

REMERCIEMENTS

*A NOTRE CHER MAITRE ET ENCADRANT
MONSIEUR LE PROFESSEUR
RACHID AALOUANE
Professeur agrégé et Chef du service de Psychiatrie
CHU HASSAN II-FES*

*Pour l'honneur que vous m'avez fait en me confiant ce travail et en
l'encadrant ;*

*Pour votre disponibilité, vos encouragements incessants et votre
bienveillance*

Pour le chef, le professeur, le leader, l'idole, et la personne que vous êtes

*Tout au long de mon cursus de résidanat j'ai eu la chance de bénéficier
de votre savoir, votre expérience et vos grands talents pédagogiques*

*Vos qualités professionnelles et aussi humaines, cher Maître, sont
uniques :*

*Bienveillance, modestie, rigueur, dynamisme, empathie, générosité,
gentillesse, patience*

*Et beaucoup d'autres qualités à travers lesquelles vous nous avez appris
l'amour de la psychiatrie, l'art de l'ambition et le chemin de l'excellence*

Vous sortez de chacun de nous ce qu'il a de meilleur en lui

Briller quand on fait partie de votre équipe est l'évidence

La fierté d'être une de vos élèves est indescriptible

*Puisse des générations et des générations avoir la chance de profiter de
votre compétence.*

*A NOTRE MAITRE
MADAME LA PROFESSEURE
CHADYA AARAB
Professeure agrégée de psychiatrie CHU HASSAN II – FES*

*Je tiens à témoigner toute ma reconnaissance pour votre encadrement et
votre soutien durant ces années de formation*

*Je vous remercie aussi de votre aide, Vos remarques et conseils judicieux
qui n'ont jamais cessé*

*J'espère que vous trouvez à travers ce travail le fruit de toutes ces
qualités que vous m'avez transmises durant mon cursus*

*A NOTRE MAÎTRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR
BOUTAMINE
Professeur Assistant de Psychiatrie CHU Hassan II – Fès*

*Pour la spontanéité et la simplicité avec lesquelles vous nous avez
guidés durant nos années de formation*

*Vous avez toujours été proche de nous, à l'écoute et toujours disponible
pour nous soutenir et nous transmettre votre grand savoir*

*Je vous dois un grand respect et une énorme reconnaissance qu'imposent
vos connaissances, votre bon sens, vos compétences et vos qualités
humaines incontournables*

*A NOTRE MAITRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR
OTHMANE YASSINE
Professeur Agrégé de Psychiatrie HMMI– Meknès*

Pour l'honneur que vous nous faites de nous encadrer malgré la distance

*Pour votre implication, votre engagement et votre acharnement
constants à nous transmettre votre grand savoir et votre expérience*

*Pour vos remarques pertinentes afin que nous donnions le meilleur de
nous même*

*Puisse ce travail témoigner de ma profonde considération et ma haute
estime*

*A NOTRE MAÎTRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR
RABIE KARROURI
Professeur Assistant de Psychiatrie HMMI – Meknès*

Pour votre disponibilité, générosité et gentillesse

Pour votre encadrement et la supervision de notre formation théorique

*C'est avec sincérité que je vous exprime mon admiration pour le
professeur que vous êtes*

Puisse ce travail témoigner de ma considération et mon profond respect

*A TOUS MES PROFESSEURS DE LA FACULTE DE
MEDECINE ET DE PHARMACIE DE FES*

*Un mémoire est le fruit de plusieurs années d'études et je ne saurais
oublier dans mes remerciements l'ensemble de mes professeurs et maîtres
qui ont contribué de près ou de loin dans l'élaboration de ce travail et à
qui revient la reconnaissance pour le médecin que je suis*

DEDICACES

A MON TRÈS CHER PAPA

Pour avoir fait de mes rêves ta priorité et ton objectif

*Pour avoir créé ces rêves et avoir fait de moi la femme forte et le
médecin dévoué que je suis aujourd'hui*

J'espère n'être que ta source de joie et de fierté

A MA TRÈS CHÈRE MÈRE

A la plus forte et exceptionnelle de toutes les mamans,

Mon support, mon repère et ma source d'inspiration

Tes prières ont tracé le chemin de la réussite tout au long de mes études

*Puisse Dieu tout puissant te protéger du mal, te procurer longue vie,
santé et bonheur et que plus jamais le chagrin ne pénètre ton cœur*

A MON CHER ISMAIL, MON COMPAGNON A VIE

Pour avoir toujours cru en moi et en mes rêves

Pour m'avoir toujours soutenue et poussée sur le chemin de l'excellence

Ce chemin qui a été à l'origine de cette belle rencontre,

Qui unit nos ambitions et passions

Et que nous continuerons encore à tracer ensemble

Que Dieu te comble de joie, santé et succès

A MA SPLENDIDE SOEUR LOUBNA

*L'exemple parfait de la grande sœur à suivre, à admirer et à chérir
Aucun mot n'exprimera à sa juste valeur la place que tu occupes dans
mon cœur*

*Que Dieu te procure santé et prospérité et te garde pour notre belle
petite famille*

A MES DEUX ADORÉS MANAL ET MAROUANE

*Vous êtes le rayon du soleil qui égaye ma vie, mon sourire et mon trésor
le plus cher*

*Je vous aime très fort mes amours et je serai toujours présente pour
vous, pour vous voir heureux*

A MA CHÈRE BELLE MÈRE

*Tu m'as accueillie les bras ouverts comme si j'ai toujours été membre de
votre famille*

*Tu me soutiens et encourage toujours à être la meilleure, évoluer dans
ma carrière professionnelle et choisir ce qu'il y a de mieux pour moi*

Que Dieu te garde pour nous et t'apporte bonheur et santé

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION	17
A.	Contexte	18
B.	Problématique.....	18
C.	Intérêt.....	18
II.	SECTION I : Les outils d'évaluation de l'insight	20
A.	Utilisation clinique des outils d'évaluation de l'insight.....	21
1.	Insight clinique	21
a)	L'exploration de l'insight selon une approche catégorielle	21
b)	L'exploration de l'insight selon une approche dimensionnelle.....	22
2.	Insight cognitif.....	24
3.	Insight comme une sensation somesthésique et sa localisation cérébrale	25
B.	L'échelle d'évaluation de l'insight de Birchwood.....	27
1.	Historique et intérêt :.....	27
2.	Validité à l'échelle internationale.....	28
III.	SECTION II : Validation qualitative de la BIS en arabe dialectal marocain	29
A.	Objectifs :.....	30
B.	Méthodologie :.....	30
1.	Type de l'étude.....	30
2.	Contexte de validation	30
3.	Déroulement de l'étude	30
4.	Etapas de validation	31
a)	Phase 1 : Traduction initiale de la langue originale à la langue cible.....	31
b)	Phase 2 : Comparaison des deux versions traduites	31
c)	Phase 3 : Contre-traduction de la version consensuelle	31
d)	Phase 4 : Comparaison finale	31
C.	Résultats.....	33
1.	Traduction de la version originale à l'arabe dialectal marocain	33
a)	Versions traduites.....	34
(1)	Première version de la BIS en arabe marocain dialectal (traducteur 1)	34
(2)	Deuxième version de la BIS en arabe marocain dialectal (traducteur 2)	35
b)	Comparaison de la traduction des items (Tableau 2).....	36
c)	Version consensuelle de la traduction de la version originale à l'arabe dialectal marocain	38
2.	Contre-traduction de l'arabe dialectal marocain à la version originale.....	39
a)	Versions contre-traduites.....	39
(1)	Première contre-traduction de la BIS :.....	39

