



**VALIDATION DE L'ECHELLE DE L'INSIGHT DE
BIRCHWOOD EN ARABE DIALECTAL MAROCAIN :
COMPOSANTE QUANTITATIVE ET ADAPTATION
TRANSCULTURELLE**

MEMOIRE PRESENTE PAR

Docteur Imane BENHAMMOU

Née le 03/11/1990 à Béni Mellal

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE SPECIALITE EN MEDECNE

OPTION : PSYCHIATRIE

Sous la direction de : Professeur AALOUANE Rachid

Session Juin 2022

PLAN

SOMMAIRE

INTRODUCTION :	7
A. Contexte	7
B. Problématique	7
C. Intérêt :	8
SECTION I : concept de l'insight	9
1- Modèles de l'insight :	9
1-1 Modèle psychologique de l'insight :	9
1.2. Modèle neuropsychologique :	11
2. Les outils d'évaluation de l'insight :	12
SECTION II : Validation qualitative de la BIS en arabe dialectal marocain	14
1. Etapes de validation :	14
Phase 1 : Traduction initiale de la langue originale à la langue cible	14
Phase 2 : Comparaison des deux versions traduites	14
Phase 3 : Contre-traduction de la version consensuelle	15
Phase 4 : Comparaison finale	15
2. Présentation des versions de la validation qualitative de la BIS en arabe dialectal	16
2.1 Première version de la BIS en arabe marocain dialectal (traducteur1)	16
2.2 Deuxième version de la BIS en arabe marocain dialectal (traducteur 2) :	17

2.3 Première contre-traduction de la BIS	18
2.4 Deuxième contre-traduction de la BIS :	19
3. Elaboration de la version finale de la BIS.....	20
SECTION III : validation quantitative du Bis en arabe dialectal marocain :	21
I. METHODOLOGIE :.....	21
1. L'échelle d'évaluation de l'insight de Birchwood	21
2. Type de l'étude :	22
3. Lieu :	22
4. Population d'étude :.....	22
5. Nombre de sujets nécessaire	23
6. Recueil des données :.....	23
6.1. Les données recueillies :	23
6.2. Modalités de recueil :	24
7. Démarche de l'enquêteur :	25
8. Aspects éthiques.....	25
9. Analyse statistique	26
9.1. Analyse descriptive	26
9.2. Propriétés psychométriques	26
II. RESULTATS :.....	30
1. Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude	30
2. Temps de passation.....	33

3. Description de l'échelle :	34
4. Paramètres de position et de variabilité des scores insight :	35
5. Fiabilité :	36
6. Validité :	36
III.DISCUSSION :	38
1. Argumentaire de l'étude :	38
2. Discussion du déroulement de l'étude :	39
3. Discussion des résultats constatés avec ceux de la littérature :	40
4. Apport et limites du travail :	41
5. .Perspectives du travail :	42
CONCLUSION	43
RESUME	44
BIBLIOGRAPHIE :	47

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

BIS : Birchwood Insight Scale

PANSS : Positive And Negative Syndrome Scale

SAI : Schedule for the Assessment of Insight

SUMD : The Scale to assess Unawareness in Mental Disorder)

INTRODUCTION :

A. Contexte :

Le concept d'insight est un phénomène mal compris. Auparavant, il était considéré comme une construction unitaire. Par la suite, on s'est rendu compte que l'insight est un concept multidimensionnel et continu, et qu'il y a plusieurs façons de le comprendre (1). C'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. Cependant, son application en recherche clinique et dans la prise en charge des patients est d'une importance capitale.

B. Problématique :

En médecine, la relation médecin malade a un impact important sur l'évaluation d'adhésion du patient aux soins. La capacité 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 incompetent, en partie à cause d'un faible insight(2).Le manque d'insight s'est avéré être un prédicteur important de résultats cliniques défavorables, de la non-observance du traitement et de l'augmentation des déficiences cognitives (3). 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 :

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 procéder à la validation quantitative de l'échelle BIS 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.

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.

SECTION I : concept de l'insight

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 (2).

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, l'insight somato-sensoriel est défini comme la capacité du patient à reconnaître ses sensations somesthésiques.

1– Modèles de l'insight :

1–1 Modèle psychologique de l'insight :

- Défense psychologique :

En 1920, Mayer-Gross a classé les stratégies de défense des patients atteints de schizophrénie en quatre catégories : déni de l'avenir, création d'une nouvelle vie après la maladie, déni de l'expérience psychotique et fusion de l'expérience psychotique en un nouvel ensemble d'expériences de vie. Ces catégories forment un continuum de défense qui aide le patient à s'adapter à son expérience anormale(4). Dans la catégorie du déni de l'avenir, on a observé que les patients niaient la possibilité d'événements futurs positifs. Dans la catégorie du déni de l'expérience psychotique, les patients n'ont généralement pas conscience des signes et des symptômes de la maladie. Il a également proposé que le degré de déni change au cours de la guérison. Mc Glashan et

Carpenter (5) dans leur revue de la littérature ont trouvé la relation entre la dépression post psychotique (PPD) et le déni dans la schizophrénie. Selon eux, la DPP est une étape du rétablissement après une psychose qui suit un état défensif plus "primitif" caractérisé par le déni ou qui précède la réintégration du déni psychotique. Ils partagent le point de vue selon lequel la DPP découle d'une diminution du déni défensif, ce qui permet au patient de prendre conscience de sa maladie.

