



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>

MÉTHODOLOGIE

Traduction et validation française de l'échelle d'évaluation de la conscience des troubles mentaux des patients schizophrènes : The Scale to assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD)

French translation and validation of the Scale to assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD) in patients with schizophrenics

C. Paillot^{a,f}, P. Ingrand^b, B. Millet^c, X.-F. Amador^d, J.-L. Senon^a, J.-P. Olié^e, N. Jaafari^{a,*}, pour le Insight Study Group

^a Inserm CIC-P U 802, service hospitalo-universitaire de psychiatrie et psychologie médicale, centre hospitalier Henri-Laborit, CHU de Poitiers, pavillon Toulouse, BP 587, 86021 Poitiers, France

^b Inserm CIC-P U 802, service d'information médicale et santé publique, CHU de Poitiers, université de Poitiers, 86000 Poitiers, France

^c Service hospitalo-universitaire de psychiatrie adulte, centre hospitalier Guillaume-Régner, université de Rennes-I, 11190 Rennes, France

^d Department of clinical and counseling psychology, Columbia University, Teachers College, New York, États-Unis

^e Inserm U894, laboratoire de physiopathologie des maladies psychiatriques (LPMP), service hospitalo-universitaire de santé mentale et thérapeutique, centre hospitalier Sainte-Anne, 7, rue Cabanis, 75674 Paris cedex 14, France

^f LEAP Institute, New York, États-Unis

Reçu le 12 août 2009 ; accepté le 7 septembre 2009

Disponible sur Internet le 6 mars 2010

MOTS CLÉS

Schizophrénie ;
Insight ;
Absence de conscience des troubles psychiatriques ;
Attribution des troubles psychiatriques

Résumé L'échelle d'évaluation de l'absence de conscience des troubles ou Scale to assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD) est une échelle d'hétéro-évaluation conçue pour évaluer l'insight des patients schizophrènes. Elle se fonde sur une conception multidimensionnelle et quantitative de l'*insight*. Lors d'un entretien semiestructuré l'*insight* est évalué de différentes façons : la conscience globale des troubles, la conscience symptôme par symptôme et enfin l'explication qu'un patient peut donner de la cause de ses symptômes (i.e. concept d'attribution). L'objectif de cette étude est de traduire en français la SUMD (version 3 – révisée) et de tester sa validité de convergence auprès de 43 patients hospitalisés diagnostiqués schizophrènes (DSM-IV-TR) à savoir de montrer la stabilité des résultats entre la population américaine et la population française.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : n.jaafari@wanadoo.fr (N. Jaafari).

0013-7006/\$ – see front matter © L'Encéphale, Paris, 2010.

doi:10.1016/j.encep.2009.12.008

KEYWORDS

Schizophrenia;
Insight;
Unawareness of
mental disorder;
Attribution of mental
disorder

La traduction et la rétrotraduction de cette échelle ont été validées par son auteur Xavier F. Amador. Les résultats indiquent que la traduction française de la SUMD présente une bonne validité de convergence telle qu'elle avait été évaluée lors de l'étude de validation originale (Amador et al., 1993 [2]). La SUMD se révèle être un outil utile afin d'évaluer l'*insight* dans la schizophrénie.

© L'Encéphale, Paris, 2010.

Summary

Background. – The Scale to assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD) is a semi-structured interview based on a dimensional and quantitative approach of insight. Different forms of insight are assessed: global insight into mental illness, insight into symptoms and insight into symptom aetiology (i.e. attribution). The SUMD divides the recognition of mental disorders into two concepts: awareness of, and attribution for mental disorders. Awareness relates to the subject's ability to recognize that the phenomenon in question is present, whereas attribution refers to explanations as to cause or source of these signs or symptoms. Thus, the scale distinguishes between the recognition of a symptom and its explanation. For example, the scale allows the investigator to distinguish between a patient's ability to recognize visual hallucinations as such (false perceptions), from his/her ability to explain their cause (e.g. due to mental illness or not).

Objective. – The aim of this study was to translate the SUMD (version 3.1 revised) and test its convergent validity among 43 French adult inpatients diagnosed with schizophrenia according to DSM-IV-TR criteria.

