape est de conserver l'espoir dans l'avenir, un esprit de collaboration et un respect mutuel et d'inciter le patient à avoir une meilleure vie. Le suivi d'un traitement à long terme va de pair avec des tensions et exige de réexaminer et d'encourager régulièrement l'administration de la médication pour maintenir la motivation du patient.

10. Conclusion

La conscience morbide ne constitue pas un phénomène unitaire mais complexe, distinguant le plus souvent les 5 dimensions suivantes:

- la conscience d'être malade;
- la conscience des différents symptômes comme pathologiques;
- la conscience de nécessiter un traitement;
- la conscience des conséquences psychosociales;
- l'attribution causale.

Les résultats des recherches concernant la signification clinique de la conscience morbide restent en général non concluants, quoi qu'il a été montré qu'un bon niveau de conscience morbide était associé à une meilleure adhésion au traitement médicamenteux dans la schizophrénie.

Les travaux destinés à élucider les mécanismes de conscience morbide n'ont également pas pour l'instant abouti à des résultats probants. Néanmoins, des données fonctionnelles et structurelles suggèrent que la conscience morbide dans la schizophrénie serait liée à des fonctions exécutives, dépendantes des structures cortico-frontales et du lobe fronto-pariétal. Néanmoins, le modèle «conscience morbide-anosognosie» reste préliminaire.

Le traitement médicamenteux, en phase aiguë et en phase d'entretien chez des patients atteints de schizophrénie, est un objectif majeur à poursuivre. Travailler sur la conscience morbide des patients et de leur entourage est un élément permettant d'y arriver, et donc un moyen à utiliser.

Lexique (1-5)

Français

Conscience morbide

Phénomène multidimensionnel, évolutif dans le temps, dépendant en partie de l'état clinique et cognitif du patient. On distingue le plus souvent les 5 dimensions suivantes:

1. Prise de conscience d'être malade
2. Prise de conscience des différents symptômes comme pathologiques
3. Prise de conscience de nécessiter un traitement
4. Prise de conscience des conséquences (en particulier psychosociales) du trouble
5. Attribution causale.

Conscience clinique

Prise de conscience d'avoir une maladie.

Introspection

Le savoir que la personne a sur sa façon de penser, et qui lui permet d'évaluer et de corriger des pensées perturbées et des interprétations erronées.

Perception de/Conscience de

La plus simple perception ou jugement direct d'une condition particulière chez un individu; une notion employée par les neurosciences. La conscience morbide, une notion employée par la psychiatrie, fait référence à des jugements plus complexes et divers par l'individu concernant la condition considérée.

Anosognosie

L'absence de conscience morbide considérée comme déficit neurologique, particulièrement lié aux déficits cognitifs de fonctionnement du lobe frontal et pariétal.

English

Insight

A multidimensional phenomenon, evolving throughout time, partly dependant upon the patient's clinical and cognitive state.

The following 5 dimensions are mostly included:

1. Recognition that one has a mental illness
2. Recognition that symptoms are pathological
3. Recognition that one needs treatment
4. Recognition of the consequences of illness
5. Attribution (explanations about the cause of symptoms of illness).

Clinical insight

Recognition of having a mental illness.

Cognitive insight

Patient's beliefs about manner of thinking, to evaluate and correct distorted beliefs and misinterpretations.

Awareness

The simplest perception or direct appraisal of a particular state in an individual; a concept employed within the neurosciences disciplines. Insight, a concept employed within psychiatry, refers to more complex and diverse judgements made by an individual concerning the perceived state.

Anosognosia

Impaired insight conceived as aetiologically linked with impaired, particularly frontal and parietal, neurocognitive lobe functioning.

Nederlands

Ziekteinzicht

Een multidimensioneel fenomeen, evoluerend doorheen de tijd, gedeeltelijk afhankelijk is van de klinische en cognitieve status van de patiënt.

Meestal onderscheidt men de volgende 5 dimensies:

1. Erkenning een mentale ziekte te hebben
2. Erkenning dat symptomen pathologisch zijn
3. Erkenning dat een behandeling vereist is
4. Erkenning van de gevolgen van de ziekte
5. Causale attributie (verklaringen omtrent de oorzaak van de symptomatologie).

