HAL
open science

# Insight et capacité à consentir aux soins

Nematollah Jaafari, Pierre Marie Leblanc, Yassir El-Fairouqi, Issa Wassouf

## To cite this version:

Nematollah Jaafari, Pierre Marie Leblanc, Yassir El-Fairouqi, Issa Wassouf. Insight et capacité à consentir aux soins. Revue de Bioéthique de Nouvelle-Aquitaine, 2021, 8, pp.27-32. hal-03325082

**HAL Id: hal-03325082**

**https://hal.science/hal-03325082v1**

Submitted on 24 Aug 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# Titre : Insight et capacité à consentir aux soins.

Nematollah Jaafari, Psychiatre, Professeur des Universités-praticien hospitalier, Centre hospitalier Henri Laborit ; Université de Poitiers
Pierre Marie Leblanc, Chef de clinique en psychiatrie, Centre hospitalier Henri Laborit ; Université de Poitiers
Yassir El-Fairouqi, Chef de clinique en psychiatrie, Centre Hospitalier Nord deux sévère, Université de Poitiers
Issa Wassouf, psychiatre, praticien hospitalier, Centre Hospitalier Nord deux sévère

**Mots clés :** Insight – consentement médical – conscience

**Résumé : Insight et capacité à consentir aux soins.**

La question de savoir comment l'insight et la capacité à consentir aux soins sont interconnectés est importante sur le plan éthique, mais problématique, car l'insight est un concept en partie axé sur les résultats (conscience du respect du traitement, conscience des conséquences sociales de la maladie), tandis que le concept de la capacité à consentir aux soins est axé sur les processus qui visent à évaluer la compétence d'un patient à faire un choix, indépendamment de l'avis médical (sur les résultats). La présence d'une pathologie psychiatrique (schizophrénie, accès maniaque, démence…) n'abolit pas toujours la capacité du patient à consentir aux soins. Cette capacité peut-être modifiée par le niveau de l'insight. L'insight a une place centrale pour déterminer la capacité à consentir aux soins. La compréhension des interconnexions entre l'insight et la capacité à consentir aux soins passe par une clarification conceptuelle des deux notions et plus particulièrement par celle du concept d'insight.

**Keywords :** Insight – medical consent – conscience

**Abstract : Insight and ability to consent to care.**

The question of how insight and the capacity to consent to care are interconnected is ethically important, but problematic, because insight is a concept partly results-oriented (awareness of compliance with treatment, awareness of consequences social outcomes), while the concept of capacity to consent to care focuses on the processes that aim to assess a patient's competence to make a choice, independent of medical opinion (on outcome). The presence of a psychiatric pathology (schizophrenia, manic access, dementia, etc.) does not always abolish the patient's ability to consent to care. This ability can be changed by the level of insight. Insight is central to determining the capacity to consent to care. Understanding the interconnections between insight and the capacity to consent to care requires a conceptual clarification of both notions and more particularly of the concept of insight.

*Insight* et « capacité à consentir aux soins » sont deux notions importantes et étroitement liées. Leur nature subjective rend complexe la compréhension des études empiriques qui ont cherché à évaluer leur interconnexion. Cette difficulté n'est pas actuelle, elle a été constatée depuis la conceptualisation de la notion de l'*insight*. Ce concept est apparu en France au milieu de XIXe siècle, lors des séances très animées de la société médico-psychologique, à partir de la notion de « folie partielle ». Les aliénistes cherchaient d'une part à évaluer la responsabilité médico-légale des patients souffrant d'une pathologie psychiatrique et d'autre part à obtenir leur consentement aux soins proposés. Ils avaient remarqué que le niveau de l'*insight* pouvait prédire une absence d'observance et les rechutes ultérieures. De nos jours, ces questions sont toujours d'actualité, le vrai problème réside dans la compréhension du concept d'*insight* et ses liens avec la capacité à consentir aux soins.

**DÉFINITION**

La difficulté de traduire *insight* en français est à l'origine d'une incompréhension de ce concept et de son utilisation à tout va. Testez-le vous-même, en demandant à vos collègues de définir *l'insight.* Vous verrez que chacun en a une définition, une traduction et donc une compréhension particulière. L'*insight* est un terme anglais traduit en français de manière approximative par différents mots : «conscience du trouble», «introspection», «déni», «anosognosie», «discernement».