Methods. – Awareness of mental disorder was assessed using the SUMD and the Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) insight item (item 17) respectively, as done in the original English validation study. The SUMD was translated into French then back-translated into English. The back-translation was performed by both English and French native speakers who had no prior knowledge of the scale (the back translation was reviewed by one of the SUMD's authors, Dr Amador, for accuracy). The SUMD manual (v.2/14/99) was also translated into French. Concerning the SUMD directions followed in this study, the first three SUMD items, which are called general items: G1 "Awareness of mental disorder", G2 "Awareness of the achieved effects of medication" and G3 "Awareness of the social consequences of mental disorder" were systematically rated. However, symptom items (four through 20) are not always relevant for every patient. Indeed, for each symptom-item on the scale, it must first be ascertained that the patient has exhibited the particular symptom during the period under investigation. Therefore, for every patient, the symptom checklist was completed prior to filling out the scale, in order to determine which symptom-items were relevant. In addition, symptom attribution items are rated only if the subject received a score between 1 and 3 on the awareness item. Two periods of time of insight were assessed: "current" insight involved rating the highest level of awareness obtained at the time of the interview for the psychopathology present at anytime during the past 7 days. "Past" insight was defined as the present level of awareness during the period of time preceding the current period of investigation.

Results. – The French translation of the SUMD achieved good convergent validity with the insight item of the Hamilton rating scale for depression.

Discussion. – The SUMD has proven to be a reliable and valid instrument to assess insight into schizophrenia. The more psychometrically sound rating tools we have at our disposal, many of which have been published in non French journals, the more we will be able to sharpen our assessment of insight into schizophrenia. We are facing an epistemic paradox in which quantification helps description, i.e. we need to have access to different rating tools to measure insight in order to improve our knowledge of the causes, course and treatment of poor insight into mental disorders.

© L'Encéphale, Paris, 2010.

La conscience des troubles mentaux est souvent désignée dans la littérature scientifique anglosaxonne par le terme d'*insight* [17]. Ce dernier terme intraduisible est de plus en plus utilisé dans la littérature francophone [4,16]. L'utilisation du mot *insight* plutôt que conscience du trouble n'est pas un essai de traduction. En effet, ces termes représentent des concepts différents. Ainsi, avec l'*insight*, on peut évaluer et quantifier un phénomène qui n'était pas

quantifiable jusqu'à maintenant [4]. Cependant, la signification conceptuelle de l'*insight* varie selon les auteurs [12]. L'usage anglosaxon du terme d'*insight* recouvre la conscience d'un phénomène et la capacité d'envisager sa cause. Jusqu'en 1993, le concept d'*insight* reste mal défini en psychologie clinique ainsi qu'en psychiatrie [2]. La conception qualitative de l'*insight* est jugée approximative et difficile à appliquer dans la pratique clinique. L'*insight*

était en effet conçu d'une manière catégorielle soit comme bon soit comme faible. Une conception multidimensionnelle de l'*insight* est alors proposée [2]. Elle se fonde sur une évaluation de l'*insight* en trois dimensions (conscience de la maladie, conscience de la nécessité d'un traitement psychotrope et conscience des conséquences sociales de sa maladie) complétée par une évaluation de l'attribution causale des symptômes. À partir de cette conception, Amador et al. [2] ont développé l'échelle d'évaluation de l'absence de conscience des troubles mentaux : *the Scale to assess Unawareness of Mental Disorder* (SUMD).

Il n'existe pas à l'heure actuelle de traduction en français validée de la SUMD. L'étude de validation de la version originale (américaine) de la SUMD indiquait une bonne validité [2]. La SUMD a été traduite dans de nombreuses langues [6]. Pourtant, elle n'a jamais été traduite en français dans sa version complète. Seule une version abrégée a été traduite en 1994, puis traduite à nouveau par Lilian Sanna (in 13). Aucune de ces traductions n'a fait l'objet d'une rétrotraduction fournie à l'auteur. Elles ont été utilisées en français dans plusieurs publications [5, 13].

L'objet de cet article est de présenter la traduction et la validation de convergence de cette échelle (SUMD) en français (version 3.1 révisée), réalisée sous la supervision de son auteur Xavier F. Amador et de tester sa validité.

