

REMERCIEMENTS

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

Merci d'avoir été un modèle à suivre.

Quand je considère tout, vous m'avez enseigné et réfléchi sur le genre de personne que vous êtes, intelligent, intéressant et engageant, positif, confiant mais sans prétention.

Je veux être come vous, bien informé et facile à comprendre. Vous pensez avec votre cœur aussi bien que votre tête, nous poussant ainsi doucement à faire de notre mieux, avec sensibilité et perspicacité.

Vous donnez votre temps, votre énergie et votre talent pour assurer le meilleur avenir pour chacun d'entre nous.

C'est grâce à vous Je me suis sentie meilleure et J'ai travaillé de tout mon cœur.

Vous avez su me soutenir, Je sais que ça n'a pas de prix. Du fond du cœur, je vous exprime toute ma reconnaissance.

*أسأل الله العظيم أن ينظر إليك وهو يباهي بك أمام ملائكته ويقول
(إني أحببت عبدي فأحبوه)*

*A NOTRE MAITRE et directrice de mémoire
MADAME LA PROFESSEURE
CHADYA AARAB
Professeur agrégée de psychiatrie
CHU HASSAN II – FES*

*Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à ma directrice de mémoire, Madame
CHADYA AARAB. Je la remercie de m'avoir encadré, orienté, aidé et conseillé.*

*Votre compétence, votre dynamisme et votre rigueur ont suscité en nous une
grande admiration et un profond respect.*

Vos qualités professionnelles et humaines nous servent d'exemple.

*Veillez croire à l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon grand
respect Pour votre encadrement et votre soutien durant ces années de formation*

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

Votre compétence, votre encadrement ont toujours suscité mon profond respect.

*Je vous remercie pour votre implication, vos conseils et votre acharnement à nous
transmettre votre grand savoir et votre expérience malgré la distance et la
situation pandémique*

Veillez trouvez ici, l'expression de mes gratitudee et de ma grande estime.

Chapeau bas cher professeur

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

De votre enseignement brillant et précieux, nous gardons les meilleurs souvenirs.

*Nous sommes toujours impressionnées par vos qualités humaines et
professionnelles.*

*Vous m'avez accordé beaucoup de votre temps précieux. Vous m'avez soutenue
par vos conseils et vos remarques pertinentes .*

Nous vous sommes reconnaissants de l'aide apportée tout au long de notre cursus

*Vos qualités pédagogiques et humaines sont pour moi un modèle. Votre
gentillesse, et votre disponibilité permanente ont toujours suscité mon admiration.*

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

Malgré quand on n'a pas eu la chance de se rencontrer en présentiel vu la situation pandémique. Votre gentillesse, votre encadrement ont toujours suscité mon profond respect.

On vous remercie Pour votre disponibilité, votre encadrement et la supervision de notre formation théorique à distance.

*A TOUS MES PROFESSEURS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET
DE PHARMACIE DE FES et à tous mes professeurs de l'hôpital militaire
Moulay Ismail à Meknès*

*Un mémoire est le fruit de plusieurs années d'études et je ne saurais oublier dans
mes dédicaces 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

Au bon dieu

Tout puissant

Qui m'a inspiré, qui ma guidé dans le bon chemin

Je vous dois ce que je suis devenue

Louanges et remerciements

Pour votre clémence et miséricorde.

A la mémoire de mon père feu

ABLKADER LAMGARI, qui n'a pas eu la chance de voir sa fille terminer ses études médicales.

Nous ne saurions jamais te remercier assez pour tes conseils pratiques, et ta bienveillance.

Ton soutien tant moral que matériel ne nous a jamais fait défaut.

Tu as toujours été soucieux de l'avenir de tes enfants.

Tu as cultivé en nous le travail honnête et bien fait, le respect des autres, la modestie et le courage.

Tu n'as ménagé aucun effort pour que nous soyons ce que nous sommes aujourd'hui.

Malgré ces énormes efforts que tu as consentis pour notre réussite, tu n'as pas pu récolter les fruits de la graine que tu as semée.

Que Dieu t'accorde sa miséricorde. Dors en paix.

(24) ...فَيَوْمَئِذٍ لَا يُعَذِّبُ عَذَابَهُ أَحَدٌ (25) وَلَا يُوثِقُ وَثَاقَهُ أَحَدٌ (26) يَا أَيَّتُهَا النَّفْسُ الْمُطْمَئِنَّةُ (27) ارْجِعِي إِلَىٰ رَبِّكِ رَاضِيَةً مَرْضِيَّةً (28) فَادْخُلِي فِي عِبَادِي (29) وَادْخُلِي جَنَّاتِي

Ma tendre mère, ma bien-aimée

ELKOUCH NEZHA

Ô très chère mère,

Telle une mer abondante de bonté inspirée par le Seigneur de la Générosité,

Combien tu m'as donné sans jamais rien demander,

Combien ai-je pris de toi sans donner,

*Tel un olivier qui avoir été maltraité laisse pour moi tomber ses fruits sans se
lasser,*

*Aujourd'hui rien qu'à t'évoquer mes larmes me tombent, il ne me reste plus qu'à
invoquer le Sublime de me pardonner et de te combler,*

*Te prendre dans mes bras, te révéler mon amour pour toi pour percevoir ton
sourire,*

*Fusse le signe d'une once de ton agrément,
M'est préférable à ce que la terre cache en son sein,*

Comme je t'aime si tu savais, comme je t'aime...

*O Majestueux je Vous demande de lui accorder Votre Pardon, de lui accorder,
venant de Vous, Votre Tendresse et Votre Indulgence car certes, Vous êtes le
Compatissant par Excellence. Amine..*

A mon très cher époux

ELMERYBETY MOHAMED

En témoignage de mon amour, de mon respect, de mon admiration et de ma grande affection.

Je te prie de trouver dans ce travail l'expression de mon estime et mon sincère attachement.

Je te remercie pour ton aide et ton soutien, merci encore une fois. Que Dieu garde et bénisse nos fruits KHALIL et CHAHD .

A mes très chers enfants KHALIL et CHAHD

Vos êtes ma plus belle histoire d'amour. Dès que je pose le regard sur vous, je sais pourquoi j'existe.

Je prie Dieu le tout puissant pour qu'il vous donne bonheur et prospérité. Je vous aime...

A MES SŒURS ET MES FRÈRE :

Je vous dédie cette thèse, en vous remerciant pour votre soutien. Que ce modeste travail soit le témoignage du grand amour que j'ai pour vous et l'expression de mes sentiments les plus profonds. Puisse ce travail être le reflet de notre fraternité sincère, et de nos beaux souvenirs communs. Je vous souhaite un avenir plein de bonheur et de prospérité.

A la famille ELMERYBETI

Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect le plus profond et mon affection la plus sincère.

TABLE DES MATIERES

VALIDATION DE L'ÉCHELLE DE L'EVALUATION DE MDRS-S EN ARABE DIALECTAL MAROCAIN : COMPOSANTE QUALITATIVE ET ADAPTATION TRANSCULTURELLE

Introduction	20
A. Différents contextes de la dépression.....	21
1 historique de la dépression	
3 cliniques de la dépression	
4 épidémiologies de la dépression	
B. Problématique	47
C. Intérêt.....	49
<u>SECTION I : Les outils d'évaluation psychométrique</u>	51
I. I. Utilisation clinique des outils d'évaluation de la dépression	52
1-Échelles d'hétéroévaluation.....	52
1-1Échelle de dépression de Hamilton (HDRS) (1960).....	52
1-2Échelle d'évaluation de Montgomery et Asberg (MADRS) (1979).....	52
1-3Diagramme de Rufin et Ferreri (HARD) (1984).....	52
1-4Échelles de ralentissement dépressif de Widlöcher et Jouvent (ERD).....	53
2-Instruments d'autoévaluation.....	53
2-1 Échelle de Beck et al. (Beck Depression Inventory [BDI]).....	53
2-2Échelle d'autoappréciation de la dépression de Zung (SDS).....	53
II-Description de l'instrument : version auto-passation (MADRS-S) et les données de validation	
1-Description de l'instrument	57
2-Les premières données de validation suédoises.....	58