Ces traductions ne sont pas appropriées car chacun de ces mots a une histoire différente et renvoie à une discipline particulière. Par exemple, « l'anosognosie » renvoie à une absence de connaissance de son hémicorps controlatéral à la lésion cérébrale alors que « le déni » et/ou « l'introspection » renvoient à des processus inconscients avec une connotation psychodynamique. De la même manière, la traduction de l'*insight* en gestalthérapie par *« la découverte soudaine de la solution d'un problème »* est très différente de sa traduction en psychologie cognitive par *« la capacité cognitive »* et/ou par *« la théorie de l'esprit »* (6). Cette question qui n'est pas seulement un effet de genre ou de traduction est fondamentale car de nos jours le terme *insight* est de plus en plus utilisé dans la littérature scientifique sans que l'on comprenne à quoi cela renvoie. L'utilisation du mot « conscience » utilisé ci-dessous doit être, plutôt appréhendée sous un angle sémantique que celui d'une connotation conceptuelle habituelle.

Trois types d'*insight* ont été proposés :

– l'*insight* clinique est défini par l'aspect de l'*insight* relatif à la conscience de la maladie ;
– l'*insight* cognitif est défini comme la capacité du patient à reconnaître ses distorsions cognitives et à en faire des interprétations erronées (5) ;
– l'*insight* somato-sensoriel est défini comme la capacité du patient à reconnaître ses sensations somesthésiques (2, 5).

**ÉVALUATION**

Dans cet article nous allons nous concentrer sur l'*insight* clinique et son évaluation [ pour plus d'informations, lire Jaafari et Marková (2011) et Marková (2009) ] (5,6). L'évaluation de l'*insight* clinique est réalisée par des échelles d'autoévaluation ou d'hétéro-évaluation. Traditionnellement, l'*insight* a été évalué de façon catégorielle (présence ou absence) par un seul item, par exemple dans la schizophrénie par l'item G12 (« Absence ou manque de jugement ») de l'échelle de la PANSS (*Positive and Negative Syndrome Scale*), et dans la dépression par l'item 17 de l'échelle d'Hamilton intitulé « Prise de conscience ». Depuis les années 1990, l'*insight* est évalué de manière multidimensionnelle. David, en 1990 a proposé de définir l'*insight* chez les patients souffrant d'une schizophrénie, selon trois dimensions : la reconnaissance de la maladie mentale, la compliance au traitement et la capacité à reconnaître les événements psychotiques (idées délirantes et hallucinations) comme pathologiques (5). Il a mis en place, l'échelle SAI (*Schedule for the Assessment of Insight*) qui comporte 11 items avec un score allant de 0 à 14. Birchwoood et collaborateurs en 1994 ont mis en place une version d'autoévaluation de cette échelle (*Birchwood insight scale*) (5).

Pour leur part, Amador et collaborateurs en 1991 ont proposé de définir l'*insight* par la conscience de la maladie et la capacité à attribuer une cause aux symptômes de la maladie. Ils ont mis ainsi en place la SUMD (*The Scale to assess Unawareness in Mental Disorder*) comprenant 20 items (3 premiers sont des items généraux et les 17 suivants évaluent les symptômes spécifiques). Cette échelle a été validée en français par l'équipe de Poitiers (12) et évalue les dimensions suivantes : conscience de la maladie, conscience des symptômes, conscience de nécessiter un traitement, conscience des conséquences sociales et capacité du patient à attribuer une cause à la maladie ou aux symptômes.

**DÉFINITION ET ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ À CONSENTIR AUX SOINS**

En France, la capacité à consentir aux soins est une problématique éthique et médicale avec des préoccupations légales et déontologiques. Effectivement, l'article L.1111-2 du code de la santé publique stipule que *« toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé… »* et l'article 35 du code de déontologie médicale que *« le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose…».* Cette imbrication entre les aspects légaux et déontologiques de la capacité à consentir aux soins se retrouve aussi dans la littérature internationale où,

comme pour l'*insight*, différents termes sont utilisés. Effectivement, les mots « capacité », « normes juridiques », « aptitudes » et « compétences » sont souvent utilisés indifféremment pour décrire les mêmes phénomènes et pourtant ils ont des significations différentes.