Méthode

Participants

La conscience des troubles de 43 patients diagnostiqués schizophrènes selon les critères du DSM-IV-TR [3] a été évaluée à l'aide de la SUMD.

L'étude a été réalisée auprès de 43 patients (22 hommes et de 21 femmes). L'âge moyen était de 35 ans (écart-type : ET=5,56). Les patients ont été vus dans le service de psychiatrie adulte à Poitiers entre novembre 2006 et juin 2007. L'état de chacun des patients était stabilisé au moment de l'évaluation, chaque patient recevant un traitement antipsychotique (neuroleptique classique ou antipsychotique atypique). Au moment de l'étude, ils avaient en moyenne reçu 11,44 années (ET=2,23) d'instruction et été hospitalisés en moyenne 3,62 fois (ET=2,32). L'âge moyen d'apparition des troubles psychiatriques était 25 ans (ET = 11).

Outils d'évaluation : SUMD

Présentation de l'échelle SUMD

La SUMD permet d'évaluer quantitativement l'*insight* sous deux formes :

- l'*insight* global des troubles mentaux, lui-même divisé en trois items généraux (G₁ conscience des troubles mentaux ; G₂ conscience de l'effet thérapeutique des médicaments et G₃ conscience des conséquences sociales des troubles mentaux) ;
- l'*insight* des symptômes présentés par le patient pris individuellement (comme la conscience des hallucinations par exemple).

La SUMD est une échelle standardisée fondée sur un entretien direct d'hétéroévaluation avec le patient. L'échelle comprend trois items généraux (G₁, G₂, G₃) et 17 items symptomatiques.

L'examineur évalue le degré d'*insight* à partir d'une échelle graduée de zéro à cinq. Zéro correspond à une absence de cotation, c'est-à-dire lorsque l'item ne peut pas être évalué faute d'informations ou parce qu'il ne s'applique pas au sujet. Un sujet peut donc présenter un score entre un et cinq, sachant que plus le score est élevé moins le patient a conscience du trouble mental qu'il présente. La SUMD est donc une échelle d'hétéroévaluation qui repose en grande partie sur la représentation que le patient a de lui-même et de ses troubles mentaux. L'intérêt de la SUMD réside notamment dans le fait d'évaluer la relation de causalité que le patient établit entre son symptôme et le fait de présenter des troubles mentaux. Il s'agit du concept d'attribution. La SUMD appelle une distinction conceptuelle entre les termes de conscience et d'attribution, concepts qui recouvrent des phénomènes différents selon les divers items évalués. La conscience désigne l'habileté d'un sujet à reconnaître qu'un phénomène en question est présent. On demande au sujet de pouvoir décrire les caractéristiques essentielles du phénomène. En d'autres termes, qu'il ou elle présente des croyances erronées, de fausses perceptions, des troubles du discours ou de la pensée, ou de l'incurie, etc. Il n'est pas nécessaire que le sujet l'identifie comme un symptôme afin que l'on puisse coter la conscience du trouble. L'attribution, en revanche, désigne la reconnaissance du phénomène comme un signe spécifique d'un trouble mental (par exemple : j'ai des croyances fausses qui viennent d'un problème nerveux). Il est évident qu'aucun vocabulaire technique ou précis n'est requis pour considérer une attribution comme correcte. Autrement dit, l'*insight* dépend de la représentation individuelle (représentation et ressenti du patient) et sociale (conséquences sur la vie du patient) des troubles mentaux.

Procédure pour la traduction de la SUMD

La SUMD a été traduite en français, puis retraduite en anglais (rétrotraduction) selon la procédure usuelle. La rétrotraduction a été soumise, puis acceptée par l'auteur de la SUMD : Xavier F. Amador. La rétrotraduction a été réalisée par une personne dont la langue maternelle est à la fois l'anglais et le français. Cette personne était extérieure à l'étude et n'avait pas de connaissance préalable de la SUMD. Le manuel d'utilisation de la SUMD (v.2/14/99) a également été traduit en français. L'auteur n'a pas demandé de rétrotraduction en anglais pour le manuel.