- Modèles cognitifs :

Selon cette théorie, l'insight comprend les attributions ou les croyances relatives à la maladie mentale. Le manque d'insight dans la schizophrénie peut être le résultat d'une utilisation excessive de distorsions cognitives normalement adaptatives qui sont conçues pour protéger l'estime de soi. Selon Lewinsohn et al (6), les individus non déprimés manifestent des distorsions dans leur perception de soi et possèdent un halo de valorisation illusoire de soi.

- La théorie de la dissonance cognitive :

Cette théorie explique comment les patients gèrent les dilemmes lorsqu'ils tentent de réorienter leur concept de soi à la suite d'un épisode psychotique et par rapport aux stéréotypes de diagnostic et de pronostic (7,8) .

- Théorie de l'attribution :

Moore (9) décrit un changement de disposition dans lequel il y a un passage d'une attribution situationnelle à une attribution dispositionnelle, concernant le soi, qui se produit au fil du temps chez un

individu après un événement ou une expérience clé. Ainsi, les personnes accusent initialement des facteurs internes d'être à l'origine de la rupture, mais avec le temps, elles reconnaissent que des facteurs internes et personnels sont pertinents. Ce phénomène est appelé "engloutissement" lorsqu'il devient excessif et comme "intégration" lorsqu'il est adaptatif

1.2. Modèle neuropsychologique :

- Anosognosie :

L'anosognosie, qui est la méconnaissance de la maladie dans les troubles neurologiques, ressemble fortement au manque d'intuition dans la schizophrénie. Les patients anosognosiques ont un manque de connaissance et de conscience de la maladie. Plusieurs termes ont été utilisés pour désigner l'anosognosie, notamment manque d'intuition, imperfections de la maladie, déni de la maladie et répression organique.

Galin (10) en 1974 a proposé qu'il existe des différences entre les deux hémisphères dans les réactions affectives et les stratégies d'adaptation qui apparaissent après une lésion cérébrale. Le déni de la maladie était le plus souvent observé à la suite de lésions droites et les réactions dépressives étaient le plus souvent observées à la suite de lésions gauches. Selon Stuss et Benson (12), les déficits de conscience ont en commun une incapacité à s'autocontrôler ou à s'autocorriger et une fonction préfrontale intacte est nécessaire à la conscience de soi. Le déficit de l'auto surveillance et de l'autocorrection se traduit par une déficience générale du test de réalité. Bien que l'atteinte du lobe frontal n'ait pas été démontrée dans la plupart des

troubles de la conscience, on peut avancer qu'il existe une perturbation fonctionnelle.

- Déficit du lobe frontal :

Les anomalies neuro-anatomiques sont maintenant bien documentées dans la schizophrénie. Des régions cérébrales spécifiques ont été impliquées dans le phénomène de manque d'insight. Certaines de ces anomalies, telles que la diminution du volume cérébral, la réduction du volume de l'hippocampe, l'élargissement des ventricules, la réduction de la neurophilie du cortex préfrontal dorsolatéral, c'est-à-dire du tissu synaptique, ont été mises en évidence entre les axones et la réduction et la désorganisation globales des synapses pourraient être une fonction unique de la schizophrénie plutôt que le simple reflet des symptômes (12).

2. Les outils d'évaluation de l'insight :

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 » (13). Depuis les années 1990, l'insight est évalué de manière multidimensionnelle. David (14), 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. 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. Birchwood et collaborateurs en 1994 ont mis en place une version d'autoévaluation de cette échelle (Birchwood insight scale). Pour leur part, Amador (14,15, 16) 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 et évalue les dimensions suivantes : conscience de la maladie, conscience des symptômes, conscience de la nécessité d'un traitement, conscience des conséquences sociales et capacité du patient à attribuer une cause à la maladie ou aux symptômes (2) .

SECTION II : Validation qualitative de la BIS en arabe dialectal marocain

La validation qualitative du BIS a fait l'objet de sujet de mémoire de Dr Qassimi Ferdaouss pour l'obtention du diplôme de spécialité en psychiatrie, en collaboration avec le service de psychiatrie du om HASSAN II de Fès et le laboratoire d'épidémiologie de la Faculté de Medecine de Fès. L'adaptation transculturelle du questionnaire du BIS a été réalisée en quatre dialectes étapes.

1. Etapes de validation :

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 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.

Phase 2 : Comparaison des deux versions traduites

La 2ème 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.

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.

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 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.

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.