(2) Deuxième contre-traduction de la BIS :	40
b) Comparaison de la contre-traduction des items.....	40
c) Version consensuelle de la contre-traduction de l'arabe dialectal marocain à la version originale de la BIS	42
3. Elaboration de la version finale de la BIS	43
4. Test préliminaire de la BIS.....	44
D. Discussion :	46
1. Argumentaire de l'étude	46
2. Déroulement de l'étude	46
3. Apports et limites du travail	47
4. Perspectives du travail	48
IV. Conclusion	49
V. RESUME	51
VI. ANNEXES.....	53
VII. RÉFÉRENCES	58

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

BIS : Birchwood Insight Scale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PANSS : Positive And Negative Syndrome Scale

Y-BOCS : Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

PSE : Present State Examination

ITAQ : Insight and Treatment Attitude Questionnaire

SAI : Schedule for the Assessment of Insight

SUMD : The Scale to assess Unawareness in Mental Disorder)

PEH : Patients' Experience of Hospitalization

SAIQ : Self-Appraisal of Illness Questionnaire

IPQ : Insight in Psychosis Questionnaire

BCIS : Beck Cognitive Insight Scale

MIC-CR : Measure of Insight into Cognition-Clinician Rated

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Principales échelles d'évaluation de l'insight

Tableau 2 : Les deux versions traduites de l'anglais en arabe dialectal marocain de la BIS

Tableau 3 : Les différents paramètres intéressant notre échantillon pour le test préliminaire de la Bis

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Version originale de la BIS

Annexe 2 : Accord de l'auteur d'utilisation et validation de la BIS

Annexe 3 : Version traduite en arabe dialectal marocain de la BIS

I. INTRODUCTION

A. Contexte

L'insight est un terme anglais qui n'existe pas dans la langue française. Il est traduit en français de manière approximative tantôt par « conscience du trouble », tantôt par « introspection », « déni », « anosognosie ». Ces traductions dépendent du contexte dans lequel l'insight est utilisé, à savoir : « reconnaissance », « compréhension », « raison », « capacité », « jugement », « intelligence ». Cependant, son application en recherche clinique et dans la prise en charge des patients est d'une importance capitale. Pour de nombreux auteurs, l'insight est un concept multidimensionnel, continu, dynamique et non dichotomique.

B. Problématique

L'insight dans la psychiatrie, est une dimension corrélée avec l'alliance et l'observance thérapeutiques, l'évolution et le pronostic de la maladie, la qualité de vie du patient et avec le risque suicidaire.

Dans l'étude pilote internationale de l'OMS sur la schizophrénie, 97% des patients atteints de schizophrénie en épisode aigu manquaient de perspicacité et ne coopéraient pas avec le traitement. (1)

Ainsi, il est devenu une cible majeure de plusieurs psychothérapies (psycho éducatives et de remédiation cognitive).

Différentes échelles sont utilisées dans les recherches empiriques actuelles pour évaluer les aspects du concept d'insight. On distingue des échelles d'auto-évaluation et des échelles d'hétéro-évaluation.

C. Intérêt

Ces problématiques que pose la conscience de la maladie dans la psychiatrie font l'intérêt de notre travail.

Plusieurs instruments d'évaluation ont été créés pour évaluer l'insight. L'échelle de Birchwood (Birchwood Insight Scale) reste cependant l'outil de référence. Elle a été validée par plusieurs équipes et en plusieurs langues (l'espagnol, le norvégien, l'italien . . .). Elle a fait le sujet de plusieurs publications depuis sa création. L'idée d'une validation de cette échelle nous a donc semblé pertinente.

Le but de ce travail est de décrire la BIS, son intérêt et les modalités de sa passation ; faire une revue de littérature sur sa validité et sa fiabilité en tant que test d'évaluation de l'insight clinique ; et procéder à sa validation qualitative à l'arabe dialectal marocain et son adaptation à notre contexte socio-culturel.

A notre connaissance, il n'existe aucune traduction validée en arabe dialectal de cette échelle.

Ce projet de traduction de la BIS à l'arabe dialectal marocain vise l'amélioration de la pratique clinique et la recherche scientifique dans le domaine de l'insight. La traduction, l'adaptation et la validation de l'échelle de Birchwood en arabe dialectal marocain aura certainement un impact positif direct sur la prise en charge basée sur les preuves et sera à la longue un promoteur essentiel pour pousser davantage la recherche en psychiatrie.

II. SECTION I : Les outils d'évaluation de l'insight

De nombreuses échelles ont été développées avec pour chacune sa spécificité tant par la méthode de passation utilisée (hétéro- ou auto-questionnaire) que par les items côtés, le stade de la maladie concerné (rechute ou stabilisation), ou encore la dimension de l'insight explorée. Toutes ces échelles se superposent largement, comme l'ont montré Sanz et al. (2).

A. Utilisation clinique des outils d'évaluation de l'insight

L'insight est un concept multidimensionnel composé d'un certain nombre d'aspects distincts mais qui se chevauchent. De nos jours, l'existence d'un nombre important de définitions et d'échelles d'évaluation de l'insight explique en partie les résultats contradictoires retrouvés à partir des études empiriques. Dans ce sens, nous proposons de présenter les différents outils d'évaluation de l'insight à travers trois notions : l'insight clinique, l'insight cognitif et l'insight somatosensoriel.

1. Insight clinique

L'insight clinique peut être défini comme l'aspect de l'insight relatif à la conscience de la maladie et son implication en termes d'une prise en charge thérapeutique. Il a été considéré comme une reconnaissance, une capacité d'attribution, une solidité de la croyance.

Progressivement, deux types d'évaluation ont été réalisés : catégorielle et dimensionnelle.

a) L'exploration de l'insight selon une approche catégorielle

Les premières évaluations de l'insight ont été réalisées de manière catégorielle, c'est à- dire en tout ou rien, évaluant un insight partiellement présent ou partiellement absent.

Cette évaluation peut se faire en hétéro-évaluation par un seul item, par exemple item G12 de l'échelle de la **PANSS** (schizophrénie) (3), item 17 de l'échelle d'**Hamilton** (dépression) (3), item 11 de la **Y-BOCS** (TOC) (3 ; 4), ou les items 104 et 105 dans le **PSE** (Present State Examination) (3).

Les mesures catégorielles sont utiles pour permettre des comparaisons entre individus sur des caractéristiques définies de manière large, mais comportent deux inconvénients majeurs, le premier étant la difficulté de bien distinguer

les différentes catégories, et le second étant ce qui est possible de déduire de ces descriptions catégorielles.

b) L'exploration de l'insight selon une approche dimensionnelle

L'évaluation dimensionnelle de l'insight a été proposée pour saisir quantitativement et avec plus de détails certaines des composantes explicitement définies de l'insight. McEvoy et al. en 1989 ont été les premiers à développer un questionnaire permettant d'évaluer l'insight : **ITAQ** (Insight and Treatment Attitude Questionnaire) chez les patients souffrant d'une schizophrénie (5). Ce questionnaire est composé de 11 items, le score peut aller de 0 (pas d'insight) à 22 (insight maximal). Il est basé sur deux aspects : premièrement, l'insight est défini comme l'attitude du patient face à son traitement et à l'hospitalisation. Deuxièmement, les scores d'insight sont explicitement basés sur l'idée que le patient est en accord avec le professionnel de santé sur ses attitudes. En conséquence, le concept empirique d'insight exploré par cette mesure insiste davantage sur les visions concordantes qu'ont les patients de leur prise en charge que sur une quelconque compréhension détaillée de leur expérience morbide.

Une conceptualisation plus large de l'insight a été proposée par Greenfeld et al. en 1989 (3). Ces auteurs proposent une évaluation qualitative de l'insight selon cinq dimensions : Conscience de la maladie, des symptômes, de la nécessité d'un traitement, de l'étiologie de la maladie, et de la susceptibilité de rechuter.