Klinisch inzicht

Erkenning dat men lijdt aan een mentale ziekte.

Cognitief inzicht

De kennis van de patiënt omtrent zijn wijze van denken, dat hem in staat stelt gestoorde denkwijzen en verkeerde interpretaties te evalueren en te corrigeren

Bewust zijn van

De meest eenvoudige perceptie of onmiddellijke beoordeling van een specifieke toestand in een individu; een concept gehanteerd binnen de neurowetenschappelijke disciplines. Ziekteinzicht, een concept gehanteerd binnen de psychiatrie, verwijst naar meer complexe en verscheiden beoordelingen, gedaan door een individu betreffende de beschouwde toestand.

Anosognosie

Gebrekkig ziekteinzicht opgevat als een etiologisch concept, gekoppeld aan een verstoord neurocognitief functioneren, in het bijzonder aan een verstoord functioneren van de frontale en pariëtale lob.

Annexe

Drug Attitudes Inventory (DAI) (37)

L'échelle la plus connue dans le domaine de la recherche sur l'adhésion est le *Drug Attitude Inventory* (DAI-30). Hogan et coll (37) ont réalisé une analyse de fiabilité sur un échantillon de 150 schizophrènes. La consistance interne était bonne pour les 30 items (autour de 0,93) et la fiabilité test-retest proche de 0,80. Les résultats révélaient une bonne valeur prédictive de l'adhésion (89% des sujets correctement classifiés). Ce questionnaire a été traduit en français. Selon l'étude de Bonsack et coll (98) la version française du DAI-30 a une structure et des propriétés psychométriques similaires à la version originale. Dix items (DAI-10) ont été sélectionnés selon leur capacité à discriminer les sujets adhérents de ceux qui ne le sont pas (44). Plusieurs critiques ont été soulevées quant aux qualités du DAI. La classification arbitraire dichotomique «adhérents versus non-adhérents» a partir des scores obtenus au DAI ne tient pas compte de la nature complexe de l'adhésion qui ne peut se comprendre comme un phénomène de tout ou rien. Enfin, le DAI évalue l'attitude des patients vis-à-vis du médicament et néglige la composante comportementale associée au phénomène d'adhésion.

Insight and Treatment Attitude Questionnaire (ITAQ) (38)

L'ITAQ se focalise sur 2 aspects de la définition de McEvoy. Pour McEvoy et coll (38), les patients possédant une conscience morbide tiennent certaines de leurs expériences perceptives, de leurs processus cognitifs, de leurs émotions, de leurs comportements pour pathologiques, comme les jugent aussi des professionnels de la santé mentale, et ils pensent qu'ils ont besoin d'un traitement psychiatrique pouvant comporter éventuellement des séjours à l'hôpital et un traitement médicamenteux (4, 38). L'ITAQ est un questionnaire de 11 items avec 3 thèmes récurrents: l'attitude envers la maladie mentale, le traitement et les médicaments.

Schedule for the Assessment of Insight (SAI) (SAI-E, version extensive) (29)

David (29) a proposé un instrument composite (6questions

standardisées + 1 item concernant la prise du traitement), en rapport avec chacune des 3 dimensions qui composent selon lui la conscience morbide (la reconnaissance d'une maladie mentale, l'adhésion au traitement et la capacité à identifier des événements mentaux inhabituels (hallucinations et idées délirantes) comme pathologiques (4, 29, 44, 99)

Insight Scale (IS) (39, 40)

Marková et Berrios (39, 40) soutiennent dans l'*Insight Scale* (IS) une conception large de conscience morbide, comme une forme de la connaissance de soi que le patient possède à propos de sa maladie et de la façon dont celle-ci peut affecter sa capacité à fonctionner et à interagir avec l'environnement.