<u>SECTION II : Validation qualitative de la MDRS-S en arabe dialectal marocain</u>	59
I. Définition d'une validation transculturelle	60
II. Objectifs :	61
III. Méthodologie	61
1. Type de l'étude	61
2. Contexte de validation	61
3. Déroulement de l'étude.....	62
4. Etapes de validation.....	62
4.1 Phase 1 : Traduction initiale de la langue originale à la langue cible	
4.2 Phase 2 : Comparaison des deux versions traduites	
4.3 Phase 3 : Contre-traduction de la version consensuelle	
4.4 Phase 4 : Comparaison finale	
IV. Résultats	64
1. Traduction de la version originale à l'arabe dialectal marocain	65
1.1 Versions traduites	72
1.2 Comparaison de la traduction des items	76
1.3 Version consensuelle de la traduction de la version originale à l'arabe dialectal marocain	86
2. Contre traduction de l'arabe dialectal marocain à la version originale	
2.1 Versions contre-traduites.....	90
3.2 Version consensuelle de la contre-traduction de l'arabe dialectal marocain à la version originale du MDRS-S	96
3. 3. Test préliminaire du MDRS-S.....	98

V. Discussion :	99
Conclusion	105
Résumé	107
Références	109

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CHU : centre hospitalier universitaire

MDRS : Échelle d'évaluation de Montgomery et Asberg

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

(HDRS) : Échelle de dépression de Hamilton

HARD : Diagramme de Rufin et Ferreri

ERD : Échelles de ralentissement dépressif de Widlöcher et Jouvent

[BDI]) : Échelle de Beck et al. (Beck Depression Inventory

SDS : Échelle d'autoappréciation de la dépression de Zung

QDA : Questionnaire de Pichot

HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale

HAMD : l'échelle de Hamilton

CGI : Clinical Global Impressions Scale

IPQ : Insight in Psychosis Questionnaire

BCIS : Beck Cognitive Insight Scale

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

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Les deux versions traduites de l'anglais en arabe dialectal marocain de MDRS-S

Tableau 2 : Version consensuelle de l'anglais en arabe dialectal marocain

Tableau 3 : Version consensuelle de la contre traduction de l'arabe dialectal marocain à la version originale du MDRS-S

INTRODUCTION

La dépression est une pathologie commune et un réel enjeu de santé publique. L'OMS (Organisation mondiale pour la Santé) estime que les troubles dépressifs représentent le 1er facteur de morbidité et d'incapacité sur le plan mondial (communiqué de mars 2017) ; ce qui correspond à plus de 300 millions de personnes dans le monde qui souffrent de dépression. La progression est majeure avec une augmentation de 18% entre 2005 et 2015.

Les épisodes dépressifs ont un retentissement important en termes d'état de santé, de qualité de vie du sujet et de son entourage et de coût pour la société. Les troubles dépressifs, dans leur ensemble, restent la principale cause de suicide.

Les recommandations de bonne pratique surlignent l'importance de prendre en compte l'intensité d'un syndrome dépressif afin de prendre en charge au mieux le patient (1) (2) (3) (4). Différentes études préconisent l'utilisation d'outils validés et standardisés (2) ; le recours à ces outils permettrait une prise en charge plus objective que l'appui sur la seule impression clinique (5).

A. Différents contextes de la dépression

1. Historique

La symptomatologie dépressive apparaît dès les origines, qu'il s'agisse du papyrus d'Eber, en Egypte, des Mythes babyloniens qui considéraient la vie outre-tombe comme l'idéal, ou, dans la Bible, des Malheurs de Job, forcément coupable puisque Dieu ne punit pas les innocents, du cri de Jérémie :

« Maudit soit le jour où je suis né », la mélancolie du Roi Saül et, bien sûr, l'Ecclésiaste : « Vanitas vanitatum omni est vanitas : tout n'est que malheur, oppression, abus, folie... ». [6]

Le Taedium Vitae ou fatigue de vivre, dès le Ier siècle avant J.C. frappe des esprits éclairés comme Lucrèce qui s'exclame : « L'homme est un malade qui ignore la cause de son mal ».

Le pessimisme grec imprègne les mythes fondateurs, les hommes étant nés des cendres des Titans, foudroyés par Zeus parce qu'ils avaient dévoré son fils Zagreus ; le péché originel déjà ! La Boîte de Pandore répand le malheur sur la Terre et Héraclite, qualifié de Misanthrope mélancolique par ses contemporains, déclare : « L'homme est fou lorsqu'il se dit heureux ! ». [6]

L'affect dépressif sera longtemps traité par une approche théologique. Il est diabolisé par l'Eglise, au Moyen-âge, pour lutter contre l'acédie qui affectait les moines en proie à l'ennui de la vie monastique. Saint François d'Assise en fait un péché contre Dieu puisqu'il représente un doute sur la Miséricorde divine et contre l'Eglise car il signifie que l'on ne croît pas au pouvoir intercesseur du clergé.

Saint Augustin promulgue l'interdit du suicide dont Saint Thomas d'Acquin fera un triple crime, contre Dieu, la Société et soi-même.

La Réforme Luthérienne poursuit cette condamnation en l'attribuant à l'oisiveté ; dans son livre qui inspirera Jérôme Bosch, « La Nef des Fous », Sébastien Brant écrivait : « Dieu châtie l'indolence et bénit le travail ». Au cours des Guerres de religions, protestants et catholiques s'accusent mutuellement d'être des doctrinaires du désespoir.

Le pessimisme Janséniste, qui imprègne le XVIIème siècle, en faisant peser sur les chrétiens le poids du péché originel fait de nous des criminels en attente du jugement dernier.

Le libre-arbitre, affirmé par les jésuites pour redonner l'espoir, n'est que de peu de secours puisqu'il s'accompagne d'un ascétisme décourageant.

D'une manière générale, le Christianisme, en ce qu'il représente le dégoût de la vie présente, incarne le Mal de vivre comme le souligne Chateaubriand dans le Génie du Christianisme. [6]

Les régimes athées se référant au marxisme poursuivront cette diabolisation ; on ne saurait être déprimé au paradis du communisme. D'ailleurs, les classifications psychiatriques de

certaines de ces pays n'intégreront que tardivement la dépression comme entité clinique. Comme le souligne Mircéa Eliade, [7]

le Marxisme est structuré comme une croyance religieuse avec le père fondateur, les livres sacrés, la révélation ou révolution, la promesse d'un au-delà par les sacrifices présents...

II. Données épidémiologiques

La dépression est une pathologie fréquente, notamment dans les pays occidentaux. La prévalence de l'épisode dépressif caractérisé, au cours de l'année 2010, dans le cadre du Baromètre santé de l'INPES, s'élève en France à 7,5 % parmi les 15-85 ans (8). Cette prévalence est deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes (10% versus 5.6%). Les raisons de cette différence ne sont pas clairement établies. Selon certains auteurs, le rôle social des femmes serait une des causes, tandis que pour d'autres, la dépression serait sous-diagnostiquée chez les hommes. Toujours selon le Baromètre santé 2010, le recours au soin pour cause de dépression est en nette amélioration. En 2005, 63% des personnes qui présentaient des troubles dépressifs n'avaient ni utilisé les services d'un organisme, ni consulté un professionnel de santé, ni suivi une psychothérapie. En 2010, le pourcentage a diminué à 39%. Ceci reste insuffisant car cela signifie que plus d'un tiers des personnes dépressives ne consultent pas. On estime que 5 à 20% des patients présentant un épisode dépressif caractérisé se suicident, ce qui correspond à 800 000 suicides chaque année dans le monde. A noter que le suicide est la 2ème cause de mortalité chez les 15-29 ans.

Morbidité dépressive

La morbidité ou prévalence ponctuelle de la dépression unipolaire en population générale est de 5 %, ce qui représente pour la France 3 millions de dépressifs. Le nouvel examen récent des grandes études nord-américaines effectuées en population générale, notamment l'étude ECA [9], précise que la prévalence à 1 an, pour les troubles de l'humeur, épisode dépressif majeur, dysthymie, trouble bipolaire, est de 5,1 % et non de 9,5 % notés dans les résultats précédents [10]. L'incidence vie entière est de 15 % constituant le risque dépressif

pendant la vie d'une personne. Les femmes sont 2 fois plus atteintes que les hommes de dépression franche, c'est-à-dire d'épisodes dépressifs majeurs ou caractérisés. La dépression unipolaire est un trouble fréquent et récidivant.