Marson (2001) (7) propose de différencier « capacité » et « compétences ». La « capacité » désigne un état clinique jugé par un professionnel de santé tandis que la « compétence » dénote un statut juridique tel que jugé par un professionnel du droit, c'est-à-dire un juge. Cependant, malgré le fait que la compétence possède un statut juridique, les médecins et les psychiatres sont souvent appelés à établir des jugements de compétence dans l'exercice de leurs fonctions. Ainsi, certains auteurs proposent d'utiliser le terme de compétence, quel que soit le professionnel (de la santé ou de la loi), pour juger l'aptitude du patient à fournir un consentement éclairé. La capacité fera, pour sa part, référence aux ressources sur lesquels le patient peut s'appuyer pour fournir un consentement éclairé.

Basée sur les normes juridiques, Roth et al. (1977) (14) ont proposé que la compétence puisse être démontrée par : la capacité à faire un choix, que les résultats de ce choix soient raisonnables, que ce choix soit basé sur des raisons rationnelles, la capacité de comprendre, et que cette compréhension soit réelle. À partir de ce travail, Appelbaum et Roth (1982) (1) ont proposé une définition médicale de la compétence en la considérant comme une capacité fonctionnelle. Ils ont alors suggéré une définition multidimensionnelle de la compétence constituée par : la capacité à communiquer ses choix (communication), la capacité à comprendre les informations (compréhension), la capacité à apprécier une situation et ses conséquences (appréciation), la capacité à manipuler les informations de manière rationnelle (raisonnement). Ces auteurs ont proposé en 1995, la *Mac Arthur Competence Assessment Tool (Mac CAT)* qui est une échelle d'évaluation de la compétence basée sur cette définition. Cette échelle est constituée de 10 questions. Il n'y a pas de seuil pour juger de la compétence. Cette dernière est définie en tenant compte à la fois de l'évaluation clinique et des scores de l'échelle Mac CAT.

**LE LIEN ENTRE UN FAIBLE *INSIGHT* ET LA CAPACITÉ À CONSENTIR**

En médecine, la relation médecin malade a un impact important sur l'évaluation de la capacité d'un patient à consentir aux soins. La compétence du patient est habituellement évaluée de manière implicite par le médecin au décours d'une consultation en tenant compte de sa conscience de la maladie. L'existence d'une pathologie psychiatrique peut d'emblée signifier que le patient est incompétent, en partie à cause d'un faible *insight*. Le problème posé dans ce cas, est de savoir quelle est la définition utilisée pour évaluer l'*insight*. Par exemple, l'utilisation d'une définition catégorielle (présence/ absence) de la conscience de la maladie dans l'étude de l'OMS (Organisation mondiale de la santé) a rapporté que 70 % des patients présentant un diagnostic de schizophrénie avaient un faible niveau de la conscience de la maladie (6) alors que l'utilisation d'une définition multidimensionnelle de l'*insight* par Amador et al., 1994, a permis de démontrer que seuls 32 % des patients avaient un faible *insight*, 25,3 % un *insight* modéré et 40,7 % présentaient un bon niveau d'*insight* (12, 13). Il est donc important de bien comprendre le concept d'*insight*, car il occupe une place centrale dans l'évaluation de la capacité à consentir aux soins. Paradoxalement, on signale peu d'études sur la capacité à consentir aux soins et l'*insight* dans les pathologies psychiatriques.

**DES RÉSULTATS CONTRADICTOIRES**

Il existe plusieurs échelles pour évaluer la capacité à consentir aux soins mais la Mac CAT est la plus utilisée (1). Nous avons donc sélectionné des études ayant utilisé le questionnaire Mac CAT pour évaluer la capacité à consentir aux soins, mais dans ces études, les échelles d'évaluation de l'*insight* variaient : SAI (*Schedule for the Assessment of Insight*) (3, 8, 10), SUMD (*The Scale to assess Unawareness in Mental Disorder*) (4), Birchwood *insight* scale (11), PANSS G 12 (*Positive and Negative Syndrome Scale*) (15) ou encore la mise en place d'un questionnaire spécifique pour évaluer l'*insight* (9). Les résultats de ces études sont contradictoires chez les patients souffrant d'une pathologie psychiatrique.

– Certaines de ces études rapportent une relation directe entre un faible insight et un déficit de la capacité à consentir aux soins (3, 8, 10).