2. Présentation des versions de la validation qualitative de la BIS en arabe dialectal.

2.1 Première version de la BIS en arabe marocain dialectal (traducteur1)

	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	الى 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

2.2 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 نعرس فالسيطار
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 الشي لي حسيت بيه ما عندو علاقة بالمرض

2.3 Première contre-traduction de la BIS

Traducteur 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 فالسيطار
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

2.4 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 حتي 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 حتي 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 أولا شي مرض عقلي راه عندو الحق
Whatever I went through has nothing to do with the illness	كاع داكشي للي داز علي ما عندو حتي شي علاقة بالمرض

3. Elaboration de la version finale de la BIS

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 نعس فالسيطار
			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

SECTION III : validation quantitative du Bis en arabe dialectal marocain :

Dans notre étude, nous visons à évaluer la fiabilité et tester l'applicabilité Bis dans l'environnement de soins de santé marocain. Ce travail est le fruit de la collaboration du service de psychiatrie du CHUHASSAN II de Fès et du laboratoire d'épidémiologie, recherche clinique et santé communautaire de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès.

I. Méthodologie :

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

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.

L'échelle d'évaluation d'insight de birchwood a été traduite pour être utilisée en : – Coréen – Italien – Norvégien – Espagnol – 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. 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 ($r = 0,598-0,98$) (18, 19, 20,21).

2. Type de l'étude :

Notre travail porte sur la description et l'analyse des données recueillies, visant à l'élaboration d'une validation quantitative du BIS, ainsi qu'une adaptation transculturelle de ce dernier. Ceci rentre dans le cadre d'un projet plus vaste visant à adapter et valider la BIS comme outil de mesure de l'insight au Maroc.

3. Lieu :

L'échantillon de ce travail est constitué des patients suivis en ambulatoire ou hospitalisés dans les différents services de l'hôpital psychiatrique de Fès (service d'addictologie, services d'hospitalisation adulte homme et femme)

4. Population d'étude :

–Critères d'inclusion : Tous les patients entre 20et 70 ans ayant un trouble mental retenu selon les critères du DSM V.

–Critères d'exclusion : Les patients chez qui la symptomatologie était causée par une pathologie organique isolée, le retard mental, absence du consentement.

5. Nombre de sujets nécessaire

Le calcul de la taille de l'échantillon était basé sur la courbe de Streiner (26) qui permet d'estimer le nombre de sujets nécessaire selon le coefficient de fiabilité et le degré de précision souhaités. Pour un CCI de 0,70 et une précision de $\pm 0,10$, le nombre de sujets nécessaire était d'environ 120 sujets

6. Recueil des données :

6.1. Les données recueillies :

– Des données démographiques et cliniques ont été recueillies :

- Date de recueil des données :
- Médecin :
- Lieu de recrutement
- Numéro de dossier
- Numéro de téléphone
- Nom et prénom du patient
- Sexe
- Âge
- Statut matrimonial
- Nombre d'enfant
- Milieu : urbain ou rural
- Profession
- Niveau socioéconomique
- Niveau d'éducation
- Antécédents
- Données concernant l'évolution de la maladie :
- Age de début de la maladie

- ATCD familiaux de TB
- Durée de la maladie (années)
- Type du TB
- Type du premier épisode
- Type du dernier épisode
- Date de la première prise en charge médicale
- Intervalle entre début de la maladie et la première prise en charge médicale
- Nombre d'hospitalisations
- Durée d'hospitalisations
- Modes d'hospitalisation
- ATCD de symptômes psychotiques
- ATCD de TS
- Idéations suicidaires
- Pas de consommation
- Si consommation de toxiques

–Mesure de l'insight :

- L'échelle d'évaluation de l'insight de Birchwood

6.2. Modalités de recueil :

– Le recueil des informations a été fait au cours d'un entretien individuel dans une ambiance calme et respectant l'intimité du patient. Les données de l'interrogatoire ont été colligées sur des fiches d'exploitations préalablement établies dans le but d'analyser les caractéristiques épidémiologiques

– Le recueil a été réalisé par deux enquêteurs pour chaque patient :

-Enquêteur A : khawla SEKKAT.

-Enquêteur B : Imane BENHAMMOU

Deux passations faites par les deux enquêteurs à quelques minutes d'intervalle au cours d'un entretien dans une ambiance calme et respectant l'intimité du patient.

Un tiers des patients étaient revus dans 3 à 10 jours et ils ont bénéficiés d'une troisième passation, faite par un autre enquêteur, qui ne connaissait aucune des réponses données lors de la première et deuxième passation.

7. Démarche de l'enquêteur :

Avant d'entamer l'enquête, on a fait une réunion avec l'équipe de l'épidémiologie clinique pour l'estimation du nombre de sujets de l'échantillon ainsi que la validation du questionnaire. Une fois l'accord est obtenu, l'enquête est entamée :

Les évaluations ont été faites auprès des sujets, après les avoir mis en confiance, leur avoir expliqué l'objectif de l'étude, et obtenu leur consentement oral.

8. Aspects éthiques

Nous avons veillé tout au long de notre étude au respect de la confidentialité des données, et l'anonymat des patients.

9. Analyse statistique

9.1. Analyse descriptive

Une analyse descriptive de la population d'étude a été réalisée.

Le nombre et la répartition des données manquantes ont été examinés afin d'avoir une idée sur l'acceptabilité de l'échelle. La moyenne et l'écart-type des scores ont été calculés.

Le pourcentage des réponses aux modalités extrêmes de chaque dimension a été examiné afin de détecter la présence éventuelle d'effet plancher ou plafond. On considère qu'il y'a un tel effet si plus d'un tiers des patients répondent par la modalité la plus élevée ou la plus basse.