Dans les 2 ans suivant une première dépression, 50 % environ des patients récidivent et 75 % des patients ont des récurrences à plus ou moins long terme. Vingt pour cent des dépressions évoluent vers la dysthymie, c'est-à-dire une dépression d'intensité mineure, dont la durée dépassant 2 ans, entraîne un handicap social. La dysthymie a une prévalence en population générale de l'ordre de 3 % avec un ratio qui augmente en défaveur de la femme puisque la proportion (ou le ratio) atteint 2,5 à 3 femmes pour 1 homme au-delà de 60 ans [11-12]. La morbidité de la dépression du trouble bipolaire est de l'ordre de 1 % dans la population générale. Le sex-ratio est égal à 1, la parité entre femme et homme est retrouvée quels que soient le contexte culturel et le statut socioéconomique.

Morbidité et mortalité suicidaire

Si le suicide constitue le risque majeur vital des états dépressifs, il existe également un risque vital somatique, bien moindre cependant, dans les dépressions sévères, telle la mélancolie stuporeuse qui nécessite un traitement urgent. Les études relèvent de 120 000 à 150 000 tentatives de suicide annuelles en France dont 30 % sont liées à un état dépressif et 12 000 suicides dont 50 à 80 % sont accomplis par des patients dépressifs. Les femmes font 2 fois plus de tentatives que les hommes. Les hommes se suicident 2 fois plus que les femmes. Le suicide est la cause la plus fréquente de décès chez les jeunes entre 15 et 34 ans. Les patients déprimés ont un risque suicidaire multiplié par 30 par rapport à la population générale. Le suivi des patients qui souffrent de dépression sévère précise que 15 % décèdent par suicide et 10 % des suicides sont accomplis par des patients atteints de maladie maniacodépressive (trouble bipolaire). Le suivi des patients dépressifs et des suicidants, quelle que soit l'origine du passage à l'acte, s'inscrit dans une démarche de santé publique [13].

La prévention du suicide passe, entre autres approches, par l'évaluation des facteurs de risque, notamment la sévérité de la dépression et le degré du potentiel suicidaire, les éléments personnels et environnementaux dépressogènes et les facteurs de risque généraux qui sont plus élevés chez les hommes, les adultes jeunes, les célibataires, les personnes isolées, l'existence d'antécédents de tentatives de suicide personnelles ou familiales, les premières années des épisodes dépressifs et la prise de toxiques, notamment d'alcool [14].

Les sujets dépressifs consultent en médecine 3 fois plus que les sujets non dépressifs, ce qui devrait être mis à profit pour des dépistages précoces dont le taux augmente lorsque les praticiens ont suivi une formation spécifique. La qualité de vie des patients déprimés est inférieure, en excluant les maladies cardiovasculaires, à celle des autres maladies somatiques.

Données démographiques

L'influence de l'âge est retrouvée dans les tranches d'âge les plus touchées par un épisode dépressif majeur, c'est-à-dire chez le sujet jeune et chez l'adulte d'âge moyen (18-44 ans) en remarquant que la femme est davantage atteinte (4 %) que l'homme (2,3 %). Il en est de même pour la tranche d'âge 45-65 ans : femme 4,8 %, homme 1,9 %. Au-delà de 65 ans, l'écart est également noté chez la femme, 2,3 %, et chez l'homme, 1 %.

La prévalence des dysthymies s'élève de 18 à 64 ans chez la femme ; les épisodes dépressifs majeurs ont une prévalence plus élevée entre 25 et 35 ans chez la femme, puis diminuent au fur et à mesure que l'âge avance.

La dépression chez l'enfant est retrouvée avec une prévalence de l'ordre de 2 % dans la population générale. Si cette prévalence est plus élevée chez le garçon avant la puberté, en revanche, après celle-ci, le sex-ratio est comparable à celui de l'adulte, c'est-à-dire qu'on dénombre deux femmes dépressives pour un homme.

Le statut marital apparaît comme un statut social de protection relatif contre la dépression. Le taux de prévalence dépressive est plus élevé chez les couples séparés ou divorcés. Il se

retrouve également chez les veufs ou les veuves, ce qui, compte tenu de la plus grande longévité des femmes et de leur veuvage plus fréquent, explique une partie de la prévalence féminine plus élevée. Cependant les personnes qui ne se sont jamais mariées ont un taux de prévalence dépressive plus bas, ce qui témoigne vraisemblablement de l'interférence et du rôle des conflits conjugaux dans la survenue d'une dépression. Le statut socioéconomique a été controversé dans les dépressions unipolaires. L'étude ECA retrouve cependant une prévalence 3 fois supérieure de dépression caractérisée chez les personnes au chômage ou percevant une aide sociale de l'État que chez celles qui ont une activité professionnelle régulière ou qui sont économiquement autonomes. En revanche, la maladie maniacodépressive touche à parité les sujets, quel que soit leur statut socioéconomique.

III. Clinique de la dépression

3.1.Définitions

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit la dépression comme un « trouble mental courant, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration ».

3-2-Sémiologie du Syndrome dépressif typique

Comprenant les différents symptômes de la dépression, quelle que soit leur intensité.

Humeur dépressive

Elle constitue le trouble émotionnel le plus tangible d'un état dépressif et lui confère, par son intensité, son degré de sévérité.

Elle s'exprime sous différents aspects.

La tristesse pathologique marquée par un pessimisme à l'encontre de soi et du monde. Elle donne d'emblée une tonalité à la dépression : le découragement amplifie ce mal être, l'abattement le péjore, le désespoir l'aggrave. La douleur morale taraudante, persistante, incontrôlable, envahit les pensées que le patient soit réticent et « honteux » de son état ou qu'il se dise « déprimé » ou « las », « épuisé », « sans force », « à bout ».

Le désintérêt participe à l'incapacité d'anticipation, à l'absence de projet en un présent et un avenir définitivement sombre.

L'affectivité s'émousse, et le plaisir s'évanouit. Les situations agréables ne sont plus perçues comme telles : l'anhédonie dépressive s'installe. Cette perte de plaisir peut être perçue avec une conscience aiguë d'anesthésie affective qui engendre une souffrance extrême et souvent une culpabilité à l'égard des proches : « je ne sais plus aimer », « ma fille, mes petits-enfants ne m'intéressent plus ». Cette indifférence affective, cette

hypothymie culpabilisante qui est énoncée sur un ton monocorde, las, peut être remplacée par une hyperthymie douloureuse dont témoigne une sensibilité excessive avec pleurs réitérés face aux tracasseries habituelles de la vie quotidienne qui réactive et aiguise la douleur morale. Cette humeur dépressive, variable dans la journée, maximale le matin, apparaît d'emblée lors d'un réveil précoce réitéré. Elle teinte en sombre la journée à venir. Le patient, en proie à un pessimisme redoublé, envahi par une apathie exacerbée, « souffre le martyr » et, paradoxe évocateur, ce découragement matinal qui peut s'amplifier jusqu'au désarroi, lors d'une journée épuisante, s'améliore en « un léger mieux » transitoire, le soir.

L'humeur dépressive, la tristesse, le désintérêt, la perte de plaisir, peuvent être toutefois au second plan, masqués par une dysphorie avec une humeur irritable, irascible, qui peut être péjorée par des explosions de colère, d'agressivité sur un fond de lassitude et d'émoussement affectif.

L'anxiété, associée à la tristesse pathologique, participe au pronostic immédiat. Permanente, elle aggrave le pessimisme en l'infiltrant d'une crainte, d'une menace imminente. L'avenir, qui est déjà vécu comme sombre, peut alors être perçu comme étant sans issue, catastrophique. L'attente devient intolérable marquée par une hypervigilance, anxieuse, agitée qui remplace le ralentissement (dépression agitée). L'agitation est accrue par l'incapacité à se détendre physiquement : muscles tendus, boule dans la gorge, tension épigastrique, avec nausées et perturbation neurovégétatives telles que chaud-froid, précordialgies, céphalées. L'anxiété peut s'organiser en des symptômes phobiques, obsessionnels. Elle peut prendre l'allure d'un trouble panique.

Elle augmente ainsi le risque suicidaire. Il devient maximal lors des raptus anxieux où le patient, en proie à un désarroi majeur, ne voit que la mort comme seule issue à ses tourments.

L'anxiété est à évaluer avec précision. Elle est un des éléments majeurs du pronostic et doit être, lorsqu'elle est intense, réduite rapidement par les thérapeutiques.