– D'autres rapportent néanmoins que les patients souffrant d'une schizophrénie avec un faible *insight* seraient compétents pour consentir aux traitements mais incompétents pour consentir à une hospitalisation (8).

– D'autres études ne trouvent pas de lien entre un faible *insight* et la capacité à consentir aux soins de manière globale, mais seulement une relation entre certaines dimensions de l'*insight* et celles de la capacité à consentir aux soins.

– Une étude rapporte une corrélation négative entre le score de l'insight à l'item G12 de la PANSS et les trois dimensions de la Mac CAT (compréhension, raisonnement, appréciation) (15).

– Une autre étude menée sur un échantillon de 60 patients souffrant d'une schizophrénie rapporte une corrélation négative entre deux dimensions de la Mac CAT (appréciation et raisonnement) et l'*insight* évalué par le SUMD (4). Cependant, ces données n'ont pas été répliquées. Depuis, une étude réalisée chez les patients souffrant de schizophrénie ne trouve aucun lien entre les différentes dimensions de l'*insight* et celles de la capacité à consentir aux soins (11). De la même manière, chez les patients souffrant d'une dépression, aucun lien entre un faible *insight* et la capacité à consentir aux soins n'a été retrouvé (10).

Ces résultats contradictoires concernant le lien entre un faible *insight* et la capacité à consentir aux soins peuvent être expliqués par plusieurs facteurs : la

méthodologie générale différente d'une étude à l'autre, les patients porteurs de différentes pathologies (schizophrénie, dépression, stress post-traumatique, troubles bipolaires), la sévérité de la pathologie (patients hospitalisés en rechute ou stabilisé et suivi en ambulatoire), les troubles cognitifs, et particulièrement l'utilisation des différentes échelles pour évaluer l'*insight* (3, 4, 9, 10, 11, 15). Reste qu'au-delà des échelles d'évaluation, il faut clarifier le concept de l'*insight*.

**COMMENT COMPRENDRE L'*INSIGHT***

La lecture des données précédentes démontre que les études empiriques n'arrivent pas à saisir le lien entre l'*insight* et la capacité à consentir aux soins. Chacun y va de sa définition et de son échelle. Il semble que ces difficultés soient en rapport avec la complexité même du concept d'*insight*. Il faut donc clarifier ce concept et les aspects que nous explorons par les évaluations cliniques. Dans cet objectif, Marková propose de distinguer le concept, le phénomène et les objets de l'*insight* (5, 6).

– Le concept d'*insight* est une structure théorique qui nous aide à définir l'*insight* dans sa globalité, en identifiant les différents éléments qui le constituent. Il n'est pas réaliste d'essayer de capturer ce concept vaste dans une simple évaluation clinique. Chaque évaluation clinique ne touche qu'un des aspects du concept.

– Le phénomène d'*insight* est la traduction empirique de l'*insight*. C'est un des aspects de l'*insight* que l'on choisit de mettre en évidence cliniquement. Par différentes mesures de l'*insight* on montrera des phénomènes d'*insight* différents. Pour la recherche, nous avons besoin d'appréhender aussi clairement que possible le phénomène spécifique d'*insight* qui est étudié. Il faut donc se poser la question de savoir quels facteurs déterminent le phénomène d'*insight* qui est obtenu cliniquement.

Les différentes mesures vont avoir une influence sur l'aspect du concept évalué. De plus, la manière dont ses mesures sont réalisées va avoir un impact sur notre compréhension du phénomène de l'*insight*. Il faut être conscient que le phénomène d'*insight* tel que nous le comprenons est en partie influencé par des facteurs interprétatifs, les jugements, le vécu du patient et du clinicien. En effet, l'expérience du clinicien par exemple, peut influencer son évaluation de l'*insight* chez un patient donné. Cette expérience singulière se jouera donc sur le phénomène d'*insight* obtenu par son observation.

– L'objet de l'évaluation de l'*insight :* l'*insight* est un concept relationnel, pour exister, il doit se porter sur un objet nommé, « l'objet de l'*insight* ». En pratique clinique les objets de la mesure de l'*insight* sont nombreux. Cela peut par exemple être les symptômes de la maladie : le déficit neuropsychologique, l'incapacité fonctionnelle… Ces objets peuvent être distingués d'au moins deux manières différentes, jouant là encore sur la compréhension du phénomène d'*insight* étudié. On peut distinguer plusieurs objets, mais dans cet article nous n'allons en choisir que deux : les objets déterminés par discipline et les objets distingués par catégorie sémantique.