Cotation de la SUMD

Chaque item de la SUMD est coté d'un à cinq. Plus le score est élevé, moins le patient a conscience de ses troubles et/ou moins il parvient à les expliquer. Remarque : quel que soit le type de symptôme l'attribution n'est évaluée que si le sujet a reçu un score entre un et trois pour les items liés à l'évaluation de la conscience du trouble.

Les cotations obtenues aux trois premiers items (items généraux) ne font pas l'objet d'un score total. Quatre scores totaux aux sous-échelles sont consignés dans la feuille de cotation. Ces quatre scores concernent les notes aux items

relatifs aux symptômes présentés par le patient au moment de l'entretien parmi la liste de 17 symptômes retenus par l'échelle (items numéros 4 à 20). Les quatre scores obtenus sont les suivants :

- score du manque actuel de conscience des symptômes : ce score est calculé en divisant la somme des cotations obtenues aux items de conscience des symptômes présentés par le patient par le nombre de symptômes présentés par le patient ;
- score du manque passé de conscience des symptômes : ce score est calculé de la même façon que le score du manque actuel de conscience des symptômes sauf qu'il porte sur les notes relatives à la période de temps passée (i.e. antérieure à la période de temps examinée lors de l'entretien) ;
- score d'erreur actuel d'attribution des symptômes : ce score est calculé en divisant la somme des cotations obtenues aux items d'attribution des symptômes (lorsqu'il y avait matière à l'évaluation de l'attribution) par le nombre de symptômes dont on a évalué l'attribution. Rappel : quel que soit le type de symptôme, l'attribution n'est évaluée que si le sujet a reçu un score entre 1 et 3 pour les items liés à l'évaluation de la conscience du trouble ;
- score d'erreur passé d'attribution des symptômes : ce score est calculé de la même façon que le score d'erreur actuel d'attribution des symptômes sauf qu'il porte sur les notes relatives à la période de temps passée (i.e. antérieure à la période de temps examinée lors de l'entretien).

Procédure pour les cotations des outils d'évaluation (SUMD déjà traitée ci-dessus)

Deux investigateurs ont participé à cette étude. L'*insight* a été évalué par la SUMD et l'item 17 de l'échelle de dépression de Hamilton (HAMD). Ces mesures de l'*insight* ont été réalisées de manière indépendante afin de garantir l'impartialité des évaluations. Les investigateurs n'avaient pas connaissance des autres évaluations réalisées.

Les outils d'évaluation de l'*insight* utilisés étaient : la SUMD et l'item d'*insight* (item numéro 17) de la HAMD [7], conformément à la procédure d'évaluation utilisée pour la validation de la version anglaise (originale) de l'échelle [2].

Nous avons utilisé le même comparateur que celui utilisé dans l'étude de validation de la version originale de la SUMD [2] à cela près que nous n'avons pas eu recours à la troisième mesure de comparaison qu'était l'item d'*insight* au *Mental Status Exam* puisqu'il n'existe pas de traduction française validée de cet outil. La validité de convergence de la traduction française de la SUMD a été calculée à l'aide du coefficient de corrélation de Spearman pour chacun des items généraux (items 1, 2 et 3) et par les scores totaux de conscience et d'attribution des troubles mentaux avec les scores à l'item d'*insight* de la HAMD. Les calculs ont été faits pour la conscience et l'attribution actuelles et passées.

Schéma de l'étude

L'évaluation de l'*insight* des patients a été réalisée à l'aide de la SUMD et HAMD à j1 et j16. L'étude a duré huit mois (de novembre 2006 à juin 2007). L'étude a été autorisée par l'institution et un formulaire de consentement a été donné aux patients participants.

Les statistiques descriptives, non paramétriques et les coefficients de corrélation de Spearman ont été calculés à l'aide du logiciel SAS version 8 pour Windows.

Résultats

Les statistiques descriptives des résultats obtenus à la SUMD traduite en français par 43 patients diagnostiqués schizophrènes sont présentées ci-dessous.

Items des sous-échelles

L'attribution des symptômes actuels a pu être déterminée à partir de 3,3 symptômes en moyenne. Le score d'attribution des symptômes était indéterminé chez quatre patients pour les symptômes actuels et un patient pour les symptômes passés, chez lesquels la cotation de la conscience était supérieure ou égale à quatre pour l'ensemble des symptômes décrits.