Troubles cognitifs

Représentations cognitives

Elles témoignent du pessimisme au travers de distorsions de pensées dominées par la mésestime de soi : « je ne suis pas à la hauteur », « je n'ai pas les capacités nécessaires ». Cette dévalorisation peut s'accompagner d'un sentiment de culpabilité « je n'ai pas fait suffisamment d'efforts dans ma vie », « j'aurai dû travailler davantage ». Cette culpabilité s'amplifie : « je suis un poids pour ma famille », et devenir plus sévère lorsqu'elle s'exprime par des idées d'autoaccusations à dimension délirante: « j'ai mal agi », « je suis un incapable ».

À un degré de plus, ce sont des idées délirantes de culpabilité, d'incurabilité, de ruine qui caractérisent la forme dépressive, psychotique, délirante, appelée mélancolie.

Cette représentation pessimiste de soi s'accompagne souvent d'inquiétude corporelle majeure avec des préoccupations d'allure hypocondriaque ou d'idées délirantes hypocondriaques dans la mélancolie : estomac bouché, absence de sang dans les veines. Le pessimisme s'étend également au monde, passé et présent, péjoré, et au futur qui, incertain, est sans espoir, voire franchement catastrophique.

Cette vision désespérée du monde confronte le patient avec l'idée de mort. Quelle que soit l'intensité d'un état dépressif, l'évaluation du potentiel suicidaire est un moment important dans l'entretien avec un déprimé qui est toujours peu ou prou confronté à l'idée de mort, qu'elle soit ou non verbalisée. Il ne faut pas hésiter, avec subtilité, à envisager cette perspective et souvent le patient parle de ses « idées noires » avec un relatif soulagement d'avoir pu les aborder. Attitude qui ne constitue pas pour autant un signe rassurant pour le pronostic et ne doit pas retarder l'hospitalisation.

Le risque suicidaire est fonction du degré de sévérité de l'état dépressif, de l'importance de la dévalorisation, de la mésestime de soi, qui est maximale dans la mélancolie, de l'activité,

de la prégnance des idées de mort et du niveau de l'intentionnalité suicidaire, tous signes qui sont aggravés par l'intensité de l'anxiété.

Ainsi, l'idéation suicidaire est d'intensité variable. Interrogation sur l'intérêt de vivre « à quoi bon vivre dans ce monde ? », pensée récurrente de mort où l'interrogation initiale devient plus pressante avec l'idée d'un soulagement envisagé. Apparition d'une intentionnalité de se donner la mort si la situation actuelle se prolongeait. Intentionnalité d'un geste suicidaire avec réflexion sur les modalités possibles de passage à l'acte ultérieur. L'intention manifeste, verbalisée, persistante, de se donner la mort, avec réflexion sur ces possibilités de mise en oeuvre signe le risque imminent de passage à l'acte : les mesures d'urgence s'imposent..

L'échelle HARD (humeur, anxiété, ralentissement, danger) de

Rufin et Ferreri [15], permet, sur la symptomatologie dépressive, de calculer un indice suicidaire.

Il existe, outre l'intensité dépressive, des facteurs de risque qui aggravent le potentiel suicidaire :

- les antécédents suicidaires personnels et familiaux ;
- le degré d'impulsivité lié à la personnalité ;
- la prise de toxiques, notamment d'alcool qui abaisse la maîtrise de l'impulsivité ;
- les facteurs démographiques péjoratifs en particulier l'homme, l'adulte jeune, le célibat, les conflits relationnels, l'environnement dépressogène, l'isolement, le chômage, les difficultés économiques, l'absence d'aide, de recours.

Il faut souligner que le potentiel suicidaire peut rapidement varier dans le temps dans le sens d'une aggravation et qu'il existe des dépressions trompeuses qui retardent le diagnostic et la thérapeutique.

Distorsions cognitives

L'attention est réduite et la fatigabilité apparaît rapidement : la concentration décroît avec l'intensité et la durée de l'effort intellectuel [16].

La mémoire à court terme, c'est-à-dire la mémoire de travail, est perturbée par une distorsion des capacités attentionnelles, dirigée préférentiellement sur des éléments négatifs qui sont amplifiés au détriment des éléments positifs. La mémoire biographique se focalise sur les épisodes douloureux, dramatisés, au détriment d'épisodes heureux qui ne sont pas spontanément remémorés, voire récusés.

La pensée dépressive est une pensée contrainte, perturbée, marquée par le pessimisme de soi et du monde, témoignant à des degrés variables des interprétations erronées, péjoratives de la réalité. L'anxiété associée accroît les troubles cognitifs [17].

La diminution des ressources attentionnelles et la chute de performance en mémoire explicite ou déclarative caractérisent le profil cognitif du patient dépressif. Le phénomène de congruence de l'humeur entraîne un biais cognitif en faveur d'une remémorisation meilleure des souvenirs douloureux.

Les troubles de la mémoire sont souvent les premiers et derniers symptômes de la dépression, leur dépistage est important à réaliser.

Troubles conatifs

Ces représentations négatives s'accompagnent de troubles conatifs dominés par l'aboulie, caractérisés par un fléchissement des capacités d'effort, d'initiative, d'anticipation. Cette incapacité à terminer une tâche, à élaborer un projet, à se projeter dans un avenir possible, ressentie douloureusement, est caractéristique d'un état dépressif.

Ralentissement psychomoteur

D'emblée, il oriente le diagnostic dans la majorité des cas et est remplacé, dans 10 % des dépressions, par une subagitation

visible.

Ralentissement moteur

C'est un des signes caractéristiques de l'état dépressif marqué par un faciès peu expressif, donnant une impression de tristesse.

Les épaules sont voûtées, la démarche, la gestuelle sont ralenties.

La voix est lente, monocorde, affaiblie, suspendue par des pauses, des soupirs, témoignant de l'engourdissement de la pensée.

Le ralentissement moteur peut aller d'une lenteur modérée à la prostration, voire la catatonie.

Ralentissement psychique

Le patient se plaint de fatigue intellectuelle, avec difficulté à tenir l'effort lors d'une tâche, même simple, habituelle. Il a des difficultés à lire l'article de son quotidien, à regarder la télévision et ne peut effectuer des tâches complexes.

L'attention, la concentration, le jugement, demandent un effort important pour vaincre la lenteur des processus intellectuels.

Le déprimé est caractérisé par sa lenteur idéatoire, ses réponses retardées, courtes, soutenues par un effort tangible pénible, pour répondre aux questions [18, 19].

Signes somatiques

Ils sont engendrés par les perturbations psychobiologiques de la dépression et précèdent souvent l'installation des symptômes psychiques. Ils peuvent être prévalents et occulter alors les symptômes psychiques qui restent discrets, caractérisant la dépression dite masquée. Lors d'éventuelles récurrences dépressives, ils sont reconnus par le patient comme des symptômes annonciateurs et invitent à mettre en oeuvre ou à aménager la thérapeutique.

Asthénie

Elle est le symptôme le plus fréquent et souvent le plus précoce. Elle s'aggrave à l'effort qu'il soit psychique, lors d'activités intellectuelles ou relationnelles, ou physiques. Elle s'exprime subjectivement par une lassitude, une impression de fatigue psychique avec difficultés à trouver et à agencer ses idées, à faire des projets et, sur le plan physique, une impression de lourdeur musculaire qui peut aller jusqu'à l'épuisement.

L'asthénie s'accompagne de multiples plaintes, notamment douloureuses, qui, paradoxalement, peuvent s'améliorer de façon fugace à l'effort. L'ensemble de la symptomatologie s'améliore progressivement en cours de journée, pour être perçu comme un discret mieux, le soir.

Troubles du sommeil

Le sommeil est perturbé, non réparateur. Si la majorité des patients souffrent d'insomnie, 10 % environ se plaignent d'hypersomnie avec réveil tardif et sieste prolongée, sans qu'il y ait un effet réparateur sur la lassitude.

L'insomnie touche l'endormissement qui est difficile. Le patient anxieux rumine les mêmes faits de la journée, ne pouvant trouver un moment de détente musculaire et de calme psychique facilitant le sommeil. Au milieu de la nuit apparaissent des rêves pénibles engendrant des réendormissements difficiles ou impossibles, parfois des cauchemars avec réveil en sursaut. La fin de la nuit est interrompue par un réveil précoce avec impossibilité

de se rendormir, évocateur d'un trouble dépressif. Le patient, déjà fatigué, est d'emblée envahi par une douleur morale intense avec idées pessimistes réitérées, voire mortifères où l'anticipation de la journée n'est perçue qu'à travers un effort épuisant et une souffrance intense.