**• L'objet déterminé par discipline.**

Dans le souci de faciliter la compréhension de l'objet de l'*insight*, nous allons prendre un exemple dans trois disciplines différentes : la psychiatrie, les neurosciences, et la psychanalyse. Effectivement, chaque discipline a un développement historique, un langage, des structures différentes. Ce cadre va imposer la même structure au phénomène d'*insight* étudié dans cette discipline.

– En psychiatrie, les objets choisis sont les pathologies mentales et les symptômes mentaux. Or c'est la psychiatrie qui donne forme à ces objets, c'est-à-dire la manière dont elle a développé ses concepts en lien avec des facteurs sociopolitiques, et la manière dont elle pense les processus mentaux. La façon dont la psychiatrie nous permet aujourd'hui de penser les troubles mentaux va déterminer l'objet de l'évaluation choisi dans cette discipline, et par conséquent déterminer le phénomène d'*insight* en rapport avec ces objets. Cette discipline conduit à penser des phénomènes complexes en lien avec le langage propre aux processus mentaux.

– En neurosciences, l'objet choisi est une déficience neurologique ou neuropsychologique. Les théories qui se sont développées dans cette discipline sont différentes. Elles étudient l'*insight* par rapport à un déficit. Le langage qui porte la réflexion est celui de la neurologie qui explique les processus cérébraux en terme de lésions structurelles ou fonctionnelles ou celui de la neuropsychologie et du traitement modulaire de l'information. Cela influence la compréhension du phénomène d'*insight* qui présente dans ce domaine des frontières plus marquées, limitant l'*insight* à un concept plus étroit, encadré par le langage des processus cérébraux.

– En psychanalyse, les objets comme le comportement, les motivations sont encadrés dans une structure encore différente. Dans ce cas, l'*insight* a été très intégré dans le coeur de cette discipline qui s'intéresse aux processus conscients et inconscients. Le concept, qui découle des phénomènes observés, est encadré par le langage psychanalytique.

**• L'objet en tant que catégorie sémantique.**

Certains ont affirmé que l'anosognosie rencontrée dans les pathologies neurologiques serait l'équivalent du faible *insight* observé dans les pathologies psychiatriques. Cependant, ces « objets » d'*insight* appartiennent non seulement à des catégories cliniques distinctes mais également à des catégories sémantiques distinctes, il est donc probable qu'ils donneront des phénomènes d'*insight* différents. Les pathologies

psychiatriques appartiennent à une catégorie sémantique différente du déficit neurologique. La sémantique de la neurologie décrit une clinique de l'observable, facile à définir. En opposition, celle de la psychiatrie cherche à décrire des symptômes mentaux plus complexes, moins fixes, dans lesquels intervient l'aspect relationnel. De ces sémantiques différentes on obtiendra des phénomènes différents aux frontières étroites d'un côté, floues et instables de l'autre.

Au décours de cette réflexion, on se rend ainsi compte que l'*insight* est un concept complexe et sa considération en tant que symptôme pose un problème difficile à résoudre. Une considération de l'*insight* en tant qu'état mental permet de comprendre qu'il s'agit d'un processus dynamique variable en fonction des changements internes et externes. Ainsi, un patient avec un *insight* variable au décours du temps peut différemment consentir aux soins selon les phases de la pathologie. Les conséquences de l'*insight* en tant qu'état mental impliqueraient l'existence de certains aspects stables et résistants aux changements et d'autres aspects modifiables et variables dans le temps. En conséquence, l'*insight* en tant qu'état mental permet la construction d'une structure pour l'*Insight* (avec un I majuscule) qui expliquerait ces changements et apporterait une compréhension des résultats contradictoires des études. On peut donc retenir que le choix d'une échelle psychométrique doit se faire en se posant trois questions : quel est le concept utilisé? Quel est le phénomène d'*insight* recherché? Quel est l'objet de l'*insight* ?