9.2. Propriétés psychométriques

Les principales propriétés psychométriques étudiées pour les différents questionnaires étudiés sont :

- Fiabilité

La fiabilité d'un outil est sa capacité à donner les mêmes résultats si on mesure plusieurs fois le même phénomène. Un outil est fiable s'il donne des résultats comparables dans des situations comparables. On distingue deux niveaux de fiabilité :

- Fiabilité interne (cohérence et homogénéité)

La fiabilité interne d'un test concerne sa capacité à mesurer un construit de manière cohérente. Le questionnaire ou les dimensions sont homogènes si les items qui les composent mesurent le même concept. En pratique, l'homogénéité est estimée par le coefficient alpha de Cronbach. Celui-ci

calculé de manière synthétique la moyenne des corrélations des réponses aux différentes questions mesurant une même dimension. Ce coefficient varie de 0 à 1. L'American Psychological Association considère un questionnaire comme homogène quand le coefficient alpha est supérieur à 0,7. Cependant, au-dessus de 0,9, on peut suspecter qu'il y'a redondance. La cohérence des items est vérifiée en calculant la corrélation entre la réponse à chaque item d'une dimension et le score de cette dimension calculé en omettant l'item puis la proportion des items pour lesquels la corrélation était supérieure à 0,40. Tous les items d'une même dimension doivent avoir à peu près la même corrélation avec leur dimension, l'item étant laissé de côté.

- Stabilité ou reproductibilité

C'est la capacité de l'échelle à fournir les mêmes résultats si elle est administrée dans des conditions semblables. Un outil de mesure est stable lorsque ses résultats ne sont pas sujets à des sources de variabilité externe. Parmi les sources de variation, il y'a la variabilité entre observateur, la variabilité intra-observateur, l'effet du temps, et l'effet des conditions d'utilisation de l'outil. L'évaluation de la stabilité consiste à appliquer l'outil de manière répétée, dans différentes circonstances qui seraient des sources potentielles de variabilité et d'estimer la concordance des résultats entre les différentes mesures.

En pratique, seules les variabilités inter et intra-observateurs sont souvent utilisées. L'étude de la stabilité consiste alors dans l'utilisation répétée de l'outil chez le même observateur (test/retest) et la répétition de la mesure par plusieurs observateurs (variabilité inter-observateur).

Dans notre étude, la mesure d'accord a été faite par le calcul du coefficient de corrélation intra-classe (CCI) dérivés d'une analyse de variance à effet aléatoire (27).

- Validité

C'est la capacité d'un instrument à mesurer le bon concept. Elle réfère au degré avec lequel un test « mesure ce qu'il est supposé mesurer ». Il existe divers type de validité

- Validité apparente

Permet de vérifier si, « à sa face même » un indicateur (un énoncé) est vraiment lié au concept qu'il prétend mesurer. Si en examinant la formulation de l'énoncé on pense que non, alors on a un problème de validité faciale. La vérification de la validité faciale est basée sur le jugement du chercheur ou d'experts dans le domaine. Il s'agit d'une approche subjective.

- Validité de contenu

Permet de vérifier si le domaine du concept est totalement cerné par les énoncés retenus. La vérification de la validité de contenu est, elle aussi, basée sur le jugement du chercheur ou d'experts.

- Validité de construit

Elle cherche à vérifier si un indicateur ou un énoncé est, sur le plan empirique, associé au construit auquel il est censé être lié. Autrement dit, c'est la capacité de l'outil à donner des résultats qui confirment les variations attendues selon les modèles théoriques du problème mesuré. L'évaluation de la validité de construit de l'outil se fait en établissant, sur une population test,

les associations prévues entre les résultats de l'outil de mesure et des variables sélectionnées, confirmant les hypothèses et théories sous-jacentes à la construction de l'outil.

Pour vérifier la validité de construit, on a vérifié la validité convergente et la validité discriminante. Il y a validité convergente si l'énoncé converge avec les autres énoncés associés au même construit (corrélations de l'item avec sa propre dimension > 0,40). Il y a validité discriminante si les énoncés qui sont censés mesurer des phénomènes différents sont faiblement «corrélés», la corrélation de l'item avec sa propre dimension doit être significativement plus élevée que celles avec les autres dimensions. La comparaison des coefficients de corrélations a été réalisée grâce à l'introduction de la transformation Zr donnée par

$$Z_r = \frac{1}{2} \ln \left(\frac{1 + r}{1 - r} \right)$$

Zr suit une loi normale de moyenne E(Zr) et de variance 1/(n-3). La comparaison des coefficients de corrélation revient à comparer les Zr à l'aide du test de Student.

- Validité de critère

Il s'agit de la capacité de l'outil à classer les sujets de la même manière qu'une autre mesure du même phénomène prise comme référence [27]

Les analyses ont été réalisées avec SPSS 17.0.