Les divers temps successifs du sommeil peuvent être perturbés, entraînant une dyssomnie mixte non réparatrice.

Le tracé du sommeil montre une avance de phase avec raccourcissement du temps de la latence de l'apparition du sommeil paradoxal, une réduction du sommeil lent profond qui est la phase réparatrice du sommeil, expliquant sans doute une partie de l'épuisement ressenti au réveil.

Troubles de l'appétit

L'appétit est dominé par une anorexie. Elle peut n'être qu'un désintérêt pour la nourriture mais recouvre le plus souvent un dégoût alimentaire avec perte de poids dont l'intensité est un facteur de gravité. L'hyperphagie est retrouvée chez 10 % des patients, caractérisée le plus souvent par des accès boulimiques lors de bouffées anxiodépressives que le patient tente ainsi de calmer.

Troubles sexuels

La réduction du désir sexuel, avec impuissance et frigidité, est habituelle à la période d'état. Au début, lors de l'installation de l'état dépressif, peut apparaître une lutte contre cet envahissement, marqué par une excitation sexuelle transitoire. La baisse de la libido doit être recherchée, elle est, avec l'insomnie et les troubles de la mémoire, un des symptômes les plus tardifs à disparaître.

Troubles urinaires Ils sont possibles avec pollakiurie, dysurie, miction impérieuse, brûlures à la miction qui apparaissent dans un contexte d'anxiété dépressive.

Troubles digestifs

Ils sont habituels, en particulier nausées, dysphagie, dyspepsie, lenteur de la digestion, ballonnements, qui s'accroissent lors des acmés anxieuses.

Troubles cardiovasculaires

Ils sont fréquents, notamment tachycardie, bouffée vasomotrice, oscillations tensionnelles témoignant d'une hyperactivité du système nerveux autonome chez les déprimés anxieux. En revanche, hypotension, bradycardie vagotonique, touchent préférentiellement les déprimés ralentis.

Troubles musculaires

La fatigue, l'épuisement musculaire, s'accompagnent de contractures, de crampes, de myalgies erratiques.

Troubles neurologiques

Les céphalées sont fréquentes avec sensation de vertiges. Les cénesthésies, les paresthésies sont possibles.

3-4-Formes cliniques

La sémiologie dépressive varie tant dans son évolution que dans son intensité, son expression sémiologique en fonction de la sévérité respective des symptômes qui engendrent de nombreuses formes cliniques décrites avec précision par différents auteurs. Il existe cependant des formes cliniques principales dont la description est consensuelle.

Formes évolutives

Dépressions récurrentes brèves

Elles sont caractérisées par la brièveté évolutive « dépression intermittente de 3 jours ». Comme le précisent en 1988, Angst [20, 21] et Montgomery en 1989 [22, 23] bien que la

sémiologie dépressive soit complète, cette brièveté ne permet pas de les classer dans les épisodes dépressifs majeurs qui doivent évoluer depuis au moins 15 jours . Les autres aspects sémiologiques caractéristiques sont la sévérité avec un haut potentiel suicidaire et les récurrences, un ou deux accès mensuels, qui provoquent un handicap socioprofessionnel important.

Ces dépressions brèves sont connues de longue date et reconnues par la psychiatrie française comme conséquence, le plus souvent, de difficultés relationnelles d'origine conflictuelle dans un contexte névrotique ou de troubles de la personnalité [24].

Dysthymie

La dysthymie, ou trouble dysthymique, est caractérisée par la présence d'une humeur dépressive dont l'intensité est modérée.

Son évolution est cependant handicapante [25-26]. L'intérêt de cette forme de dépression est d'éviter de poser de façon excessive le diagnostic de « personnalité dépressive » ou de « névrose dépressive » chez des patients présentant des symptômes communs aux pathologies de la personnalité et aux troubles dépressifs [27]. Deux sous-ensembles de troubles dysthymiques sont distingués par Akiskal [48] chez des patients présentant un trouble dysthymique et traités par antidépresseurs.

Dépression chronique

La dépression chronique correspond à un épisode dépressif dont la durée est égale ou supérieure à 2 ans.

Elle a été reconnue de longue date notamment par Cotard [29] dont le syndrome éponyme constitue à l'origine l'évolution chronique d'une mélancolie. Elle fut également décrite par Kraepelin.

Une forme fréquente est représentée par un épisode dépressif majeur dont la régression partielle se prolonge mais différentes formes cliniques de dépression, plus ou moins

résistantes aux thérapeutiques, peuvent devenir chroniques et être émaillées aussi d'épisodes dépressifs majeurs. La dysthymie est une forme particulière de dépression chronique.

Formes selon l'intensité

Formes légères

Elles sont caractérisées surtout par une asthénie physique et psychique avec des idées pessimistes qui permettent encore une activité professionnelle qui est toutefois réduite ou aménagée.

L'évolution vers l'aggravation est toujours possible et impose un traitement précoce.

Formes moyennes

Elles ont une intensité intermédiaire entre les formes légères et les formes sévères.

Formes sévères

Elles sont marquées par l'importance de la tristesse, de l'anhédonie, du désintérêt, avec des idées suicidaires actives et un retentissement social majeur avec une impossibilité d'accomplir l'activité professionnelle. La protection du patient s'impose par une hospitalisation en milieu spécialisé.

Formes symptomatiques

Elles se situent entre les deux pôles comportementaux de l'agitation et du ralentissement.

Dépression anxieuse, agitée

L'anxiété domine le tableau clinique, induisant une subagitation psychique et motrice désordonnée. L'hyperthymie douloureuse à l'environnement avec demande de réassurance s'effectue dans une quête relationnelle constante qui masque les éléments dépressifs. Ils réapparaissent furtivement lors d'une accalmie.

Le diagnostic est encore plus délicat lorsque existe une acmé anxieuse dont la symptomatologie se rapproche de celle d'une attaque de panique. Le risque de raptus suicidaire est majeur.

Certaines dépressions agitées se rapprochent des dépressions hostiles, des mélancolies anxieuses et des états mixtes.

Mélancolie anxieuse

Elle est caractérisée par l'importance de l'agitation anxieuse, associée à des idées suicidaires fréquentes. Le risque de passage à l'acte suicidaire est majeur dans un contexte de raptus anxieux. L'acmé anxieuse peut aussi entraîner une fugue « mélancolique », le plus souvent amnésique, aggravant le risque de geste autoagressif.

La mélancolie anxieuse impose une hospitalisation en urgence. La résistance habituelle aux antidépresseurs et le potentiel suicidaire élevé soulèvent l'indication d'une sismothérapie d'emblée.

Dépression hostile

Dans certaines dépressions agitées, l'irritabilité, l'opposition, l'agressivité, sont prévalentes dans la relation à autrui et donc entraînent des doléances de l'entourage affecté par ces troubles du comportement. Cet aspect reconnu de longue date par les cliniciens est sous-estimé dans les classifications internationales.

Si la fréquence des crises d'angoisse est reconnue de longue date lors des états dépressifs, des études récentes ont montré la fréquence des crises d'agressivité insuffisamment reconnue chez certains patients déprimés.

Dépression ralentie

À l'inverse de la dépression anxieuse, agitée, c'est le ralentissement qui domine le tableau clinique dans la dépression ralentie. Dans le registre psychique, la lenteur de la parole

corrobore le ralentissement des processus intellectuels et aggrave les troubles cognitifs, marqués par des perturbations de l'attention, de la mémoire, du jugement.

Dans le registre gestuel, le visage est peu mobile, associé à la rareté des gestes, et une démarche ralentie. La guérison de la dépression entraîne un retour à la normale et une reprise de l'activité intellectuelle et gestuelle avec la même vivacité qu'auparavant.

Mélancolie typique

Elle est caractérisée, dans sa forme ralentie typique, par :

- une douleur morale intense ;
- un ralentissement psychomoteur important.

L'anxiété intense, la tristesse, se lisent sur un visage figé, un front où est dessiné, entre les sourcils froncé, « l'oméga » mélancolique.

La voix est monotone, basse, faible, parfois à la limite de l'audible.

La démarche est lente, le dos voûté, la gestuelle rare, renforçant le sentiment d'accablement.