Les scores obtenus à la conscience des troubles mentaux étaient corrélés à ceux obtenus à l'attribution des troubles mentaux aussi bien pour l'évaluation actuelle ($r_s = 0,42$, $p = 0,07$) que pour l'évaluation passée ($r_s = 0,53$, $p < 0,001$).

Le Tableau 1 présente les données relatives aux corrélations entre les scores à la SUMD et ceux obtenus à l'item 17 de l'échelle de dépression d'Hamilton. Comme indiqué dans le Tableau 1, les trois premiers items (G1, G2, G3) évaluant la conscience des troubles mentaux étaient fortement à modérément corrélés au score d'*insight* obtenu à la HAMD.

La répartition des fréquences des scores aux items généraux [1–3] à la SUMD de 43 patients schizophrènes hospitalisés est présentée dans le Tableau 2.

Items symptomatiques

Sous-échelle conscience des troubles mentaux

L'analyse de la répartition des patients en fonction de leur score indique que le fait d'« avoir peu de relations étroites avec les autres » (soit l'item 20) est le symptôme le plus fréquemment présenté par les patients ($n = 35$) et que 57,7% d'entre eux en ont conscience (score ≤ 2). L'échelle de la conscience des troubles passés indique que 33,3% des patients présentant des hallucinations (item 4, $n = 21$) par le passé, considèrent qu'il s'agissait de fausses perceptions (score ≤ 2).

Échelle d'attribution des troubles mentaux

En ce qui concerne l'attribution des troubles mentaux, 28,6% des patients ont établi une relation de causalité entre leurs troubles mentaux et le fait qu'ils aient peu de relations étroites avec les autres (score ≤ 2 à l'item 20).

Tableau 1 Statistiques descriptives des scores obtenus à l'échelle d'évaluation des troubles mentaux et corrélations à l'item 17 d'*insight* de l'échelle de dépression de Hamilton, chez 43 patients schizophrènes hospitalisés.

Échelle SUMD d'évaluation de la conscience des troubles mentaux		Corrélation à l'item d' <i>insight</i> de l'échelle de dépression de Hamilton
Score	Moyenne (écart type)	r_s
<i>Score total de la conscience des troubles (échelle symptomatique)</i>		
Actuels	4,9 (1,1)	0,78
Passés	4,8 (0,8)	0,63
<i>Score total d'attribution des troubles</i>		
Actuels	3,3 (1,7)	0,54
Passés	3,7 (1,7)	0,67
<i>Item 1 : conscience des troubles mentaux</i>		
Actuels	3,00 (0,87)	0,88
Passés	3,12 (0,79)	0,77
<i>Item 2 : conscience de l'effet thérapeutique des médicaments</i>		
Actuels	2,77 (0,87)	0,59
Passés	3,49 (0,88)	0,56
<i>Item 3 : conscience des conséquences sociales des troubles mentaux</i>		
Actuels	2,98 (1,24)	0,76
Passés	3,33 (0,68)	0,58

r_s : coefficient de corrélation des rangs de Spearman, $p < 0,001$.

Tableau 2 Distribution de fréquences (%) des scores obtenus aux items généraux (G1, G2 et G3) à l'échelle d'évaluation de la conscience des troubles mentaux, chez 43 patients schizophrènes hospitalisés.

Score	Conscience des troubles mentaux (item G1)		Conscience de l'effet thérapeutique des médicaments (item G2)		Conscience des conséquences sociales des troubles mentaux (item G3)	
	Actuelle	Passée	Actuelle	Passée	Actuelle	Passée
1	0	0	11,6	0	9,3	0
2	30,2	23,3	16,3	11,6	32,6	11,6
3	46,5	44,2	55,8	41,9	25,6	44,2
4	16,3	30,2	16,3	32,6	16,3	44,2
5	7,0	2,3	0	13,9	16,3	0

Environ 47,3 % des patients reconnaissant avoir eu des idées délirantes par le passé n'ont pu en fournir qu'une explication partielle (score de 3 à l'item 5). Bien qu'incertains, ces patients considèrent qu'il est possible que leurs idées délirantes passées étaient dues à des troubles mentaux tandis que 15,8 % d'entre eux ne les attribuent pas à leurs troubles mentaux.