Ce concept plus large est davantage centré sur la compréhension des patients de ce qui leur arrive et du sens qu'ils donnent à leur expérience pathologique. Cependant, de manière pragmatique l'absence de score, car il s'agit d'évaluation qualitative, rend difficile la comparaison des groupes de patients. La nécessité de mesurer l'insight avec obtention d'un ou des scores a conduit les chercheurs à la création des outils de mesures basés sur le modèle multidimensionnel de l'insight. Deux des échelles basées sur ce modèle par exemple sont : **SAI** (Schedule for the Assessment of Insight) proposée par David en 1990 (6), **SUMD** (The Scale to assess Unawareness in Mental Disorder) proposée par Amador et al. en 1991 (7, 8, 9). Chez ces auteurs, l'accent est mis sur la transposition des modèles en mesures empiriques structurées évaluant l'insight quantitativement. Dans cette conception, la définition de l'insight apparaît plus large et plus détaillée, car elle incorpore dans une approche exhaustive la compréhension par le sujet de son vécu, le jugement

qu'il porte sur ce vécu, et des conceptions relatives de manière plus large à la compréhension du Soi et des processus psychologiques du Soi.

Amador et Strauss (1993) (10) reconnaissent les difficultés pratiques qu'il y ait à passer d'une construction si large et si complexe à une mesure empirique de l'insight. Ainsi, ils ont préféré le réduire à un concept comprenant deux éléments importants : la conscience de la maladie et la capacité d'attribuer une cause à la maladie.

David, propose une définition tridimensionnelle de l'insight chez les patients souffrant d'une psychose :

- reconnaissance de la maladie mentale ;
- compliance au traitement ;
- et capacité à reconnaître les événements psychotiques (idées délirantes et hallucinations) comme pathologiques.

Cette conception spécifique et plus étroite de l'insight le considère comme une reconnaissance (de la maladie et la nécessité d'un traitement) et un jugement (de la nature morbide des idées délirantes et hallucinations).

Une autre approche pour l'évaluation de l'insight est celle proposée par Carsky et al. en 1992 (11). Ils conceptualisent l'insight comme la réaction du patient face à son hospitalisation et se basent sur une définition limitée du déni. Ils ont mis en place le questionnaire d'autoévaluation PEH (Patients' Experience of Hospitalization) qui permet d'évaluer l'insight chez les patients souffrant d'une schizophrénie et hospitalisés. Ce questionnaire évalue l'incapacité du patient à reconnaître :

- avoir une maladie ou que la maladie a un nom ou une cause ;
- avoir besoin d'hospitalisation ;
- et l'impact de la maladie sur le plan personnel. (12)

Cet instrument contient 18 items (chaque item est coté sur 4 points). Plus le score total est élevé, plus le déni est important. Cette échelle reflète de manière prédominante les jugements des patients sur le fait d'être hospitalisé. Une version adaptée de PEH aux patients suivis en ambulatoire a été proposée par Marks et al. (2000) (13). Cette version, qui est toujours une autoévaluation, porte le nom de SAIQ (Self-Appraisal of Illness Questionnaire) et comprend 17 items.

Une conceptualisation dimensionnelle large de l'insight a été proposée par Marková et Berrios en 1992 (14). Dans ce concept, l'insight est défini comme la conscience de changements du Soi (et de la manière dont cela affecte ses perceptions et interactions avec le monde environnant) en relation avec l'état

pathologique affectant le patient. À partir de ce concept, une échelle d'autoévaluation de l'insight **IPQ** (Insight in Psychosis Questionnaire) a été mise en place et validée chez des patients psychotiques. Elle comporte 30 questions avec une cotation dichotomique (d'accord/pas d'accord) (15).

Certains auteurs considèrent que la passation des échelles d'hétéro-évaluation de l'insight est chronophage avec des résultats difficilement reproductibles. Ainsi, en se fondant sur le concept tridimensionnel de l'insight proposé par David, **Birchwood** et al. (16), proposent en 1994 une échelle d'autoévaluation de l'insight : **Insight Scale**. Cette échelle est constituée de huit items, avec un score pouvant aller de 0 à 4 pour chaque dimension.

2. Insight cognitif

Beck introduit en 2004 (12) le concept de l'insight cognitif, qu'il définit comme la capacité de la conscience de présenter des distorsions cognitives et de faire des interprétations erronées (17). Il considère que quatre aspects de l'insight cognitif peuvent être touchés dans la psychose : altération de la capacité d'être objectif sur les expériences délirantes et les distorsions cognitives, incapacité de mettre ces expériences en perspective, incapacité de corriger les informations venant des autres et l'excès de confiance dans les jugements délirants. Cette théorisation a donné lieu à la mise en place d'une échelle d'autoévaluation de l'insight : la **BCIS** (Beck Cognitive Insight Scale) (12). Elle est composée de 15 items répartis en deux sous-échelles : la réflexion sur soi « **Self-Reflectiveness** » et la certitude dans cette réflexion « **Self-Certainty** ».

Une hétéro-évaluation de l'insight cognitif a été proposée par Medalia et al. en 2008 (18). Ces auteurs, en se basant sur le modèle conceptuel de la **SUMD**, définissent l'insight cognitif comme la capacité du patient à reconnaître ses déficits cognitifs et à leur attribuer une cause. Ils ont proposé la **MIC-CR** (Measure of Insight into Cognition-Clinician Rated), qui permet d'évaluer trois dimensions cognitives : mémoire, fonctions exécutives et attention. Cette échelle comporte 12 items, cotés de 1 (insight total) à 5 (insight faible). Cette équipe a démontré que la mémoire joue un rôle peu important dans l'insight chez les patients souffrant d'une schizophrénie.

3. Insight comme une sensation somesthésique et sa localisation cérébrale

Dans le but d'expliquer un faible insight par un dysfonctionnement cérébral, Lysaker et al. ont proposé en 1994 de définir l'insight comme l'anosognosie (19). Dans cette définition, un faible insight est défini par la difficulté du patient à percevoir et à construire une représentation correcte de sa maladie. Ils ont utilisé des tests neuropsychologiques pour expliquer l'implication du lobe frontal dans l'insight chez les patients souffrant d'une schizophrénie. Cependant, les techniques d'imagerie cérébrale ont permis de trouver une corrélation entre un faible insight et des parties du cerveau autres que le lobe frontal. Certains auteurs, en utilisant l'analyse morphométrique (voxel-based morphometry), rapportent une diminution de volume de la matière grise du cortex frontal, temporal, pariétal et cingulaire en rapport avec un faible insight, alors que d'autres études ne confirment pas cette idée (8). Dans l'idée de trouver une localisation cérébrale à l'insight, l'équipe de Bechara en 2009 (20) propose de définir l'insight comme la capacité de reconnaître ses sensations somesthésiques chez les patients souffrant d'une addiction. Ces auteurs ont montré que la lésion du cortex insulaire chez les patients tabagiques entraîne une diminution de la capacité de reconnaissance du manque de la nicotine. Ainsi, l'arrêt du tabac chez ces patients serait plus simple que chez les patients souffrant d'une lésion cérébrale localisée ailleurs qu'au niveau du cortex cingulaire. Cette vision étroite du concept de l'insight permet une évaluation unidimensionnelle de l'insight, mais en quoi la capacité de se ressentir peut-elle représenter un concept si vaste ? Une nouvelle conceptualisation de l'insight somesthésique est proposée par l'équipe de Poitiers, Belin et al. (21).

L'existence de ces différentes échelles de mesures reflète différentes manières de conceptualiser l'insight. Les variations de méthode d'évaluation d'insight, autoévaluation versus hétéro-évaluation, retiennent sur le type d'insight qui est évalué. Par exemple, les mesures lors d'une hétéro-évaluation par un clinicien sont biaisées par son vécu et son jugement. Alors que les autoévaluations ont le défaut de ne pas permettre une évaluation et une interprétation aussi riches que le permettent hétéro-évaluations.