Le ralentissement psychique, déjà perçu par la parole affaiblie, s'exprime par la lenteur idéatoire obligeant le patient à un effort pour trouver les mots de ses tourments.

L'asthénie intense confirme l'extrême lassitude du visage.

L'aboulie restreint les actes de la vie quotidienne et lorsqu'elle est sévère, aboutit à une incurie.

La tristesse pathologique est profonde, l'anhédonie totale, le désintérêt global. Les propos désespérés sont autoaccusateurs et jugent négativement le monde.

Mélancolie délirante

Idées congruentes à l'humeur

La mélancolie typique que nous venons de décrire comporte des idées délirantes de culpabilité, d'indignité, d'incurabilité, de ruine, congruentes à l'humeur.

La mélancolie délirante comprend en outre une construction délirante également congruente à l'humeur dans 95 % des cas dont la thématique persécutrice peut s'accompagner d'hallucinations psychiques d'idées de possession avec automatisme mental, syndrome d'influence et idées perçues comme un châtement justifié pour toutes les fautes passées.

Les pensées sont anticipées, guidées, commentées, par un groupe qui torture à distance ou par des esprits maléfiques. Le patient est ensorcelé, possédé par le diable (démonopathie), habité par un animal monstrueux, repoussant (zoopathie) qui peut prendre la forme d'un loup (lycantropie).

Idées délirantes non congruentes à l'humeur

Elles recouvrent environ 5 % des mélancolies. Les idées de persécution ne sont plus en rapport avec l'idée de faute, de culpabilité, d'autoaccusation. Elles soulèvent le diagnostic de psychoses dissociatives en particulier avec la schizophrénie affective et les psychoses chroniques. Cette différenciation peut être difficile en fonction du contexte culturel qui influence la thématique délirante. La qualité des intervalles libres entre les accès sans signe résiduel est en faveur de l'accès mélancolique du trouble bipolaire. En revanche, la schizophrénie affective comporte des intervalles avec des troubles résiduels entre les accès.

Mélancolie stuporeuse

Le ralentissement psychomoteur peut être maximal aboutissant à l'immobilité, au mutisme, avec impossibilité de boire, de s'alimenter. Le visage figé, les yeux grands ouverts témoignent d'une anxiété majeure et d'un désarroi profond qui frappe et émeut

douloureusement l'entourage. Des phénomènes cataleptiques avec maintien des attitudes imposées, peuvent s'associer à cet état stuporeux réalisant la « catatonie mélancolique » qui est une pseudocatatonie où le phénomène de la « roue dentée » lors de la mobilisation du coude, signant le trouble extrapyramidal, est remplacé par le signe du « tuyau de plomb » ou « de la flexibilité cireuse » de la catatonie mélancolique.

Le pronostic vital est en jeu, la déshydratation est rapide. Le raptus suicidaire reste possible. Les soins somatiques et psychiatriques sont urgents.

Dépression mixte

Elle entre dans le cadre de la bipolarité et associe des troubles hypomaniaques, ou maniaques, et des symptômes dépressifs.

Plus souvent, existe un état d'agitation, qui peut être, dans certains cas, confondu avec un état dissociatif.

Dépression confuse

La confusion mentale domine le tableau clinique, marquée par une altération cognitive avec baisse de l'attention, de la concentration, de la mémoire et du jugement. La conscience est fluctuante, témoignant de l'obnubilation intellectuelle constante avec désorientation temporo-spatiale.

La perplexité anxieuse est habituelle. L'onirisme est inconstant.

La forme plus fréquente chez le sujet âgé s'observe chez le sujet jeune et pose de difficiles problèmes diagnostiques lors d'un premier épisode. La confusion est à considérer comme d'origine organique, jusqu'à preuve du contraire. Lorsque les examens complémentaires sont négatifs, le succès d'un traitement antidépresseur étaye le diagnostic d'un état dépressif.

L'existence d'éventuelles récurrences s'exprimant sur un même mode clinique oriente alors d'emblée le diagnostic, ce qui ne dispense pas d'effectuer les examens complémentaires simples pour éliminer une éventuelle cause organique comorbide qui peut toujours survenir.

Dépression saisonnière

La possibilité de récurrence dépressive, en fonction des saisons, est connue depuis l'Antiquité. En 1984, Rosenthal propose d'isoler le trouble affectif saisonnier [30]. Il touche essentiellement les femmes (86 %) à l'âge moyen (35 ans) avec début du trouble vers 26 ans.

L'épisode dépressif commence en octobre, novembre, et dure

3 à 4 mois, quand la luminosité saisonnière est minimale. Il survient sans événement stressant particulier, sans pathologie de la personnalité.

La dépression saisonnière est caractérisée par une sémiologie particulière :

- hyperphagie compulsive (66 %) avec « fringale sucrée » et prise de poids (2 à 5 kg) ;
- hypersomnie (97 %) : 9 à 10 heures de sommeil par jour sans effet récupérateur ou 2 heures de plus que la durée habituelle du sommeil ;
- le ralentissement est tangible, perçu par la patiente comme un engourdissement, une « hibernation », avec repli sur soi et manque d'initiative qui peuvent avoir des répercussions professionnelles.

La tristesse est modérée, marquée par une culpabilité liée à l'anhédonie et à l'hypoesthésie affective. Plus fréquente est la dysphorie avec une discrète irritabilité. La variabilité et l'atypicité

des symptômes ne facilitent pas le diagnostic.

Les explorations sont fréquentes en médecine générale, notamment quand on suspecte des anomalies thyroïdiennes [31].

Une vulnérabilité aux situations de stress et une certaine labilité émotionnelle, lors du syndrome prémenstruel, sont retrouvées par Praschak [32].

Le diagnostic de dépression saisonnière exige deux épisodes dépressifs majeurs au cours des 2 dernières années. Toutefois l'autonomie de cette dépression reste discutée : sur une durée de

5 à 8 ans, 40 % des patients ont des récurrences saisonnières, 40 % ont des récurrences aléatoires et leur symptomatologie se rapproche d'une dépression classique ; 20 % ne présentent pas de récurrence [33].

La survenue de la dépression ne semble pas liée à une différence de durée d'exposition à la lumière par rapport à un groupe témoin mais à une sensibilité anormale au synchroniseur représenté par la lumière, ce qui explique l'ampleur particulière des variations de la sécrétion de la mélatonine entre hiver et été.

Dépression atypique

La terminologie « dépression atypique » est utilisée en France pour qualifier des états dépressifs suspectés d'évoluer vers une schizophrénie et en constituant un mode d'entrée. Il est important de souligner que cette dénomination discutable est une position d'attente et qu'elle n'engage pas l'avenir : un état dépressif sévère peut s'accompagner de signes dissociatifs ou de symptômes d'allure déficitaire sans qu'ils aient une valeur

Dépression en fonction de l'âge

Dépression de l'enfant

l'humeur dépressive peut être remplacée chez l'enfant et d'adolescent par une irritabilité et il peut y avoir une absence d'augmentation de poids au lieu d'une perte.

Les classifications internationales identifient que les dépressions les plus sévères, retrait social, apathie, agitation, mésestime de soi, voire hallucinations.

Le trouble dysthymique dont l'évolution est supérieure ou égale à 2 ans est retrouvé. Il est constitué de symptômes prévalents en particulier irritabilité, colère, hyperphagie, sentiment d'être mal-aimé, au détriment de l'anhédonie et du retrait social. Le retentissement scolaire et relationnel familial est sévère.

La vulnérabilité et la dimension thymique de ces troubles du comportement sont éclairées par l'évolution psychoaffective de l'enfant dans une perspective dynamique en tenant compte des interactions avec le milieu.

La bipolarité serait sous-estimée avant la puberté, en faveur des troubles du comportement. Chez l'adulte bipolaire, des troubles de l'enfance sont retrouvés dans 80 % des cas [34].

Dépression de l'adolescent

Les manifestations dépressives de l'adolescent posent la question de leur statut. Est-ce un trouble sévère ou un mouvement dépressif inhérent au développement normal de l'adolescence et sans conséquence.

Actuellement, la dépression de l'adolescent est considérée comme un trouble sévère avec retentissement négatif sur la scolarité, les relations familiales ou amicales, associé à un risque accru de toxicomanie, de tentative de suicide et de récurrence dépressive.