Scale to assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD) (1, 9)

L'échelle la plus connue et utilisée dans le domaine de la recherche sur la conscience morbide est le *Scale to assess Unawareness of Mental Disorder* (SUMD). Cette échelle d'évaluation a été publiée par Amador en deux versions successives (1, 9). La première version comporte 4 échelles (mesurant la conscience actuelle, la conscience rétrospective, l'attribution actuelle et l'attribution rétrospective à propos de la maladie), 17 symptômes potentiels (e.g. hallucinations, délire) et 3 items généraux (la conscience actuelle et rétrospective pour la maladie, les effets des médicaments et les conséquences sociales de la maladie) (1, 43, 44). La seconde version, réduite à 9 items, n'a conservé que l'échelle de conscience actuelle pour la maladie, les effets des médicaments, les conséquences de la maladie et seulement 6 symptômes ou groupements symptomatiques (9).

Self-report Insight Scale (SIS) (41)

Birchwood et coll (41) ont voulu disposer d'un questionnaire d'administration rapide pour mesurer des changements au moment du rétablissement d'un épisode psychotique aigu.

Insight Q8 (27,42)

Cette échelle française d'évaluation de la conscience morbide est un hétéroquestionnaire, avec 8 questions ouvertes, permettant d'orienter l'évaluation de conscience morbide. Pour chacune des questions, l'examineur décide d'attribuer une note: soit 0 indiquant l'absence de discernement, soit 1 indiquant une perception au moins partielle du problème psychopathologique et de ses conséquences. On répartit les patients en trois groupes:

Score < 2: non-conscience morbide
Score 3-5: conscience morbide médiocre ou intermédiaire
Score 6-8: bonne conscience morbide
Le score maximal indique une parfaite conscience morbide, une bonne connaissance de la maladie et de la désadaptation, de la souffrance psychique, du désir et de la croyance en ce qui concerne la guérison et l'aide spécialisée.

1. Pourquoi êtes-vous ici?
2. Avez-vous l'impression d'être malade?
3. De quelle maladie souffrez-vous?
4. A quoi cela est dû?
5. Souffrez-vous psychologiquement ou moralement?
6. Est-ce que vous êtes handicapé dans votre vie professionnelle, familiale ou sociale?
7. Que peut-on faire pour vous?
8. Pensez-vous qu'un guérison est possible?

Beck Cognitive Insight Scale (BCIS) (3)

Le score d'échelle du *Beck Cognitive Insight* (BCIS) permet d'apprécier le niveau de conscience cognitive. Les dimensions évaluées sont: la capacité de réfléchir sur des expériences extraordinaires, la capacité de corriger des jugements erronés et la certitude des jugements erronés (3).

En général, les qualités métrologiques de ces instruments ont été vérifiées. Curieusement, alors que la plupart d'entre eux revendiquent une vision multidimensionnelle de conscience morbide, les analyses factorielles montrent parfois une solution à un facteur (41, 45). Par ailleurs, bien que traduisant des conceptions diverses de conscience morbide, les scores de ces instruments sont souvent étroitement corrélés entre eux (46).