Echelle	Auteurs	Année	Nombre d'items	Type	Dimensions évaluées
PANSS	Kay SR et al. (22)	1987	1(G12)	Hétéro	Conscience de la maladie
ITAQ	McEvoy et al (5)	1989	11	Hétéro	Conscience de la maladie Nécessité d'un traitement
SAI	Davis AS et al. (6)	1990	11	Hétéro	Conscience de la maladie Conscience des symptômes Compliance au traitement
SUMD	Amador et al. (7)	1991	20	Hétéro	Conscience de la maladie Conscience des symptômes Nécessité d'un traitement Conséquences sociales Attribuer une cause à la maladie
IPQ	Mekova et Berrios (15)	1992	30	Auto	Conscience de la maladie Intensité des symptômes Conscience des changements de soi
SAIQ	Marks et al. (13)	2000	17	Auto	Conscience de la maladie Conscience du besoin d'hospitalisation Impact de la maladie sur le plan personnel
BCIS	Beck et al. (12)	2004	15	Auto	La réflexion sur soi La certitude dans cette réflexion
IS	Birchwood et al. (23)	1994	8	Auto	Conscience de la maladie Conscience des symptômes Nécessité d'un traitement

Tableau 1. Principales échelles d'évaluation de l'insight

B. L'échelle d'évaluation de l'insight de Birchwood

Dans un contexte clinique, l'utilisation de questionnaires d'auto-évaluation présente certains avantages potentiels par rapport au format rempli par l'examineur. Dans cette perspective, l'échelle de l'insight de birchwood est un instrument pertinent de par sa rapidité, simplicité, son aspect multidimensionnel et ses propriétés psychométriques satisfaisantes.

1. Historique et intérêt :

Pour Birchwood et al. (23), il y a au moins quatre modèles d'explication pour rendre compte du déficit d'insight :

- le modèle psychodynamique : déni de la maladie, mécanisme de défense ;
- le modèle neuropsychologique : déficit de la conscience du trouble, comparable à l'anosognosie ;
- l'hypothèse « clinique » (cuesta et peralta (24)) : faisant du trouble de l'insight un symptôme primaire lié directement à la maladie mentale ;
- et le modèle cognitif où l'insight résume un ensemble d'attributions et de croyances concernant les symptômes mentaux.

La BIS est une échelle destinée à l'auto-évaluation. Cet outil a l'avantage d'obtenir le point de vue du patient sur sa maladie, sans intervention des opérateurs. Élaborée par le groupe de Birchwood (1994), la BIS comprend deux parties, la première se réfère à l'état actuel, la seconde à une phase précédente de la maladie. Elle est composée de 8 questions qui, selon le groupe de Birchwood, mesurent trois dimensions : la conscience de la maladie, la conscience de la nécessité d'un traitement et l'attribution des symptômes à la maladie. Pour chaque item, le patient est invité à indiquer s'il est d'accord (score 2), en désaccord (score 0) ou incertain (score 1). La fourchette des scores totaux va donc de 0 à 16. Elle a ainsi été développée pour mesurer le degré de perspicacité au cours de la phase actuelle de la maladie et le degré de perspicacité dans une phase précédente de la maladie.

La BIS nous a paru particulièrement intéressante pour ses bonnes propriétés psychométriques, pour sa brièveté, pour la facilité de codage et pour son utilité potentielle tant en clinique qu'en recherche.

2. Validité à l'échelle internationale

L'échelle d'évaluation d'insight de birchwood a été traduite pour être utilisée en :

- Coréen (25)
- Italien (26)
- Norvégien (27)
- Espagnol (28)
- Français (Sabrina Linder et Jérôme Favrod - 2006).

Le coefficient de fiabilité interne α du score total de la version en anglais est de 0.75. (23) Les coefficients de fiabilité pour les versions traduites étaient similaires à ceux de la version originale ($\alpha = 0,717-0,81$). Des preuves d'une bonne fiabilité test-retest ont été observées pour les échelles d'origine ($r = 0,90$) et traduites ($r = 0,598-0,98$). (25, 26, 27, 28)

III. SECTION II :

Validation qualitative de la BIS en arabe dialectal marocain

A. Objectifs :

Ce travail vise à élaborer une validation qualitative de l'échelle de Birchwood pour une utilisation plus étendue au Maroc, le but principal étant de déterminer l'utilisation de la version arabe adaptée culturellement et validée en arabe dialectal marocain de la BIS.

B. Méthodologie :

1. Type de l'étude

Ce travail est une étude visant à l'élaboration d'une validation qualitative de la BIS, ainsi qu'une adaptation transculturelle de cette dernière, et ceci dans le cadre d'un projet plus vaste visant à créer un système d'évaluation de l'insight dans notre contexte marocain.

2. Contexte de validation

Cette étude fait partie d'un projet plus vaste visant à adapter et valider la BIS comme outil de mesure de l'insight au Maroc. La recherche présentée dans ce travail constitue la première étape de la validation et l'adaptation transculturelle de l'échelle BIS dans notre contexte.

Dans cette étude, nous présentons une version de l'arabe dialectal marocain que, nous l'espérons, aura une grande spécificité et sensibilité afin d'être utilisée par les praticiens.

3. Déroulement de l'étude

Après avoir eu l'accord de la validation et l'utilisation ainsi que la publication de notre version en arabe dialectal marocain par l'auteur de l'échelle Professeur Birchwood Maximilian en Mars 2020, nous avons débuté le processus de traduction. Les deux premiers traducteurs étaient chargés de traduire le questionnaire de la langue originale (anglais) à l'arabe dialectal marocain, ces traducteurs sont bilingues, d'origine marocaine avec un très bon niveau en anglais. Les deux versions traduites ont été comparées en Mai 2020. La première version pré-finale en arabe dialectal marocain était concluante et par conséquent disponible pour utilisation suite à cette réunion.

La première version pré-finale de la BIS a été contre-traduite en anglais par deux autres traducteurs en Juin 2020, ces deux traducteurs sont aussi d'origine marocaine, avec un très bon niveau en anglais. Cette version anglaise est l'issue de deux traductions entre le questionnaire original et la version en

arabe dialectal marocain qui a été traduite. La dernière étape consistait à tester si cet outil serait utilisable dans la pratique quotidienne.

4. Etapes de validation

a) Phase 1 : Traduction initiale de la langue originale à la langue cible

La BIS a d'abord été traduite de sa langue d'origine (anglais) avec l'aide de deux traducteurs indépendants et certifiés dont la langue maternelle est la langue cible (arabe dialectal marocain). Ces traducteurs étaient parfaitement bilingues. Après avoir reçu les deux versions traduites, il a fallu faire des rencontres avec les deux traducteurs pour finaliser les deux versions et en arriver à une version finale.

b) Phase 2 : Comparaison des deux versions traduites

La 2^{ème} phase consistait à recruter une troisième personne qui est familière avec les termes médicaux, qui est également biculturelle et bilingue afin de comparer les deux versions traduites, discuter et éliminer toutes les ambiguïtés et les incohérences des mots et/ou phrases pour enfin arriver à une version finale commune.

c) Phase 3 : Contre-traduction de la version consensuelle

Cette phase consistait à prendre la version finale de la langue cible de la deuxième phase et de la donner à deux autres traducteurs neutres dont la langue cible (arabe dialectal marocain) est leur langue maternelle et qui ont un très bon niveau en anglais, afin de la traduire une dernière fois à la langue d'origine. Il fallait s'assurer que ces deux traducteurs n'ont jamais vu la version originale de la BIS.

d) Phase 4 : Comparaison finale

La quatrième et dernière phase de la traduction consistait comparer les deux versions retraduites à la langue originale et d'aboutir à une version finale, celle-ci sera comparée à son tour avec la version originale du BIS et tout ceci se fait dans le but de tester la version de la langue cible. La version traduite doit être équivalente à la version originale.