Des enquêtes épidémiologiques auprès d'adultes déprimés ont révélé que bon nombre d'entre eux signalent l'apparition de leur premier épisode dépressif au cours de l'adolescence.

Du point de vue clinique, la dépression chez l'adolescent se rapproche de l'épisode dépressif majeur de l'adulte. Cette symptomatologie peut être toutefois remplacée par des troubles du comportement en particulier une irritabilité.

Chez l'adulte la prévalence ponctuelle est de 5 % en population générale. Elle apparaît plus élevée chez l'adolescent bien que variable selon les études (1,2 % à 9 %) et les critères retenus [34].

Outre l'épisode dépressif majeur, caractérisé, il est important, devant un changement du comportement, des difficultés scolaires et relationnelles, d'évoquer une possibilité de troubles de l'humeur.

Cependant, des difficultés demeurent. S'il existe une ressemblance

syndromique entre épisode dépressif majeur de l'adulte et de l'adolescent, il faut remarquer que chez l'adolescent, la dépression est le plus souvent atypique, c'est-à-dire avec hyperphagie et hypersomnie pouvant atteindre 64 % des cas, contre 15 % chez l'adulte. Il existe en outre une comorbidité anxieuse élevée dans plus de 50 % des cas chez l'adolescent, ainsi que des troubles de la personnalité fréquents, variables, selon les études [35].

Ces faits évoquent l'existence de caractéristiques cliniques spécifiques de la dépression de l'adolescent dont les études rigoureuses, récentes, sont encore incomplètes pour répondre à cette question. Ces particularités cliniques pourraient expliquer la faible réponse aux tricycliques et aux sérotoninergiques puisque tant la forme clinique atypique que l'anxiété importante et les troubles de la personnalité sont des facteurs défavorables à la réponse médicamenteuse.

Chez l'adolescent, l'indication psychothérapeutique et médicamenteuse, si nécessaire, mérite d'être mûrement réfléchi par un spécialiste qui tient compte du cas singulier de chaque adolescent et de sa psychopathologie éclairée par les relations familiales et environnementales.

Dépression du sujet âgé

Les études des troubles dépressifs en population générale, chez le sujet âgé ayant plus de 65 ans, ont précisé que la prévalence de l'épisode dépressif majeur est de l'ordre de 2 % et

donc que cette pathologie est 2 à 3 fois moins fréquente que chez l'adulte jeune [36]. Cependant, il existe des syndromes dépressifs ou des dépressions mineures, souvent méconnues qui créent des handicaps sociaux aussi importants que ceux d'un épisode dépressif majeur. Ces épisodes dépressifs de l'âge sont évalués par des instruments spécifiques telle l'échelle Comprehensive Assessment And Referral Evaluation (CARE) et sainsstrument retrouve environ 13 % d'états dépressifs chez le sujet âgé dans la population générale de New York et Londres [37], pourcentage que confirme l'étude EURO-DEP dans les différents pays européens avec cependant des variations selon les pays [38].

Les études en soins primaires [39, 40] regroupant des patients à la morbidité accrue, souffrant de maladies somatiques ou qui consultent un généraliste pour troubles psychiques, situent la prévalence ponctuelle des états dépressifs chez le sujet âgé, en médecine générale, à environ 24 % dont 10 % d'épisodes dépressifs majeurs. Outre l'épisode dépressif majeur, caractérisé, des formes dépressives sont plus fréquemment rencontrées :

- la dépression masquée, hypocondriaque ;
- la dépression anxieuse ;
- la dépression pseudo-déméntielle, caractérisée par un affaiblissement intellectuel transitoire dont l'apparition récente fait évoquer une pathologie thymique. Le succès d'un traitement médicamenteux d'épreuve étaye en partie cette hypothèse ;
- la dépression délirante dont la forme la plus fréquente est le délire de préjudice centré sur des héritages convoités, des vols d'argent ou d'objets perpétrés par la famille, des proches ou par des voisins malveillants. Ce délire à dimension paranoïaque peut s'accompagner de phénomènes hallucinatoires, émaillés de quérulence et de revendications volontiers injurieuses, et parfois de variations de la vigilance avec confusion transitoire ;
- la dépression hostile, caractérisée par des troubles caractériels avec irritabilité et harcèlement de l'entourage pour obtenir des aides immédiates. Elle est souvent inaugurée par une anxiété soit de type agoraphobique avec incapacité de sortir seul, soit l'apparition

d'une phobie subite à l'idée de rester seul ou, lorsque le sujet âgé est seul, l'apparition brutale d'un trouble d'allure panique dont le cortège de troubles somatiques alarme le patient et la famille.

PROBLÉMATIQUE

Problématique

Le MADRS avait déjà été validé dans des études pour mesurer l'efficacité des antidépresseurs (Khan et al., 2002, 2004). Malgré la disponibilité depuis 1994 de l'échelle MADRS-S en version anglaise, sa performance en ce qui concerne ses capacités à mesurer les changements dans le cadre d'études sur l'efficacité des antidépresseurs a été peu documentée (Svanborg et Asberg, 2001). Ce n'est qu'en 2005 que des études ont été réalisées en version anglaise dans ce sens (Moore et al., 2005) puis en 2009 (Fantino & Moore, 2009). L'étude de Fantino et Moore, en étudiant les différents paramètres (validité, acceptabilité, fiabilité, sensibilité au changement) concluent que le MADRS-S (en version anglaise) possède des propriétés psychométriques fiables. Cunningham et al. (2011) parviennent à la même conclusion.

Le MADRS-S en version anglaise peut donc être utilisée dans l'évaluation de l'efficacité d'un traitement antidépresseur et a son utilité dans le développement de nouvelles molécules. Elle est complémentaire au MADRS, mais non redondant ; dans ce contexte, Fantino et Moore (2009) suggèrent tout de même l'utilisation concomitante des deux échelles au cours des essais thérapeutiques des nouvelles molécules antidépresseurs. Pour eux, l'utilisation du MADRS-S permet aussi d'améliorer la compliance des patients au traitement médicamenteux.

Après avoir obtenu l'accord des concepteurs du MADRS-S, Svanborg et Asberg, nous avons entrepris l'étude de validation de l'échelle de MADRS-S en arabe dialectal marocain, à partir de la version anglaise, travail jamais effectué jusqu'ici.

INTÉRÊT

Intérêt

Les échelles d'auto-évaluation des symptômes dépressifs, occupent une place très importante en pratique et en recherche clinique, en raison de leur côté économique.

Le MADRS-S est la version d'auto-évaluation de l'échelle MADRS. Le MADRS-S a été publié en 1994 (Svanborg et Asberg, 1994). Tout comme le MADRS, cette version en auto-passation a été développée pour mesurer le degré de sévérité de symptômes dépressifs en cours de traitement.

Le but de ce travail est de décrire le MADRS-S, son intérêt et les modalités de sa passation ; faire une revue de littérature sur sa validité et sa fiabilité en tant que test diagnostique de la sévérité de la dépression ; et procéder à sa validation qualitative à l'arabe dialectale marocain, et son adaptation à notre contexte socio-culturel.

Ce projet de traduction du MADRS-S à l'arabe dialectal marocain vise l'amélioration de la pratique clinique et la recherche scientifique dans le domaine de la dépression. La traduction, l'adaptation et la validation de l'échelle de MADRS-S en arabe dialectale marocaine 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 :

Les outils d'évaluation **psychométrique**

L'hétéroévaluation de l'intensité dépressive est effectuée par un observateur et l'autoévaluation est faite par le patient à l'aide d'échelles spécifiques. Elles permettent le suivi évolutif symptomatique par un score chiffré [41, 42].

I. Utilisation clinique des outils d'évaluation de la dépression

1-Échelles d'hétéroévaluation

Échelle de dépression de Hamilton (HDRS) (1960) [10]

Il existe trois versions, 17, 23 et 26 items. Elle est bien corrélée au jugement clinique, à l'exception des formes sévères. Elle est saturée en items anxieux. Son emploi est délicat en pratique médicale courante compte tenu de l'absence de définitions graduées de chaque item. Le score total permet de distinguer (note inférieure à 7) l'absence de symptômes dépressifs ou une régression complète. De 8 à 15 : dépression mineure, régression partielle. Au-delà de 15 : dépression sévère.

Échelle d'évaluation de Montgomery et Asberg (MADRS) (1979) [11]

Elle est constituée de 10 items et a été élaborée pour être sensible au changement. Elle étudie de façon succincte le ralentissement. Les items sont gradués de 0 à 6.