Références

1. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry* 1993;150(6):873-9.
2. Mintz AR, Dobson KS, Romney DM. Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2003;61(1):75-88.
3. Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DM. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res* 2004;68(2-3):319-29.
4. Marková IS (2005). *Insight in psychiatry*. Cambridge University Press.
5. Shad MU, Tamminga CA, Cullum M, Haas GL, Keshavan MS. Insight and frontal cortical function in schizophrenia: a review. *Schizophr Res* 2006;86(1-3):54-70.
6. Kraepelin E. (1913). *Die endogenen Verblödungen*. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Achte, vollständig umgearbeitete Auflage. III. Band. Klinische Psychiatrie. II. Teil. Barth Verlag, Leipzig.
7. Bleuler M (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. Edinburgh: International universities press Inc (U.S.A.: Tenth Printing, 1987).
8. Cuesta MJ, Peralta V. Lack of insight in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1994;20(2):359-66.
9. Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SA, Clark SC, Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51(10):826-36.
10. Cuffel BJ, Alford J, Fischer EP, Owen RR. Awareness of illness in schizophrenia and outpatient treatment adherence. *J Nerv Ment Dis* 1996;184(11):653-9.
11. Kim Y, Sakamoto K, Kamo T, Sakamura Y, Miyaoka H. Insight and clinical correlates in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 1997;38(2):117-23.
12. Mohamed S, Fleming S, Penn DL, Spaulding W. Insight in schizophrenia: its relationship to measures of executive functions. *J Nerv Ment Dis* 1999;187(9):525-31.
13. Marks KA, Fastenau PS, Lysaker PH, Bond GR. Self-Appraisal of Illness Questionnaire (SAIQ): relationship to researcher-rated insight and neuropsychological function in schizophrenia. *Schizophr Res* 2000;45(3):203-11.
14. Amador XF, Strauss DH. Poor insight in schizophrenia. *Psychiatr Q* 1993;64(4):305-18.
15. Fleischhacker WW, Oehl MA, Hummer M. Factors influencing compliance in schizophrenia patients. *J Clin Psychiatry* 2003;64 (Suppl. 16):10-3.
16. Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J, Weiden PJ. Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2000;51(2):216-22.
17. Healey A, Knapp M, Astin J, Beecham J, Kemp R, Kirov G, David A. Cost-effectiveness evaluation of compliance therapy for people with psychosis. *Br J Psychiatry* 1998;172:420-4.
18. Lysaker PH, Bell MD, Bryson G, Kaplan E. Neurocognitive function and insight in schizophrenia: support for an association with impairments in executive function but not with impairments in global function. *Acta Psychiatr Scand* 1998;97(4):297-301.
19. Pini S, Cassano GB, Dell'Osso L, Amador XF. Insight into illness in schizophrenia, schizoaffective disorder, and mood disorders with psychotic features. *Am J Psychiatry* 2001;158(1):122-5.
20. Chen KC, Chu CL, Yang YK, Yeh TL, Lee JH, Chen PS, Lu RB. The relationship among insight, cognitive function of patients with schizophrenia and their relatives' perception. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005;59(6):657-60.
21. Dam J. Insight in schizophrenia: a review. *Nord J Psychiatry* 2006;60(2):114-20.
22. Waintraub L. Insight et schizophrénie. *Interpsy* 2005;4:7-12.
23. Young DA, Davila R, Scher H. Unawareness of illness and neuropsychological performance in chronic schizophrenia. *Schizophr Res* 1993;10(2):117-24.
24. Subotnik KL, Nuechterlein KH, Irzhevsky V, Kitchin CM, Woo SM, Mintz J. Is unawareness of psychotic disorder a neurocognitive or psychological defensiveness problem? *Schizophr Res* 2005;75(2-3):147-57. Epub 2005 Jan 20.
25. Lysaker PH, Campbell K, Johannessen JK. Hope, awareness of illness, and coping in schizophrenia spectrum disorders: evidence of an interaction. *J Nerv Ment Dis* 2005;193(5):287-92.
26. Olfson M, Marcus SC, Wilk J, West JC. Awareness of illness and nonadherence to antipsychotic medications among persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2006;57(2):205-11.
27. Bourgeois ML, Koleck M, Roig-Morrier R. Mesure de la conscience du trouble chez 100 malades hospitalisés en psychiatrie. *Ann Med Psychol* 2002;160: 444-450.