Après ces phases vient les essais sur la population pour quantifier la spécificité et la sensibilité. Il convient de noter que nous sommes bien conscients des

différentes nuances lexicales disponibles pour l'arabe dialectal. Ainsi, notre projet actuel propose des expressions compréhensibles pour la population sans entrer dans les spécificités de chaque région.

C. Résultats

1. Traduction de la version originale à l'arabe dialectal marocain

Les deux traductions ont été réalisées par deux traducteurs d'origine marocaine, qui ont une très bonne connaissance en anglais : professeur M. Elghazi et professeur N. Trimass.

La discussion et la comparaison des deux versions ont été réalisées par Professeur Aalouane Rachid et les deux traducteurs mentionnés ci-dessus.

On a pris en considération les critères suivants :

- Si les deux versions arabes sont identiques, il n'y aura pas de changement.
- S'il y a des différences, on choisira la version la plus appropriée et la plus adaptée.
- Il faudrait choisir la version la plus proche de l'originale, mais qui soit plus adaptée au contexte marocain.
- Lorsque les deux traductions sont adaptées, on choisira celle que la plupart des patients peuvent comprendre plus facilement.

a) **Versions traduites**

(1) Première version de la BIS en arabe marocain dialectal
(traducteur 1)

	Traducteur 1 : Pr M. Elghazi
1. Some of the symptoms were made by my mind	بعض الأعراض كنت غير تخيلتهم
2. I am mentally well	أنا نفسيا بخير
3. I do not need medication	ما خاصني حتى شي علاج بالدوا
4. My stay in hospital was necessary	كان ضروري نبق فالمستشفى
5. The doctor is right in prescribing medication for me	صدق الطبيب مني خرج لي الدوا
6. I do not need to be seen by a doctor or psychiatrist	ما محتاجش يشوفني حتى شي طبيب أو مختص نفساني
7. If someone said I had a nervous or mental illness then they would be right	الي شي واحد كال بلي عندي الاعصاب أو لا شي مرض عقلي راه عندو الحق
8. None of the unusual things I experienced are due to an illness	كاع داكشي للي داز علي ما عندو حتى شي علاقة بالمرض

(2) Deuxième version de la BIS en arabe marocain dialectal
(traducteur 2)

	Traducteur 2 : Pr N. Trimass
1. Some of the symptoms were made by my mind	شي اعراض كنت غي كنتخيلهم
2. I am mentally well	ما في حتي مرض نفسي
3. I do not need medication	ما نحتاج حتى دوا
4. My stay in hospital was necessary	كان ضروري نعس فالسبيطار
5. The doctor is right in prescribing medication for me	الطبيب عندو الحق ميني عطاني الدوا
6. I do not need to be seen by a doctor or psychiatrist	ما محتاجش يشوفني شي طبيب
7. If someone said I had a nervous or mental illness then they would be right	الى شي واحد كال انا عندي مرض عقلي راه عندو الحق
8. None of the unusual things I experienced are due to an illness	داك الشئ لي حسيت بيه ما عندو علاقة بالمرض

b) Comparaison de la traduction des items (Tableau 2)

Au total la BIS comprend 8 questions.

1	Some of the symptoms were made by my mind.
	On a opté pour la deuxième traduction.
2	I am mentally well.
	On a opté pour la deuxième traduction.
3	I do not need medication.
	On a opté pour la première traduction.
4	My stay in hospital was necessary.
	On a opté pour la deuxième traduction.
5	The doctor is right in prescribing medication for me.
	On a opté pour la deuxième traduction.
6	I do not need to be seen by a doctor or psychiatrist.
	On a opté pour la première traduction.
7	If someone said I had a nervous or mental illness then they would be right.
	On a opté pour la première traduction.
8	None of the unusual things I experienced are due to an illness.
	On a opté pour la première traduction.

	Traducteur 1 : Pr M. Elghazi	Traducteur 2 : Pr N. Trimass
1. Some of the symptoms were made by my mind	بعض الأعراض كنت غير تخيلتهم	شي أعراض كنت غي كنتخيلهم
2. I am mentally well	أنا نفسيا بخير	ما في حتي مرض نفسي
3. I do not need medication	ما خاصني حتى شي علاج بالدوا	ما نحتاج حتى دوا
4. My stay in hospital was necessary	كان ضروري نبق فالمستشفى	كان ضروري نعس فالسيطار
5. The doctor is right in prescribing medication for me	صدق الطبيب مني خرج لي الدوا	الطبيب عندو الحق ميني عطاني الدوا
6. I do not need to be seen by a doctor or psychiatrist	ما محتاجش يشوفني حتى شي طبيب أو مختص نفساني	ما محتاجش يشوفني شي طبيب
7. If someone said I had a nervous or mental illness then they would be right	الى شي واحد كال بلي عندي الاعصاب أولا شي مرض عقلي راه عندو الحق	الى شي واحد كال انا عندي مرض عقلي راه عندو الحق
8. None of the unusual things I experienced are due to an illness	كاع داكشي للي داز علي ما عندو حتى شي علاقة بالمرض	داك الشي لي حسيت بيه ما عندو علاقة بالمرض

Tableau 2 : Les deux versions traduites de l'anglais à l'arabe dialectal marocain de la BIS

c) Version consensuelle de la traduction de la version originale à l'arabe dialectal marocain

ممتأكدش	معترض	متافق	
			1- شي اعراض كنت غي كنتخيلهم
			2- ما في حتي مرض نفسي
			3- ما خاصني حتى شي علاج بالدوا
			4- كان ضروري نغس فالسبيطار
			5- الطبيب عندو الحق ميني عطاني الدوا
			6- ما محتاجش يشوفني حتى شي طبيب أو مختص نفسي
			7- الى شي واحد كال بلي عندي الاعصاب أولا شي مرض عقلي راه عندو الحق
			8- كاع داكشي للي داز علي ما عندو حتى شي علاقة بالمرض

2. Contre-traduction de l'arabe dialectal marocain à la version originale

Les deux contre-traductions de l'arabe dialectal à l'anglais de la BIS ont été réalisées par professeur R. Madaoui et professeur Driouch A.

Les deux traducteurs ont été informés que ce questionnaire est un outil de mesure de l'insight.

A noter que les deux traducteurs n'ont jamais vu la version originale de l'échelle.

a) Versions contre-traduites

(1) Première contre-traduction de la BIS :

Traducteu 3: R. Madaoui	Moroccan Arabic
I thought I had some symptoms.	شي اعراض كنت غي كنتخيلهم
I have no psychological illness.	ما في حتي مرض نفسي
I need no medical treatment.	ما خاصني حتي شي علاج بالدوا
I had to be hospitalized.	كان ضروري نعس فالسبيطار
The doctor was right prescribing medication.	الطبيب عندو الحق ميني عطاني الدوا
I don't need any doctor or psychiatrist to check up on me.	ما محتاجش يشوفني حتي شي طبيب أو مختص نفساني
It might be that I've got a mental illness or some kind of neurological disorder.	الى شي واحد كال بلي عندي الاعصاب أولا شي مرض عقلي راه عندو الحق
Whatever I had to endure has nothing to do with sickness	كاع داكشي للي داز علي ما عندو حتي شي علاقة بالمرض

(2) Deuxième contre-traduction de la BIS :

Traducteur 4 : Pr Driouch A	Moroccan Arabic
I imagined I had some symptoms	شي اعراض كنت غي كنتخيلهم
I have no psychological disorder	ما في حتي مرض نفسي
I don't need any medical treatment	ما خاصني حتى شي علاج بالدوا
I had to be hospitalized	كان ضروري نعس فالسبيطار
The doctor was right to prescribe me medication	الطبيب عندو الحق ميني عطاني الدوا
I don't need any doctor or psychiatrist to check up on me	ما محتاجش يشوفني حتى شي طبيب أو مختص نفساني
It might be right if someone said that I've got some kind of neurological disorder or mental illness	الى شي واحد كال بلي عندي الاعصاب أو لا شي مرض عقلي راه عندو الحق
Whatever I went through has nothing to do with the illness	كاع داكشي للي داز علي ما عندو حتى شي علاقة بالمرض

b) Comparaison de la contre-traduction des items

La discussion et la comparaison des deux versions ont été réalisées par les traducteurs ; Mr M. Elghazi, Pr N. Trimass, les contre traducteurs Mr R. Madaoui, Pr. Driouch A, avec la supervision du Professeur Aalouane Rachid.