II. RESULTATS :

1. Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

Au total, 120 patients ont participé à l'étude, le recrutement était à partir de la consultation ou des patients hospitalisés dans les différents services de l'hôpital psychiatrique de Fès (service d'addictologie, services d'hospitalisation adulte homme et femme). Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques sont représentées dans le tableau 1

Parmi les patients, 83,3 % était de sexe masculin, 81,7% étaient âgés $\leq$ 40, plus que la moitié (70%) étaient Célibataires, 25,8 % étaient professionnellement actifs. La pathologie psychiatrique la plus fréquente chez cette population était la schizophrénie (50 %), suivis par le trouble bipolaire (33,3 %), et du trouble lié à l'usage de substance (16,7%).

40 patients ont été revus pour la troisième passation (test-retest).

Tableau1 : Données sociodémographiques (N=120)

Variables	Fréquence (Pourcentage)
Age	
≤ 40 ans	98(81,7)
> 40ans	22(18,3)
Sexe	
Homme	100(83,3)
Femme	20(16,7)
Statut matrimonial	
Célibataire	84(70)
Marié	20(16,7)
Divorcé/separé	16(13,3)
Présence d'enfant	
Oui	20(16,7)
Non	100(83,3)
Milieu	
Urbain	115(95,8)
Rural	5(4,2)
Profession	
Regulière	31(25,8)
Irrégulière	34(28,3)
Absente	55(45,8)
Niveau socio-économique	
<2000	89(74,2)
2000–5000	28(23,3)
5000–10000	2(1,7)
>10000	1(0,8)
Niveau d'éducation	
Analphabète	18(15,0)
Primaire	30(25,0)
Collège	34(28,3)
Lycée	23(19,2)
universitaire	15(12,5)
ATCD Med chirurgicaux	
Oui	15(12,5)
Non	105(87,5)
ATCD trouble psychiatrique	
Oui anciennement suivi	15(12,5)
Oui tjrs suivi	81(67,5)
Non	24(20,0)
ATCD tentative suicide	
Oui	27(22,5)
Non	93(77,5)
ATCD substance toxique	
Oui	78(65,0)
Non	42(35,0)
ATCD familiaux psy	
Oui	24(20,0)

Validation de l'échelle de l'insight de birchwood en arabe dialectal marocain :

Composante quantitative et adaptation transculturelle

Non	96(80,0)
ATCD judiciaire	
Oui	33(27,5)
Non	87(72,5)
ATCD évènement traumatisants	
Oui	35(29,2)
Non	85(70,8)
Consommation substance actuel	
Oui	75(62,5)
Non	45(37,5)
Tabac	
Oui	73(60,8)
Non	47(39,2)
Canabis	
Oui	52(43,3)
Non	68(56,7)
Alcool	
Oui	21(17,5)
Non	99(82,5)
Cocaine	
Oui	9(7,5)
Non	111(92,5)
Heroine	
Oui	6(5,0)
Non	114(95)
Autres substances	
Oui	18(15,0)
Non	102(85,0)
Age début maladie	
Avant 20ans	49(40,8)
Entre 20 et 30 ans	61(50,8)
Après 30 ans	10(8,3)
Nombre d'hospitalisation	
Jamais hospitalisé	11(9,2)
Déjà hospitalisé	109(90,8)
ATCD familiaux schizo / tble bipo	
Oui	23(19,2)
Non	97(80,8)
Type maladie	
Trouble bipolaire(1,2)	40(33,3)
Schizophrène	60(50)
Tus	20(16,7)
Episode actuel	
Dépression	8(6,7)
Manie	29(24,2)
Hypomanie	4(3,3)
Mixte	40(33,3)
Episode aigu	18(15,0)
Rémission partielle	1(0,8)
Rémission totale	20(16,7)

Validation de l'échelle de l'insight de birchwood en arabe dialectal marocain :

Composante quantitative et adaptation transculturelle

Idéation suicidaire	
Oui	44(36,7)
Non	76(63,3)
Traitement actuel	
AP	102(85)
TRG	14(11,7)
ADP	
ANX	4(3,3)
ECT	
AUTRES	
Traitement Antérieur	
AP	103(85,8)
TRG	6(5,0)
ADP	2(1,7)
ANX	9(7,5)
ECT	
Autres	
Observance thérapeutique	
Aucune	13(10,8)
Mauvaise	34(28,3)
Bonne	73(60,8)
Score insight	
Pas d'insight	5(4,2)
Très bon insight	115(95,8)

2. Temps de passation

La durée d'administration variait de :

- 5 à 7 minutes pour la 1ère passation
- 5 à 6 minutes pour la 2ème passation
- 5 à 6 minutes pour la 3ème passation

3. Description de l'échelle :

Tableau 2 : description de l'échelle

	D'accord	En désaccord	Incertain(e)
1. Certains des symptômes ont été créés par mon imagination	44(36,7%)	9(7,5%)	67(55,8%)
2. Je me sens psychologiquement bien	75(62,5%)	7(5,8%)	38(31,7%)
3. Je n'ai pas besoin de traitement médicamenteux	53(44,2%)	5(4,2%)	62(51,7%)
4. Mon séjour à l'hôpital était nécessaire	63(52,5%)	5(4,2%)	52(43,3%)
5. Le médecin a raison de me prescrire de traitement médicamenteux	16(13,3%)	1(0,8%)	103(85,8%)
6. Je n'ai pas besoin d'être vu(e) par un médecin ou un psychiatre	57(47,5%)	5(4,2%)	58(48,3%)
7. Si quelqu'un disait que j'avais une maladie nerveuse ou mentale il aurait raison	44(36,7%)	8(6,7%)	68(56,7%)
8. Aucune des choses inhabituelles que j'ai vécues n'est due à une maladie	54(45,0%)	10(8,3%)	56(46,7)

4. Paramètres de position et de variabilité des scores insight :

Les moyennes des scores des différentes dimensions du questionnaire BIS allaient de 1,89 à 6,46. La médiane est égale à 2 pour toutes les dimensions. L'effet plancher et l'effet plafond étaient notés pour l'item « conscience des symptômes» Tableau 3.