28. Bourgeois M. Le regard de l'expert: insight et conscience du trouble en psychopathologie. *Interpsy* 2005;4:13-6.
29. David AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry* 1990;156:798-808.
30. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1991;17(1):113-32.
31. Heinrichs DW, Cohen BP, Carpenter WT Jr. Early insight and the management of schizophrenic decompensation. *J Nerv Ment Dis*. 1985 Mar;173(3):133-8.
32. Wciorka J. A clinical typology of schizophrenic patients' attitudes towards their illness. *Psychopathology* 1988;21(6):259-66.
33. Greenfield D, Strauss US, Bowers MB, Mandelkern M. Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis. *Schizophr Res* 1989;15(2):245-52.
34. Amador X, Johanson A-L (2007). *I'm not sick, I don't need help*. Vida Press, New York.
35. Kay SR, Opler LA, Fiszbein A (1986). *Echelle des syndromes positifs et négatifs (ESP)* manuel d'évaluation. Département de Psychiatrie, Albert Einstein College of Medicine Montefiore Medical Center, et Unité de Recherche sur la Schizophrénie, Bronx Psychiatric Center, 1500 Waters Place, Bronx, N.Y. 10461.
36. Kay SR, Opler LA, Fiszbein A (1986). Handleiding voor het scoren op de schaal voor positieve en negatieve syndromen (PANSS). Departement Psychiatrie, Albert Einstein College of Medicine/Montefiore Medical Center, en Onderzoeksgroep Schizofrenie, Bronx Psychiatric Center, 1500 Waters Place, Bronx, N.Y. 10461.
37. Hogan TP, Awad AG, Eastwood R. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychol Med* 1983;13:177-83.
38. McEvoy JP, Freter S, Everett G, Geller JL, Appelbaum P, Apperson LJ, Roth L. Insight and the clinical outcome of schizophrenic patients. *J Nerv Ment Dis* 1989;177(1):48-51.
39. Markova IS, Berrios GE. The meaning of insight in clinical psychiatry. *Br J Psychiatry* 1992;160:850-60. Erratum in: *Br J Psychiatry* 1992 Sep;161:428.
40. Markova IS, Roberts KH, Gallagher C, Boos H, McKenna PJ, Berrios GE. Assessment of insight in psychosis: a re-standardization of a new scale. *Psychiatry Res* 2003;119(1-2):81-8.
41. Birchwood M, Smith J, Drury V, Healy J, Macmillan F, Slade M. A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89(1):62-7.
42. Bourgeois ML, Koleck M, Jais E. Validation de l'échelle d'insight Q8 et évaluation de la conscience de la maladie chez 121 patients hospitalisés en psychiatrie. *Ann Med Psychol* 2002;160:512-7.
43. Cuesta MJ, Peralta V, Zarzuela A. Reappraising insight in psychosis. Multi-scale longitudinal study. *Br J Psychiatry* 2000;177:233-40.
44. McEvoy JP (2003). Substance use rating scales (pp. 76-79). In: *Guide to assessment scales in schizophrenia*. Science Press.
45. David A, Buchanan A, Reed A, Almeida O. The assessment of insight in psychosis. *Br J Psychiatry* 1992;161:599-602.
46. Sanz M, Constable G, Lopez-Ibor I, Kemp R, David AS. A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables. *Psychol Med* 1998;28(2):437-46.
47. Organisation Mondiale de la Santé (1977). *La schizophrénie: étude multinationale: résumé de la phase d'évaluation initiale de l'étude pilote internationale sur la schizophrénie*. Cahiers de santé publique, n° 63, Genève, OMS, 164 pp.
48. Keshavan MS, Rabinowitz J, DeSmedt G, Harvey PD, Schooler N. Correlates of insight in first episode psychosis. *Schizophr Res* 2004;70(2-3):187-94.
49. Takai A, Uematsu M, Ueki H, Sone K, Kaiya H. Insight and its related factors in chronic schizophrenic patients: a preliminary study. *Eur J Psychiatry* 1992;6:159-70.
50. Kemp RA, Lambert TJ. Insight in schizophrenia and its relationship to psychopathology. *Schizophr Res* 1995;18(1):21-8.
51. Fennig S, Everett E, Bromet EJ, Jandorf L, Fennig SR, Tanenberg-Karant M, Craig TJ. Insight in first-admission psychotic patients. *Schizophr Res* 1996;22(3):257-63.
52. Young DA, Zakzanis KK, Bailey C, Davila R, Griese J, Sartory G, Thom A. Further parameters of insight and neuropsychological deficit in schizophrenia and other chronic mental disease. *J Nerv Ment Dis* 1998;186(1):44-50.
53. Rossell SL, Coakes J, Shapleske J, Woodruff PW, David AS. Insight: its relationship with cognitive function, brain volume and symptoms in schizophrenia. *Psychol Med* 2003;33(1):111-9.