شي اعراض كنت غي كنتخيلهم	1
La deuxième traduction est plus adaptée par rapport à notre contexte.	
ما في حتي مرض نفسي	2
Le premier traducteur a utilisé le mot « illness » tandis que le deuxième traducteur a utilisé le mot « disorder». Les deux termes sont valables.	
ما خاصني حتى شي علاج بالدوا	3
La deuxième traduction est plus adaptée par rapport à notre contexte.	
كان ضروري نعس فالسبيطار	4
Les deux traductions sont identiques	
الطبيب عندو الحق ميني عطاني الدوا	5
La deuxième traduction est plus adaptée par rapport à notre contexte.	
ما محتاجش يشوفني حتى شي طبيب أو مختص نفساني	6
La deuxième traduction est plus adaptée par rapport à notre contexte.	
الى شي واحد كال بلي عندي الاعصاب أولا شي مرض عقلي راه عندو الحق	7
La première traduction est plus adaptée par rapport à notre contexte.	
كاع داكشي للي داز علي ما عندو حتى شي علاقة بالمرض	8
La deuxième traduction est plus adaptée par rapport à notre contexte.	

c) Version consensuelle de la contre-traduction de l'arabe dialectal marocain à la version originale de la BIS

Traducteur 3 : R. Madaoui	Traducteur 4 : Pr Driouch A	Compromised version	Moroccan Arabic
I thought I had some symptoms.	I imagined I had some symptoms	I thought I had some symptoms.	شي اعراض كنت غي كنتخيلهم
I have no psychological illness.	I have no psychological disorder	I have no psychological illness/disorder	ما في حتي مرض نفسي
I need no medical treatment.	I don't need any medical treatment	I don't need any medical treatment	ما خاصني حتى شي علاج بالدوا
I had to be hospitalized.	I had to be hospitalized	I had to be hospitalized.	كان ضروري نعس فالسيطار
The doctor was right prescribing medication.	The doctor was right to prescribe me medication	The doctor was right to prescribe me medication	الطبيب عندو الحق ميني عطاني الدوا
I don't need any doctor or shrink to check up on me.	I don't need any doctor or psychiatrist to check up on me	I don't need any doctor or psychiatrist to check up on me	ما محتاجش يشوفني حتى شي طبيب أو مختص نفساني
It might be that I've got a mental illness or some kind of neurological disorder.	It might be right if someone said that I've got some kind of neurological disorder or mental illness	It might be that I've got a mental illness or some kind of neurological disorder.	الي شي واحد كال بلي عندي الاعصاب أو لا شي مرض عقلي راه عندو الحق
Whatever I had to endure has nothing to do with sickness	Whatever I went through has nothing to do with the illness	Whatever I went through has nothing to do with the illness	كاع داكشي للي داز علي ما عندو حتى شي علاقة بالمرض

3. Elaboration de la version finale de la BIS

Après avoir traduit et contre-traduit la BIS, et après la réunion des traducteurs et contre-traducteurs ; on a conclu à la version suivante :

من فضلك قرا هاد العبارات أو من بعد وضع علامة فالخانة للي كتناسبك مزيان

ممتأكدش	معترض	متافق	
			1- شي اعراض كنت غي كنتخيلهم
			2- ما في حتي مرض نفسي
			3- ما خاصني حتى شي علاج بالدوا
			4- كان ضروري نغس فالسبيطار
			5- الطبيب عندو الحق ميني عطاني الدوا
			6- ما محتاجش يشوفني حتى شي طبيب أو مختص نفسي
			7- الى شي واحد كال بلي عندي الاعصاب أولا شي مرض عقلي راه عندو الحق
			8- كاع داكشي للي داز علي ما عندو حتى شي علاقة بالمرض

4. Test préliminaire de la BIS

Le questionnaire a été testé auprès d'un groupe hétérogène de 20 personnes de nationalité marocaine, de différentes régions et parlant l'arabe dialectal marocain. Tous les participants n'ont eu aucun problème à la compréhension des items de notre outil.

Participants	Age	Niveau d'instruction	Région d'origine
1	31	universitaire	Casablanca
2	29	universitaire	Rabat
3	65	universitaire	Meknès
4	29	universitaire	Fès
5	40	primaire	Fès
6	60	secondaire	Meknès
7	35	primaire	Azrou
8	33	primaire	Taza
9	45	primaire	Taounate
10	17	secondaire	Fès
11	65	universitaire	Khmissate
12	19	universitaire	Fès
13	33	secondaire	ouarzazat
14	45	secondaire	Rabat
15	35	primaire	Casablanca
16	30	secondaire	Sefrou
17	68	primaire	Taza
18	18	primaire	Ouazzane
19	34	universitaire	Taounat
20	25	primaire	Fès

Tableau 3 : Les différents paramètres de notre échantillon pour le test préliminaire de la BIS

Le tableau ci-dessus montre les différents paramètres des participants au test préliminaire.

Ces paramètres ont été choisis pour évaluer la sensibilité et la spécificité de notre version en arabe dialectal marocain de la BIS et les résultats ont été très satisfaisants. Malgré les différents niveaux d'instruction de notre échantillon et leurs différentes origines, le questionnaire a été compris à 100%, et aucun problème n'a été posé lors de son administration.

Ces résultats sont très encourageants et donnent plus d'avantage à notre étude.

D. Discussion :

La BIS permet d'évaluer trois principales dimensions de l'insight : la conscience de la maladie, la conscience de la nécessité d'un traitement et l'attribution des symptômes à la maladie. Des preuves à l'appui de sa fiabilité, de sa validité et de sa sensibilité sont fournies. (23) La gérabilité de l'instrument et sa facilité d'utilisation dans la pratique courante suggère sa bonne diffusion.

1. Argumentaire de l'étude

Plusieurs entretiens semi-structurés évaluant l'insight ont été développés à des fins de recherche et cliniques. (5, 9, 13). Cependant, dans un contexte clinique, l'utilisation de questionnaires d'auto-évaluation présente certains avantages potentiels. Ils prennent moins de temps et peuvent être une méthode peu coûteuse utile pour obtenir des mesures répétées d'insight au cours de la maladie. De plus, avec les méthodes d'auto-évaluation, le biais de réponse du patient qui pourrait résulter des influences sociales de l'interaction patient-clinicien est éliminé. Ajoutons à cela que d'autres biais, tels que la tendance à évaluer les patients ayant une intelligence inférieure ou des compétences de communication plus faibles, sont évités.

Plusieurs questionnaires d'auto-évaluation ont été développés pour une utilisation dans les troubles psychotiques (14, 15, 23). Il est cependant intéressant d'étudier l'insight de manière Transdiagnostique (c'est à dire l'évaluation du changement de l'insight au fil du temps et de l'évolution de la maladie), l'échelle de l'insight de Birchwood semble être le questionnaire d'auto-évaluation actuellement disponible qui correspond le mieux à cette exigence.