Discussion

La traduction française de la SUMD présente une bonne validité de convergence avec l'item d'évaluation de l'*insight* de l'échelle de dépression de Hamilton. Nous disposons ainsi d'une traduction française de la SUMD autorisée par l'auteur et validée. Notre objectif était donc plus restreint qu'une validation psychométrique à proprement parler puisqu'il ne s'agit dans la présente étude que de s'assurer que le contenu de l'échelle n'avait pas été déformé une fois traduite en français et que des éléments culturels n'interféraient pas.

Il s'agit donc principalement de la validation de l'application transculturelle de la SUMD. La validation intercotateurs ou l'évaluation de la fidélité temporelle pourraient dès lors, faire l'objet d'études complémentaires et de ce fait, nous renseigner davantage sur les propriétés psychométriques de la traduction française de la SUMD.

Contrairement à l'étude de validation de la version originale (américaine) de la SUMD [2], nous ne présentons pas d'étude des corrélations statistiques entre les résultats aux sous-échelles de la SUMD et à l'item d'évaluation de l'*insight* du MSE puisque nous ne disposons pas d'une traduction française validée. Nous disposons d'une série de corrélations (entre la HAMD et la SUMD) pour valider la version française. Nous avons, par ailleurs, ajouté une analyse statistique non paramétrique des résultats obtenus aux trois items généraux (G1, G2 et G3) de la SUMD (Tableau 1). En effet, comparer l'*insight* des patients entre eux n'est possible que pour les trois premiers items de la SUMD (items G1, G2 et G3). Il n'est pas possible, dans notre étude, de comparer, à l'aide de la SUMD, la conscience que les patients ont de

leurs symptômes tels qu'ils sont évalués par les items 4 à 20, tout simplement parce que les patients ne présentent pas exactement les mêmes symptômes. En comparant le rang occupé par un patient (ce rang est déterminé par le score obtenu à l'item général), nous pouvons situer la conscience qu'il a de ses troubles mentaux par rapport à un autre des patients inclus dans cette étude (Tableau 2).

Outre sa fonction de validation, cette étude nous permet donc de constater que sur 43 patients une large majorité est seulement en partie consciente de présenter des troubles mentaux (item G1) ou des effets thérapeutiques des médicaments (item G2). Certains patients sont toutefois conscients des conséquences sociales de leurs troubles mentaux (item G3). La SUMD ne permet pas d'évaluer l'attribution au premier item (« conscience des troubles mentaux ») tout simplement parce que cela n'est pas prévu dans l'échelle. Il serait intéressant de demander au patient ce qu'il pense être la cause de ses troubles. Avoir conscience de ses troubles mentaux est différent de pouvoir imputer les troubles en question à une maladie mentale per se.

Plus nous disposerons d'outils d'évaluation traduits et validés en français, plus il nous sera possible d'affiner notre connaissance de conscience des troubles mentaux dans la schizophrénie. Nous nous trouvons dans cette situation épistémologique paradoxale où la quantification à l'aide d'échelles permettra progressivement une amélioration de la qualification de ce que l'on est censé évaluer.

Le concept d'*insight* sur lequel repose la SUMD suppose que le sujet fasse la distinction entre ce qui relève de son identité propre ou de la maladie mentale. Cette distinction s'oppose-t-elle à la psychopathologie de la schizophrénie? Que le manque d'*insight*, dans la schizophrénie, soit assimilable à un mécanisme de *coping* compris en termes de stratégie cognitive [10] ou bien qu'il s'apparente au contraire au phénomène neurologique de l'anosognosie [11], la question n'est pas scientifiquement tranchée [12]. Quel que soit la conception de l'*insight* (psychopathologique; épistémologique ou encore stratégie de *coping*) sur laquelle on se fonde, l'*insight* s'inscrit dans une dimension sociale. Certains auteurs ont ainsi fait l'hypothèse que le niveau d'*insight* dépend du niveau de soutien social dont bénéficie l'individu [18]. Les psychothérapies destinées à l'amélioration de l'*insight* peuvent indirectement avoir un impact sur l'insertion du patient dans la vie sociale.