Tableau 3 : Paramètres de position et de variabilité des scores insight

	N	Mediane	Moyenne	Ecart type	Effet plancher(%)	Effet plafond(%)
Conscience des symptômes	120	2,00	2,21	1,40	18,3	28,3
Conscience de la maladie	120	2,00	1,89	1,44	26,7	22,5
Besoin de traitement	120	2,00	2,36	1,26	10,0	20,8
Score global Insight	120	6,00	6,46	3,08	4,2	5,8

5. Fiabilité :

- Homogénéité /Reproductibilité :

Le coefficient alpha de Cronbach pour la totalité du questionnaire est de 0,70

Tableau 4

Tableau 4 : Homogénéité et reproductibilité des dimensions du questionnaire

	Coefficient α de Cronbach	Reproductibilité CCI (IC 95%) Inter-observateur
Conscience des symptômes	0,85	0,74[0,65–0,81]
Conscience de la maladie	0,83	0,72[0,62–0,79]
Besoin de traitement	0,90	0,82[0,76–0,87]

6. Validité :

- Validité de construit :

Le tableau 5 montre que tous les items sont plus fortement corrélés à leur dimension qu'aux autres dimensions (Bonne validité discriminante). Toutes les corrélations étaient statistiquement.

Les corrélations des items avec leurs propres dimensions allaient de 0,62 à 0,77 ($> 0,40$), ce qui montre une bonne validité convergente

Tableau 6.

Tableau 5 : Matrice de corrélation des items avec les différentes dimensions

	Items	Conscience des symptômes	Conscience de la maladie	Besoin de traitement
Conscience des symptômes	Q1	0,73	-0,003	0,11
	Q8	0,74	0,33	0,38
Conscience de la maladie	Q2	0,25	0,76	0,48
	Q7	0,10	0,77	0,24
Besoin de traitement	Q3	0,16	0,42	0,77
	Q4	0,20	0,16	0,70
	Q5	0,18	0,37	0,62
	Q6	0,38	0,36	0,67

Tableau 6 : Validité convergente et validité discriminante des items

Dimensions	Etendu corrélation Validité convergente(Succès)	Etendu corrélation Validité discriminante (succès)
Conscience des symptômes	0,73 – 0,74(100%)	-0,003 – 0,38(100%)
Conscience de la maladie	0,76 – 0,77(100%)	0,10 – 0,48(100%)
Besoin de traitement	0,62 – 0,77(100%)	0,16 – 0,42(100%)

III.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 (25). La gérabilité de l'instrument et sa facilité d'utilisation dans la pratique courante suggère sa bonne diffusion.

1. Argumentaire de l'étude :

L'altération de l'insight est une caractéristique clinique commune à divers troubles mentaux graves, notamment la schizophrénie et le trouble bipolaire. Les études montrent des taux de prévalence variant de 30 à 80 % pour la schizophrénie. Moins de recherches ont été menées sur les individus atteints de trouble bipolaire (22).

La présence d'insight s'est avéré être un prédicteur important sur l'adhésion au traitement, à l'implication du patient pour les décisions cliniques (22).

L'utilisation de questionnaires d'auto-évaluation présente certains avantages potentiels par rapport au format évalué par l'observateur. Ils prennent moins de temps et peuvent être une méthode utile et peu coûteuse pour obtenir des mesures répétées de l'insight au cours de la maladie. En plus, avec les méthodes d'auto-évaluation, le biais de réponse du patient qui pourrait résulter des influences sociales de l'interaction patient-clinicien et les biais potentiels de l'observateur, tels que la tendance à évaluer les patients moins intelligents ou moins communicants, sont éliminés.

Plusieurs questionnaires d'auto-évaluation ont été développés (23,24 ,25) pour être utilisés dans les troubles psychotiques 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. Discussion du déroulement de l'étude :

Après avoir estimé le nombre de sujet nécessaire avec les épidémiologistes, l'enquête a pu être entamé. Les 120 sujets ont été interrogés un par un, de façon successive, après les avoir mis en confiance, leur avoir expliqué l'objectif de l'étude, et obtenu leur consentement oral.

Tous les sujets ont bénéficié de deux passations faites par deux enquêteurs à quelques minutes d'intervalle, au cours d'un entretien dans une ambiance calme et respectant l'intimité de l'enfant. Cependant, seul 1/3 des enfants recrutés a bénéficié d'une troisième passation, faite par un troisième enquêteur, qui ne connaissait aucune des réponses données lors de la première et deuxième passations.