2. Déroulement de l'étude

Pour qu'un outil psychométrique soit fonctionnel dans un pays, il faut non seulement le traduire de sa langue originale à celle qui est adaptée à ce pays, mais aussi l'adapter au contexte culturel. Ainsi, pour être validé, des chercheurs du monde entier ont tenté d'adapter la BIS en fonction du contexte socioculturel.

En s'appuyant sur les expériences antérieures, nous avons insisté sur l'identification des facteurs socioculturels et des paramètres qui influencent la compréhension et la perception des personnes. Nous avons veillé dans notre travail à ce que toutes les traductions soient identiques ou compatibles (même si cette tâche semble difficile). Nous sommes parvenus à ce qu'on ait la version en arabe dialectal marocain la plus proche, identique et compatible possible à la version originale. Nous avons veillé à adapter tous les termes utilisés dans l'échelle, et chercher leurs équivalents en arabe dialectal marocain.

L'importance de la contre-traduction, se résumait à la comparaison de la version consensuelle avec la version originale, et déceler les différences et les incohérences entre les deux versions, pour conclure à une traduction correcte, qui va être la plus proche possible de la version originale, tout en étant adaptée à notre contexte marocain. La dernière étape consistait à l'essai de cet outil. Notre échantillon a été assez riche et hétérogène. Aucun participant n'a eu de problèmes par rapport à la compréhension du questionnaire.

3. Apports et limites du travail

Notre travail, visant à valider et adapter l'échelle de Birchwood par rapport à notre contexte marocain, est le premier de son genre dans notre pays.

Le but essentiel de ce travail étant de permettre une mise en place d'un outil d'évaluation de l'insight.

Aucune échelle d'évaluation et de mesure de l'insight n'a été validée sur la population marocaine. L'outil utilisé dans ce travail était la BIS.

L'objectif final était de pouvoir proposer un outil d'évaluation adapté qui va servir dans l'évaluation de la relation entre l'insight et le consentement aux soins, l'observance thérapeutique, la cognition, ...etc.

Notre travail est certes une base importante pour la recherche dans notre contexte, permettant le recueil de résultats plus significatifs. Néanmoins, il demeure incomplet sans une validation quantitative. Celle-ci sera accomplie dans les mois prochains.

4. Perspectives du travail

Notre étude de validation qualitative de l'échelle de Birchwood sera suivie dans les prochains mois par une validation quantitative, afin de présenter aux praticiens une version en arabe dialectal marocain qui aura un intérêt majeur dans l'évaluation de l'insight, et de créer un support adapté culturellement qui va ouvrir la voie pour des recherches futures visant à traduire cet outil à d'autres langues courantes au Maroc tel que Soussi, Chelha, Hassani etc...

Le facteur linguistique est un paramètre essentiel dans notre travail, vu que l'arabe dialectal marocain est la langue la plus répandus au Maroc. Nous envisagerons de développer de multiples versions pour ne pas exclure certaines régions du Maroc, où l'arabe dialectal marocain n'est pas couramment utilisé.

Trois études seront réalisées, en parallèle avec la validation. Une première pour évaluer l'existence d'une éventuelle relation entre l'insight clinique et la cognition chez les patients schizophrènes. Une deuxième pour évaluer l'existence d'une éventuelle relation entre l'insight clinique et la cognition chez les patients bipolaires. Une troisième pour étudier et analyser les différents facteurs pouvant impacter l'insight chez les patients bipolaires et les patients schizophrènes.

IV. Conclusion

L'insight est un concept complexe sans définition unitaire. Il occupe une place centrale en psychiatrie par son implication dans divers troubles mentaux, en particulier psychotiques. Les facteurs qui influencent le phénomène d'insight comportent : le concept d'insight, le type d'outils de mesure utilisé et l'objet de l'insight. La BIS est proposée comme une mesure d'auto-évaluation rapide et acceptable de l'insight, fiable, valide et sensible aux différences et aux changements individuels. Elle peut trouver une application dans les enquêtes de recherche sur les soins aigus, la thérapie cognitivo-comportementale pour les hallucinations et les délires et peut-être comme méthode pour augmenter les jugements cliniques de perspicacité.

Notre étude visait en particulier à valider la BIS, dans sa composante qualitative, comme outil de dépistage de l'insight. Nous devons souligner que traduire les outils d'évaluation psychométrique est un véritable travail en soi. Parfois même surpassant d'autres recherches basées sur ces outils en termes de méthodologie, de rigueur scientifique, de temps et d'effort. Mais les fruits de ce genre de travail sont indéniables. La traduction de ces outils avec leur adaptation et leur validation dans un contexte socioculturel donné est la première étape de la recherche.

Notre étude de validation qualitative de l'échelle de Birchwood sera suivie dans les prochains mois par une validation quantitative, afin de présenter aux praticiens une version en arabe dialectal marocain.

V. RESUME

Le concept d'insight bénéficie d'un intérêt croissant. En effet, l'insight est impliqué dans l'observance thérapeutique, l'évolution, le pronostic et la qualité de vie des malades psychiatriques. Plusieurs instruments d'évaluation ont été créés pour mesurer l'insight. L'échelle de Birchwood « BIS » reste cependant un outil de référence. Validée par plusieurs équipes, elle a fait le sujet de plusieurs publications depuis sa création. L'idée d'une validation de cette échelle nous a donc semblé pertinente.

Ce travail vise à élaborer une validation qualitative de l'échelle de Birchwood, ainsi qu'une adaptation transculturelle.

On a procédé à la traduction et la contre-traduction de cet outil. Dans un premier temps, nous avons veillé à déterminer tous les termes qui n'ont pas d'équivalents dans notre contexte, et on les a remplacés par des termes ou expressions équivalents et qui sont plus adaptés à notre contexte marocain, en gardant toujours le même sens, et ainsi garder l'authenticité de l'outil.

L'étape suivante consistait à la comparaison et l'adaptation transculturelle de l'outil par rapport au contexte médical, et éliminer toutes ambiguïtés et incohérences des mots. L'importance de la contre-traduction, se résumait à la comparaison de la version consensuelle avec la version originale, et déceler les différences et les incohérences entre les deux versions, pour conclure à une traduction adéquate, qui va être le plus proche de la version originale, tout en étant adaptée à notre contexte marocain.

La dernière étape consistait à l'essai de cet outil. Notre échantillon a été assez riche et hétérogène. Parmi 20 personnes, aucun participant n'a eu de problèmes par rapport à la compréhension du questionnaire.

Tous ces paramètres, nous ont permis de créer un outil compréhensible, facile et adapté, et qui a eu un succès de 100 % lors de son test préliminaire. Ces résultats satisfaisants, nous ont mené à retenir notre version consensuelle en arabe dialectal marocain.

VI. ANNEXES

IS – (present)

Please read the following statements carefully and then tick the box which best applies to you.