**CONCLUSION**

La difficulté d'étudier la relation entre l'*insight* et la capacité à consentir aux soins réside dans le fait que les deux notions sont subjectives. De plus, l'*insight* est un concept complexe sans définition unitaire. La recherche empirique sur l'*insight* en rapport avec la capacité à consentir aux soins est entravée par des complexités propres au concept. La compréhension de ces complexités nécessite de faire une distinction entre le concept, le phénomène, et l'objet de l'*insight*. Le phénomène d'*insight* reflète seulement certains aspects du concept d'*insight*. L'évaluation de la capacité à consentir aux soins mérite aussi d'être révisée, car les patients souffrant d'une pathologie psychiatrique, même avec un faible *insight*, peuvent être compétents sur certaines dimensions et participer activement aux soins.

Pour une compréhension de l'*insight*, nous conseillons aux lecteurs de lire le livre *Insight en psychiatrie* (6) et de regarder les deux congrès internationaux sur l'*insight* qui ont lieu à Poitiers en 2008 et 2009 sur ce thème (accès gratuit) (13).

**Bibliographie**

1 – Appelbaum PS. (2007) Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment. N Engl J Med. Nov 1 ; 357(18):1834-40.

2 – Belin D., Daniel M.L., Lacoste J., Belin-Rauscent A., Bacconnier M., Jaafari N. (2011) Insight : perspectives étiologiques et phénoménologiques dans la psychopathologie des désordres obsessionnels compulsifs Annales Médico-Psychologiques 169 420–425

3 – Cairns R., Maddock C., Buchanan A., David A.S., Hayward P., Richardson G., Szmukler G., Hotopf M. (2005) Prevalence and predictors of mental incapacity in psychiatric in-patients. Br J Psychiatry. Oct ; 187:379-85.

4 – Capdevielle D., Raffard S., Bayard S., Garcia F., Baciu O., Bouzigues I., Boulenger JP. (2009) Competence to consent and insight in schizophrenia : is there an association ? A pilot study. Schizophr Res. Mar ; 108(1-3):272-9.

5 – Jaafari N., Marková IS. (2011) Le concept de l'insight en psychiatrie Annales Médico-Psychologiques 169, 409–415

6 – Marková IS, (2009) L'insight en psychiatrie, (traduction française par Jaafari et collaborateurs) édition Doin.

7 – Marson DC. (2001) Loss of competency in Alzheimer's disease : conceptual and psychometric approaches. Int J Law Psychiatry. Mar-Jun ; 24(2-3):267-83.

8 – Maxmin K., Cooper C., Potter L., Livingston G. (2009) Mental capacity to consent to treatment and admission decisions in older adult psychiatric inpatients. Int J Geriatr Psychiatry. Dec ; 24(12):1367-75.

9 – Melamed Y., Kimchi R., Shnit D., Moldavski M., Elizur A. (1997) Insight and competence to consent to psychiatric hospitalization. Med Law. 16(4):721-7.

10 – Owen G.S., David A.S., Richardson G., Szmukler G., Hayward P., Hotopf M. (2009) Mental capacity, diagnosis and insight in psychiatric in-patients : a cross-sectionalstudy. Psychol Med. Aug ; 39(8):1389-98.

11 – Palmer BW, Jeste DV. (2006) Relationship of individual cognitive abilities to specific components of decisional capacity among middle-aged and older patients with schizophrenia. Schizophr Bull. Jan ; 32(1):98-106.

12 – Paillot C., Ingrand P., Millet B., Amador X.F., Senon J.L., Olié J.P., Jaafari N. (2010) Insight Study Group. (French translation and validation of the Scale to assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD) in patients with schizophrenics). Encephale. 2010 Dec ; 36(6):472-7.

13 – Premier et deuxième congrès international d'insight en psychiatrie et en neurologie à Poitiers (accès gratuit : http://uptv.univ-poitiers.fr/web/canal/61/theme/24/manif/183/index.html, http://uptv.univ-poitiers.fr/web/ canal/61/theme/24/manif/221/index.html

14 – Roth L.H., Meisel A., Lidz C..W. (1977) Tests of competency to consent to treatment. Am J, Psychiatry. Mar; 134(3):279-84.

15 – Wong J.G, Cheung E.P., Chen E.Y. (2005) Decisionmaking capacity of inpatients with schizophrenia in Hong Kong. J Nerv Ment Dis. May;193(5):316-22.