3. Discussion des résultats constatés avec ceux de la littérature :

- Taille de l'échantillon :

Tableau 7. Comparaison de la taille de la population dans notre série et dans des études similaires

auteurs	année	Taille de l'échantillon
Notre étude	2022	120
Bakkalia et al (22)	2018	997
N Camprub (21)	2008	61
Rita Roncone et al (19)	2003	80
Birchwood et Al (25)	1994	30

- Sexe :

Tableau 8 : Comparaison de la répartition des patients en fonction du sexe dans notre série et dans des études similaires

Auteurs	Sexe masculin	Sexe féminin
Notre étude	83,3	16,7
Rita Roncone et al (19)	77,5	22,5
Birchwood et Al (25)	66,6	33,3

- Type de la maladie :

Tableau 9: Comparaison du type de la maladie notre série et dans des études similaires

Notre étude	- La schizophrénie : 60 patients - Le trouble bipolaire : 40 patients - Le trouble lié à l'usage de substance : 20 patients
Bakkalia et al (22)	- La schizophrénie : 557 patients -Le trouble bipolaire I : 282 patients -Le trouble bipolaire II : 138 patients
Rita Roncone et al (19)	-La schizophrénie : 80 patients

4. Apport et limites du travail :

À notre connaissance, la présente étude est la première de son genre dans notre pays à examiner la structure de l'IS chez les patients atteints de schizophrénie, trouble bipolaire, trouble lié à l'usage de substance depuis son développement initial. Elle vise à valider et adapter l'échelle de Birchwood par rapport à notre contexte marocain .Le but essentiel de ce travail étant de permettre une mise en place d'un outil d'évaluation de l'insight qui va servir dans l'évaluation de la relation entre l'insight et le consentement aux soins, l'observance thérapeutique, la cognition, ...etc.

D'après les résultats actuels, la validité et la généralisation des dimensions de l'IS à ces troubles ont été soutenues. Bien que l'IS semble remplir son objectif de manière satisfaisante dans sa forme actuelle.

Cependant, l'étude présente certaines limites. Tout d'abord, les patients participants avaient une longue durée de maladie, ce qui rend difficile la généralisation des résultats aux patients dont les troubles sont apparus récemment. Egalement, les différences entre les patients en phase aiguë et les patients stabilisés n'ont pas été étudiées.

5. .Perspectives du travail :

Notre étude de validation quantitative de l'échelle de Birchwood sera compléter dans les prochains mois en prenant en considération la phase de la maladie (phase aiguë ou la phase de rémission), 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 . 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.

CONCLUSION

L'IS est proposé comme une mesure d'auto-évaluation rapide et acceptable qui est fiable, valide et sensible aux différences et aux changements individuels. Il peut trouver une application dans les recherches sur les soins aigus, la thérapie cognitivo-comportementale pour les hallucinations et les illusions et peut-être comme méthode pour augmenter les jugements cliniques de l'insight.

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

RESUME

L'insight est considéré comme un concept multidimensionnel composé d'un certain nombre d'aspects distincts, mais qui se chevauche. Il est souvent définie comme la reconnaissance de la personne d'avoir une maladie mentale, l'observance du traitement et la capacité à ré étiqueter les événements mentaux inhabituels comme pathologique. Son évaluation dépend de plusieurs facteurs : le type d'échelle, la particularité de la pathologie et plus particulièrement l'expérience du clinicien .L'échelle de l'insight de Birchwood (BIS) est un instrument important qui a montré une grande utilité dans le domaine de la recherche en psychiatrie. Il trouve une application dans les enquêtes sur les soins aigus, la thérapie cognitive des symptômes psychotiques et comme méthode pour améliorer le jugement clinique de l'insight.

Ce travail vise à élaborer une validation quantitative de l'échelle de Birchwood, ainsi qu'une adaptation transculturelle. Le but principal étant de déterminer l'utilisation de la version arabe adaptée culturellement et validée en arabe dialectal marocain de la BIS afin de mettre en place un outil d'évaluation de l'insight en psychiatrie qui sera utilisé par les médecins dans leurs recherches scientifiques et leurs évaluations cliniques.

Notre travail a été réalisée au sein du service psychiatrique du centre hospitalier IBN El Hassan à Fès sur 120 patients (la schizophrénie : 60, le Trouble bipolaire : 40, le trouble lié à l'usage de substance : 20). L'échantillon de cette étude est constitué des patients entre 20 et 70 suivis en ambulatoire

ou hospitalisés dans les différents services de l'hôpital psychiatrique de Fès (service d'addictologie, services d'hospitalisation adulte homme et femme.

Le recueil des informations a été fait au cours d'un entretien individuel dans une ambiance calme et respectant l'intimité du patient. Les données de l'interrogatoire ont été colligées à travers :

–une fiche d'exploitation préalablement établie dans le but d'analyser les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents personnels et familiaux, ainsi que les éléments cliniques concernant le trouble mental et sa prise en charge thérapeutique

– l'échelle psychométrique de Birchwood : c'est une échelle psychométrique d'autoévaluation de l'insight .Elle est constituée de huit items, avec un score pouvant aller de 0 à 4 pour chaque dimension.