	Agree	Disagree	Unsure
1. Some of the symptoms were made by my mind			
2. I am mentally well			
3. I do not need medication			
4. My stay in hospital was necessary			
5. The doctor is right in prescribing medication for me			
6. I do not need to be seen by a doctor or psychiatrist			
7. If someone said I had a nervous or mental illness then they would be right			
8. None of the unusual things I experienced are due to an illness			

Annexe 1 : Version originale de la BIS (Coding Schedule)

	Agree	Disagree	Unsure
1. Some of the symptoms were made by my mind	2	0	1
2. I am mentally well	0	2	1
3. I do not need medication	0	2	1
4. My stay in hospital was necessary	2	0	1
5. The doctor is right in prescribing medication for me	2	0	1
6. I do not need to be seen by a doctor or psychiatrist	0	2	1
7. If someone said I had a nervous or mental illness then they would be right	2	0	1
8. None of the unusual things I experienced are due to an illness	0	2	1

Maximum Score = 12 - Full insight

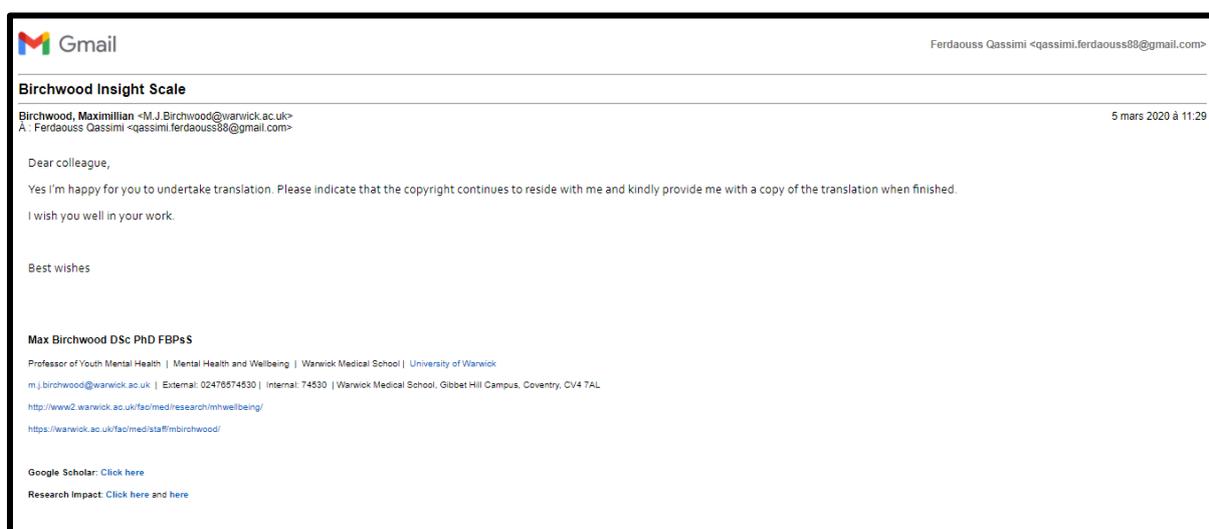
Minimum Score = 0 - No insight

(9 and above = good insight)

Subscales

Items		Possible Total
1, 8	Awareness of symptoms	4 (3 or 4 = good insight, 1 or 2 = poor insight)
2, 7	Awareness of illness	4 (3 or 4 = good insight, 1 or 2 = poor insight)
3, 4, 5, 6	Need for treatment (items need to be added and divided by 2)	4 (3 or 4 = good insight, 1 or 2 = poor insight)

Annexe 2 : Accord d'utilisation et de validation de la BIS



Annexe 3 : Version traduite de la BIS

مقياس الوعي بالصحة النفسية

من فضلكم قرا هاد العبارات أو من بعد وضع علامة فالخانة للي كتناسبك مزيان

ممتأكدش	معترض	متافق	
			1- شي اعراض كنت غي كنتخيلهم
			2- ما في حتي مرض نفسي
			3- ما خاصني حتي شي علاج بالدوا
			4- كان ضروري نعس فالسبيطار
			5- الطبيب عندو الحق ميني عطاني الدوا
			6- ما محتاجش يشوفني حتي شي طبيب أو مختص نفسي
			7- الى شي واحد كال بلي عندي الاعصاب أولا شي مرض عقلي راه عندو الحق
			8- كاع داكشي للي داز علي ما عندو حتي شي علاقة بالمرض

VII. RÉFÉRENCES

- (1) WHO (1973). Report of The International Pilot Study of Schizophrenia. World Health Organization: Geneva.
- (2) Sanz M., Constable G., Lopez-Ibor I., Kemp R., David A.S. A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables. *Psychol Med* 1998; 28:437-446
- (3) Marková IS. *Insight en psychiatrie*. Traduction Jaafari et al. Paris: Doin édition; 2009.
- (4) Jaafari N, Aouizerate B, Tignol J, et al. The Relationship between Insight and Uncertainty in Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychopathology* 2011;44:272–6.
- (5) McEvoy JP, Apperson LJ, Appelbaum PS, et al. Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *J Nerv Ment Dis* 1989;177:43–7.
- (6) David AS. To see ourselves as others see us. Aubrey Lewis's insight. *Br J Psychiatry* 1999;175:210–6.
- (7) Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1991;17:113–32.
- (8) Morgan KD, Dazzan P, Morgan C, et al. Insight, grey matter and cognitive function in first-onset psychosis. *Br J Psychiatry* 2010;197:141–8.
- (9) Paillot C, Ingrand P, Millet B, et al. Insight Study Group. French translation and validation of the Scale to assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD) in patients with schizophrenics. *Encéphale*. 2010;36:472–7.
- (10) Amador XF, Strauss DH. Poor insight in schizophrenia. *Psychiatr Q* 1993;64:305–18.
- (11) Carsky M, Selzer MA, Terkelsen K, et al. The PEH. A questionnaire to assess acknowledgment of psychiatric illness. *J Nerv Ment Dis* 1992;180:458–64.
- (12) Beck AT, Baruch E, Balter JM, et al. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res* 2004;68:319–29.
- (13) Marks KA, Fastenau PS, Lysaker PH, et al. Self-Appraisal of Illness Questionnaire (SAIQ): relationship to researcher-rated insight and neuropsychological function in schizophrenia.

Schizophr Res 2000;45:203–11.

- (14) Marková IS, Berrios GE. The assessment of insight in clinical psychiatry: a new scale. *Acta Psychiatr Scand* 1992;86:159–64.
- (15) Marková IS, Roberts KH, Gallagher C, et al. Assessment of insight in psychosis: a restandardization of a new scale. *Psychiatry Research* 2003;119:81–8.
- (16) Jaafari N, Daniel ML, Paillot C. Échelle d'autoévaluation de l'insight de Birchwood. Évaluation clinique standardisée en psychiatrie, par Guelfi. Paris: Pierre Fabre édition; 2011.
- (17) Riggs SE, Grant PM, Perivoliotis D, et al. Assessment of Cognitive Insight: A Qualitative Review. *Schizophr Bull* 2010 Aug 6.
- (18) Medalia A, Thysen J. Insight into neurocognitive dysfunction in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2008;34:1221–30.
- (19) Lysaker P, Bell M. Insight and cognitive impairment in schizophrenia. Performance on repeated administrations of the Wisconsin Card Sorting Test. *J Nerv Ment Dis* 1994;182:656– 60.
- (20) Goldstein RZ, Craig AD, Bechara A, et al. The neurocircuitry of impaired insight in drug addiction. *Trends Cogn Sci* 2009;13:372–80.
- (21) Gil R, Arroyo-Anllo EM, Ingrand P, et al. Self-consciousness and Alzheimer's disease. *Acta Neurol Scand* 2001.
- (22) Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS – for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13:261-76.
- (23) 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;89:62-7.
- (24) Cuesta MJ, Peralta V. Lack of insight in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1994;20:359-66.
- (25) Jin-Hyeok Jang, Nam-Young Lee, Yong-Sik Kim, and Sang-Won Park : Reliability and Validity of the Korean Version of the Birchwood Insight Scale. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2019;58(1):55-63
- (26) Roncone R., Tozzini C, Mazza M., De Risio A., Morosini PL.*, Casacchia M. : Validation of

the Italian version of the self-report Insight Scale. March 2003 *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 12(1):63-75

- (27) Büchmann CB, Pedersen G, Aminoff SR, Laskemoen JF, Barrett EA, Melle I, Lagerberg TV. Validity of the Birchwood insight scale in patients with schizophrenia spectrum- and bipolar disorders. *Psychiatry Res.* 2019 Feb;272:715-722.
- (28) Camprubi N, Almela A, Garre-Olmo J. Psychometric properties of the Spanish validation of the Insight Scale. *Actas Esp Psiquiatr.* 2008 Nov-Dec;36(6):323-30.