Certaines études suggèrent, par ailleurs, que les programmes de psychoéducation dont l'objet est l'amélioration de l'*insight* devraient être utilisés pour améliorer l'adhésion au traitement pharmacologique [5], ou encore que l'*insight* serait un prédicteur de l'adhésion au traitement [8,9]. Par ailleurs, le manque de conscience des troubles serait un prédicteur d'une évolution défavorable de la schizophrénie [15]. D'autres études considèrent que l'*insight* serait amélioré par ce que l'on appelle la thérapie de la compliance [9] ou encore par une psychothérapie cognitivocomportementale [14]. Ce dernier point est invalidé par d'autres études qui considèrent, en revanche, que les thérapies cognitivocomportementales n'améliorent pas l'*insight* davantage que le traitement pharmacologique usuel [17]. Les études

empiriques ayant pour objet l'*insight* ont donc besoin de se référer à un outil valide d'évaluation de la conscience des troubles dans la schizophrénie.

La version française de la SUMD ainsi que son manuel est disponible sur demande à l'adresse mail suivante: info@leapinstitute.org.

Références

- [1] Amador XF, Strauss DH, Yale SA, et al. Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1991;17(1):113–32.
- [2] Amador XF, Strauss DH, Yale SA, et al. Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry* 1993;150(6):873–9.
- [3] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Edition). American Psychiatric Association, Washington DC: USA: 2000.
- [4] 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. *An Med Psychol* 2002;160:512–7.
- [5] Droulout T, Liraud F, Verdoux H. Influence de la conscience du trouble et de la perception subjective du traitement sur l'observance médicamenteuse dans les troubles psychotiques. *Encéphale* 2003;29(5):430–7.
- [6] Fiss N, Chaves A. Translation, adaptation and reliability study of the scale to assess unawareness of mental disorder. *Rev Bras Psiquiatr* 2005;27(2):143–5.
- [7] Guelfi JD, Dreyfus JF, Ruschel S, et al. Structure factorielle de l'échelle de dépression de Hamilton. *Ann Med Psychol* 1981;139(2):199–214.
- [8] Kemp R, David A. Insight and adherence to treatment in psychotic disorders. *Br J Hosp Med* 1995;18(1):21–8.
- [9] Kemp R, David A. Psychological predictors of insight and compliance in psychotic patients. *Br J Psychiatry* 1996;169(4):444–50.
- [10] Lysaker PH, Bryson GJ, Lancaster RS, et al. Insight in schizophrenia: associations with executive function and coping style. *Schizophr Res* 2003;59(1):41–7.
- [11] Lysaker PH, Wilt MA, Plascak-Hallberg CD, et al. Personality dimensions in schizophrenia: associations with executive function and coping style. *J Nerv Ment Dis* 2003;191(2):80–6.
- [12] Marková IS, Jaafari N. L'*insight* en psychiatrie, Paris; édition DOIN 2009.
- [13] Masson M, Azorin JM, Bourgeois ML. La conscience de la maladie dans les troubles schizophréniques, schizo-affectifs, bipolaires et unipolaires de l'humeur: résultats d'une étude comparative de 90 patients. *Ann Med Psychol* 2001;159:369–74.
- [14] Rathod S, Kingdon D, Smith P, et al. Insight into schizophrenia: the effects of cognitive behavioral therapy on the components of insight and association with sociodemographics. Data on a previously published randomized controlled trial. *Schizophr Res* 2005;74(2–3):211–9.
- [15] Rossi A, Arduini L, Prosperini P, et al. Awareness of illness and outcome in schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000;250(2):73–5.
- [16] Schmitt A, Lefebvre N, Chéreau I, et al. Insight et observance dans la schizophrénie. *Ann Med Psychol* 2006;164:154–8.
- [17] Startup M, Jackson MC, Startup S. Insight and recovery from acute psychotic episode. *J Nerv Ment Dis* 2006;194(10):740–5.
- [18] White R, Bebbington P, Pearson J, et al. The social context of insight in schizophrenia. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2000;35(11):500–7.