On a utilisé la validation qualitative de l'échelle de Birchwood en arabe dialectal marocain qui a fait l'objet de sujet de mémoire de DR Qassimi Ferdaouss pour l'obtention du diplôme de spécialité en médecine option : Psychiatrie, en collaboration avec le service de psychiatrie du CHU HASSAN II de Fès et le laboratoire d'épidémiologie de la Faculté de Médecine de Fès.

Deux passations ont été faites par deux enquêteurs à quelques minutes d'intervalle. Cependant, seul 1/3 des patients recrutés a bénéficié d'une troisième passation. La faisabilité, la validité convergente et la validité discriminante des items ont été calculées.

Les résultats actuels montrent la validité et la généralisation des dimensions de l'IS. L'alpha de Cronbach était de 0,70.

Notre étude de validation quantitative de l'échelle de Birchwood sera compléter dans les prochains mois en prenant en considération la phase de la maladie.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Chaudhury et al. INSIGHT IN PSYCHIATRY: A REVIEW. UNIVERSAL RESEARCH JOURNAL OF MEDICAL SCIENCES. Nov-Dec 2014
- 2 .Nematollah Jaafari, Pierre Marie Leblanc, Yassir El-Fairouqi, Issa Wassouf. Insight et capacité à consentir aux soins. Revue de Bioéthique de Nouvelle-Aquitaine, Espace de Réflexion Ethique Nouvelle-Aquitaine, 2021, pp.27-32.
3. T. Buchman-Wildbaum, E. Váradi, Á. Schmelowszky, The paradoxical role of insight in mental illness: The experience of stigma and shame in schizophrenia, mood disorders, and anxiety disorders, Archives of Psychiatric Nursing (2020)
4. Mayer-Gross W. (1920) Ueber die Stellungnahme zur abgelaufenen akuten Psychose. Zeitschrift für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie 60, 160-212. tel que cité dans Amador, XF et al, Insight and Psychosis, New York, Oxford University Press, 1998 ; pages 15-29
- 5.McGlashan, TH., Carpenter, WT. Dépression post- psychotique schizophrénie. Archives of General Psychiatry 1976 ; 33 : 231-239
6. Lewinsohn, PM., Mischel, W, Chaolain, W., et al. Social competence and depression : The role of illusory self perceptions ? Journal of Abnormal Psychology, 1980 ; 89, 203-212
- 7.Lally, SJ. Le fait d'être ici signifie-t-il qu'il y a quelque chose qui ne va pas chez moi ? Schizophrenia Bulletin, 1989 ; 15, 235-265.

8. Gaddes J., Mercer G, Frith, CD., et al. Prediction of outcome following a first episode of schizophrenia : a follow up study of North Wick Park First Episode Study Subjects. British Journal of Psychiatry, 1994 ; 165, 664–668.
9. Moore BS, et Sherrod DR. The dispositional shift in attribution over time. Express of Social Psychology, 1979 ; 15, 553–569
10. Galin D. Implications for psychiatry of left and right cerebral specialization : a neurophysiological context for unconscious process. Archives of General Psychiatry, 1974 ; 31, 572–583.
11. Struss DT., et Benson, DF. The frontal lobes. Raven press, New York, 1986. pp244.
12. Flashman, LA., Green, MF. Examen de la cognition et de la structure du cerveau dans la schizophrénie : profils, évolution longitudinale et effets du traitement. Psychiatric Clinics of North America, 2004 ; 27, 1–18.
13. Marková IS. Insight en psychiatrie. Traduction Jaafari et al. Paris: Doin édition; 2009.
14. David AS. To see ourselves as others see us. Aubrey Lewis's insight. Br J Psychiatry 1999;175:210–
15. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia. Schizophr Bull 1991;17:113–32.
16. 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.

- 17 .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
- 18.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
- 19 .Roncone R., Tozzini C, Mazza M., De Risio A., Morosini PL.*, Casacchia M. : Validation o the Italian version of the self–report Insight Scale. March 2003 *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 12(1):63–75
20. 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.
- 21.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
22. Camilla Bakkalia Buchmann , Geir Pedersen , Sofie Ragnhild Aminoff , Jannicke Fjæra Laskemoen , Elizabeth Ann Barrett , Ingrid Melle , Trine Vik Lagerberg. Validity of the Birchwood Insight Scale in patients with schizophrenia spectrum– and bipolar disorders. *Psychiatry Research* December 2018

23. Marková IS, Berrios GE. The assessment of insight in clinical psychiatry: a new scale. Acta

Psychiatr Scand 1992;86:159-64.

24. Marková IS, Roberts KH, Gallagher C, et al. Assessment of insight in psychosis: a standardization of a new scale. Psychiatry Research

2003;119:81-

25. 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

26. Khoudri I, Abidi K, Madani N, Zekraoui A, Zeggwagh AA, Aboukal R. Adaptation trans-culturelle et validation de la version arabe pour le Maroc de l'EuroQol-5 Dimensions (EQ-5D) en réanimation. 36e congrès de la SRLF. Paris 2008.

27. Shrout PE. Measurement reliability and agreement in psychiatry. Statistical Methods in Medical Research. 1998:301-17.