54. McEvoy JP, Freter S, Merritt M, Apperson LJ. Insight about psychosis among outpatients with schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry* 1993;44(9):883-4.
55. McEvoy JP, Schooler NR, Friedman E, Steingard S, Allen M. Use of psychopathology vignettes by patients with schizophrenia or schizoaffective disorder and by mental health professionals to judge patients' insight. *Am J Psychiatry* 1993;150(11):1649-53.
56. Lysaker P, Bell M. Insight and cognitive impairment in schizophrenia. Performance on repeated administration of the Wisconsin Card Sorting Test. *J Nerv Ment Dis* 1994;182(11):656-60.
57. David A, van Os J, Jones P, Harvey I, Foerster A, Fahy T. Insight and psychotic illness. Cross-sectional and longitudinal associations. *Br J Psychiatry* 1995;167(5):621-8.
58. Lysaker P, Bell M. Work rehabilitation and improvements in insight in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1995;183(2):103-6.
59. McEvoy JP, Hartman M, Gottlieb D, Godwin S, Apperson LJ, Wilson W. Common sense, insight, and neuropsychological test performance in schizophrenia patients. *Schizophr Bull* 1996;22(4):635-41.
60. Flashman LA, McAllister TW, Andreasen NC, Saykin AJ. Smaller brain size associated with unawareness of illness in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2000;157(7):1167-9.
61. Almeida OP, Levy R, Howard RJ, David AS. Insight and paranoid disorders in late life (late paraphrenia). *Int J Geriatr Psychiatry* 1996;11:653-8.
62. Collins AA, Remington GJ, Coulter K, Birkett K. Insight, neurocognitive function and symptom clusters in chronic schizophrenia. *Schizophr Res* 1997;27(1):37-44.
63. Lysaker PH, Bell MD, Bryson GJ, Kaplan E. Insight and interpersonal function in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1998;186(7):432-6.
64. Schwartz RC. Insight and illness in chronic schizophrenia. *Compr Psychiatry* 1998;39(5):249-54.
65. Schwartz RC. Symptomatology and insight in schizophrenia. *Psychological Reports* 1998;82:227-33.
66. Carroll A, Fattah S, Clyde Z, Coffey I, Owens DG, Johnstone EC. Correlates of insight and insight change in schizophrenia. *Schizophr Res* 1999;35(3):247-53.
67. Buckley PF, Hrouda DR, Friedman L, Noffsinger SG, Resnick PJ, Camlin-Shingler K. Insight and its relationship to violent behavior in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004;161(9):1712-4.
68. MacPherson R, Jerron B, Hughes A. Relationship between insight, educational background and cognition in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1996;168(6):718-22.
69. Laroi F, Fannemel M, Ronneberg U, Flekkoy K, Opjordsmoen S, Dullerud R, Haakonson M. Unawareness of illness in chronic schizophrenia and its relationship to structural brain measures and neuropsychological tests. *Psychiatry Res* 2000;100(1):49-58.
70. McCabe R, Quayle E, Beirne AD, Anne Duane MM. Insight, global neuropsychological functioning, and symptomatology in chronic schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2002;190(8):519-25.
71. Mintz AR, Addington J, Addington D. Insight in early psychosis: a 1-year follow-up. *Schizophr Res* 2004;67(2-3):213-7.
72. McEvoy JP, Apperson LJ, Appelbaum PS, Ortli P, Brecosky J, Hammill K, Geller JL, Roth L. Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *J Nerv Ment Dis* 1989;177(1):43-7.
73. Eisen JL, Rasmussen SA, Phillips KA, Price LH, Davidson J, Lydiard RB, Ninan P, Piggott T. Insight and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2001;42(6):494-7.
74. De Hert M, Wampers M, Kane J, Peuskens J. Remission criteria for schizophrenia evaluated in a large naturalistic cohort. Poster presented at the ECNP 2005, Amsterdam.
75. Smith TE, Hull JW, Israel LM, Willson DF. Insight, symptoms, and neurocognition in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Bull* 2000;26(1):193-200.
76. Smith TE, Hull JW, Santos L. The relationship between symptoms and insight in schizophrenia: a longitudinal perspective. *Schizophr Res* 1998;33(1-2):63-7.
77. Peralta V, Cuesta MJ. Lack of insight: its status within schizophrenic psychopathology. *Biol Psychiatry* 1994;36(8):559-61.
78. Moore O, Cassidy E, Carr A, O'Callaghan E. Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. *Eur Psychiatry* 1999;14(5):264-9.
79. Iqbal Z, Birchwood M, Chadwick P, Trower P. Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. 2. Testing the validity of a social ranking model. *Br J Psychiatry* 2000;177:522-8.
80. Drake RJ, Pickles A, Bental RP, Kinderman P, Haddock G, Tarrier N, Lewis SW. The evolution of insight, paranoia and depression during early schizophrenia. *Psychol Med* 2004;34(2):285-92.
81. Amador XF, Friedman JH, Kasapis C, Yale SA, Flaum M, Gorman JM. Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *Am J Psychiatry* 1996;153(9):1185-8.
82. Schwartz RC, Smith SD. Suicidality and psychosis: the predictive potential of symptomatology and insight into illness. *J Psychiatry Res* 2004;38(2):185-91.
83. Schwartz RC, Petersen S. The relationship between insight and suicidality among patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1999;187(6):376-8.
84. Lysaker P, Bell M, Milstein R, Bryson G, Beam-Goulet J. Insight and psychosocial treatment compliance in schizophrenia. *Psychiatry* 1994;57(4):307-15.
85. Schwartz RC. Self-awareness in schizophrenia: its relationship to depressive symptomatology and broad psychiatric impairments. *J Nerv Ment Dis* 2001;189(6):401-3.
86. Vandendriessche F, Lecomte D, De Bleeker E, Janssen F, Peiskens J, De Hert M, Wampers M. La qualité de vie dans la psychose schizophrénique. *Neurone* 2006 (Suppl):11(1).
87. McEvoy JP, Howe AC, Hogarty GE. Differences in the nature of relapse and subsequent inpatient course between medication-compliant and noncompliant schizophrenic patients. *J Nerv Ment Dis* 1984;172(7):412-6.
88. Docherty JP, Grogg AL, Kozma C, Lasser R. Antipsychotic maintenance in schizophrenia: partial compliance and clinical outcome. Poster presented at the ACNP, 2002, San Juan, Puerto Rico.
89. Smith TE, Hull JW, Huppert JD, Silverstein SM, Anthony DT, McClough JF. Insight and recovery from psychosis in chronic schizophrenia and schizoaffective disorder patients. *J Psychiatry Res*. 2004;38(2):169-76.
90. Julia D. The neurological basis for impaired insight in schizophrenia: a review of the research. <http://www.schizophrenia.com/insightbio.htm>
91. Kübler-Ross E (1998). *Accueillir la mort*. Rocher.
92. Buckley PF, Wirshing DA, Bhushan P, Pierre JM, Resnick SA, Wirshing WC. Lack of insight in schizophrenia: impact on treatment adherence. *CNS Drugs* 2007;21(2):129-41.
93. Aguglia E, De Vanna M, Onor ML, Ferrara D. Insight in persons with schizophrenia: effects of switching from conventional neuroleptics to atypical antipsychotics. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2002;26(7-8):1229-33.
94. Gharabawi GM, Lasser RA, Bossie CA, Zhu Y, Amador X. Insight and its relationship to clinical outcomes in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder receiving long-acting risperidone. *Int Clin Psychopharmacol* 2006;21(4):233-40.
95. Davidoff SA, Forester BP, Ghaemi SN, Bodkin JA. Effect of video self-observation on development of insight in psychotic disorders. *J Nerv Ment Dis* 1998;186(11):697.
96. Urioste R, Bossie C, Lasser R, Gharabawi G. Does constant therapy infer optimal efficacy in schizophrenia? Moving to an advanced pharmacotherapeutic option. Poster presented at the American Psychiatric Association 156th Annual Meeting, May 17-22, 2003, San Francisco, California.
97. Fernandez I, Peuskens J, Gillain B. *Projet ARTEH: Antipsychotique Retard Therapy Early during Hospitalisation. Stratégie thérapeutique par antipsychotiques de deuxième génération à action prolongée (ADGAP)*.
98. Bonsack CH, Conus PH, Philippoz R, Bovet J, Spagnoli J, Dufour H. La perception subjective de l'effet des neuroleptiques chez des patients schizophrènes ambulatoires: une étude transversale. *L'Encéphale* 1998, XXIV, IV:315-23.
99. Kemp R, David A. Psychological predictors of insight and compliance in psychotic patients. *Br J Psychiatry* 1996;169(4):444-50.

The work of the Belgian Discussion Board on AntiPsychotic Treatment is supported by an unrestricted educational grant from Janssen-Cilag.