Diagramme de Rufin et Ferreri (HARD) (1984) [43]

Il est constitué de 12 items répartis en quatre pôles comprenant trois items. Cette répartition factorielle est confirmée par les études statistiques [44]. Les scores des pôles H (humeur), A (angoisse), R (ralentissement), D (danger) :

- visualisent différentes formes de dépression ;
- permettent le calcul d'un indice suicidaire ;
- décrivent le profil pharmacologique de l'antidépresseur prescrit. Dépression moyenne : score 18 à 34 ;

dépression forte : 35 à 49 ;

dépression sévère : 50 à 72.

[Échelles de ralentissement dépressif de Widlöcher et Jouvent \(ERD\) \[45\]](#)

Échelle dimensionnelle, elle est construite pour explorer les différents aspects du ralentissement psychomoteur à partir de 15 items, cotés de 0 à 4, et un item hors échelle.

2-Instruments d'autoévaluation

[Échelle de Beck et al. \(Beck Depression Inventory \[BDI\]\) \[46, 47\]](#) La version originale comprend 21 items (1962). Il existe une version abrégée de 13 items, la plus employée, développée à partir de 1972. Chaque item est représenté par quatre ou cinq affirmations que le patient choisit en fonction de son état. Des seuils sont proposés : absence d'état dépressif : 0 à 4 ;

dépression légère : 4 à 7 ;

dépression marquée : 8 à 15 ;

dépression sévère : 16 et plus.

[Échelle d'autoappréciation de la dépression de Zung \(SDS\) \[48\]](#) Elle comprend 20 items écrits à la première personne avec quatre réponses possibles. Hospital Anxiety and Depressive Scale (HAD) (Zigmond et Snaith) (1983) [49] L'HAD a été conçue pour diagnostiquer des troubles de l'humeur chez les patients hospitalisés pour des affections somatiques. Elle est constituée de deux sous-échelles de sept items, chacun pour l'évaluation des symptômes dépressifs et anxieux selon quatre degrés de sévérité. Le diagnostic état anxieux et dépressif est douteux entre 8 et 10 et certain à partir de 11.

Questionnaire de Pichot (QDA) [50]

Il existe deux versions, à 52 et 13 items. Les réponses sont binaires, vrai ou faux. Chaque réponse vraie compte un point. À partir de la note 7, l'existence d'une symptomatologie dépressive est probable.

II-Description de l'instrument : version hétéro (MADRS) et auto-passation (MADRS-S) et les données de validation

1 MADRS

Description de l'instrument

Le Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) est une échelle d'hétéro-évaluation de la sémiologie dépressive, extrait de la Comprehensive Psychiatric Rating Scale (CPRS) et conçue pour fournir une mesure sensible au changement de la sévérité de l'état dépressif, principalement durant un traitement pharmacologique avec antidépresseurs (Montgomery et Asberg, 1979). Elle est basée sur un entretien clinique pour lequel, selon Pellet (1987), il n'est pas proposé d'entretien structuré ou semi-structuré. Le cotateur peut, en outre, faire appel à toutes sources d'informations disponibles. La version française de la MADRS a été validée par Pellet et al. (1980). Au cours de l'entretien, des questions générales sur les symptômes et des questions plus détaillées permettent une évaluation précise de la sévérité de la dépression.

Le MADRS contient 10 items, chacun comportant une définition générale et six degrés de gravité. Chacun des items donne lieu à une cotation sur une échelle de 7 points de Likert (0-6). Ces 10 items concernent respectivement la tristesse apparente, la tristesse exprimée, la tension intérieure, le sommeil, l'appétit, la capacité de concentration, la lassitude, la perte de sentiments, le pessimisme et les idées suicidaires. Une définition est fournie respectivement pour les degrés 0, 2, 4 et 6, les points intermédiaires 1, 3 et 5 sont donc cotés par interpolation.

L'interviewer doit indiquer, sur l'échelle de sévérité en 7 points, le chiffre correspondant le mieux à l'état psychique du patient au cours de la semaine écoulée. La note globale est obtenue en additionnant les scores aux items (fourchette 0-60).

Selon Snaith (1986), les données normatives pour l'interprétation du score de MADRS sont : 0-6 « pas de dépression », 7-19 « dépression légère », 20-34 « dépression modérée », 35-60 « dépression sévère ». Pour sa part Pellet (1987) rapporte que la note seuil de dépression a été fixée à 15. Il rajoute qu'en ce qui concerne l'inclusion dans un essai thérapeutique, la note minimum recommandée est de 20-21. Pour Zimmerman et al. (2004 a, 2004 b), le score seuil pour une dépression légère est fixé à 9-10.

Etudes de validation

En ce qui concerne ses qualités psychométriques rapportées par Pellet (1987), cette échelle est courte et d'un emploi relativement facile. La spécificité du MADRS, lorsqu'étudiée par rapport à des sujets non déprimés et non ralentis, est excellente. Par ailleurs, cette échelle fournit un bon indice de gravité globale de la sémiologie dépressive et s'avère sensible aux changements. La cohérence interne est bonne et divers travaux portant sur sa structure factorielle, publiés ou non, parlent en faveur de l'existence d'un facteur général auquel tous les items sont bien corrélés. En ce qui concerne la fidélité inter-juge pour la note globale, le coefficient intra-classe de Fischer obtenu est bon. Une étude récente (Bunevicius et al., 2012) vient confirmer ces bonnes capacités psychométriques du MADRS. Cette étude porte sur 522 patients souffrant de coronaropathie admis au programme de réhabilitation cardiaque, et montre que le MADRS possède une bonne cohérence interne, sa validité concurrente avec d'autres échelles d'auto-évaluation de la dépression est bonne, telles que le BDI-II (Beck Depression Inventory-II) (Beck et al., 1996) et HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) (Zigmond and Snaith, 1983). L'unidimensionnalité du MADRS est également vérifiée à cette occasion. Le MADRS, comparativement à l'échelle de Hamilton (HAMD), possède une meilleure capacité à différencier les patients répondeurs et non répondeurs au traitement antidépresseur, de même qu'à distinguer des degrés variés de gravité de la symptomatologie. Ceci est dû au fait que le MADRS comprend moins d'items

somatiques, il est donc moins sensible aux effets secondaires des médicaments ou à des maladies physiques concomitantes (Tamako et al., 1992). La meilleure sensibilité du MADRS pour mesurer la réponse au traitement antidépresseur (Sentan et al., 2009) est liée à son unidimensionnalité alors que le HAMD est critiqué dans sa multidimensionalité (Bech et al., 1980 ; Moller, 2001). Le MADRS est largement utilisé dans l'évaluation de l'efficacité d'un traitement antidépresseur chez les patients psychiatriques (Montgomery, 1978 ; Zimmerman et al., 2004 a) et chez les patients avec des problèmes cardiaques (Angermann et al., 2007 ; Fraguas et al., 2009). D'autres études mentionnent la supériorité du MADRS sur l'échelle de Hamilton à 17 items (HAMD-17) en ce qui concerne la sensibilité au changement (Montgomery et Asberg, 1979 ; Montgomery et al., 1985 ; Peyre et al., 1989) et d'autres propriétés psychométriques (Maier et Philipp, 1985). La spécificité du MADRS à détecter la dépression chez les personnes âgées est démontrée, elle est supérieure à l'échelle SCDD (Cornell Scale for Depression Dementia) chez des patients souffrant ou non de démence à un stade léger (Knapskog et al., 2011). Au stade plus avancé de la démence, le MADRS n'est plus utilisable étant donné que les patients ne sont plus en mesure d'évaluer et de reporter eux-même leurs symptômes dépressifs (Knapskog et al., 2011). La supériorité de la spécificité du MADRS en comparaison au SCDD est établie chez les personnes âgées sans démence (Engedal et al., 2012). A noter que le SCDD est tout de même validé pour détecter la dépression chez les personnes âgées souffrant ou non de démence (Alexopoulos et al., 1988 a, 1988 b ; Barca et al., 2011). Plusieurs études ont cherché à faire correspondre les scores du MADRS aux différents degrés de sévérité des troubles dépressifs (Kearns et al., 1982 ; Snaith et al., 1986 ; Mittmann et al., 1997 ; Müller et al., 2000 ; Senra Rivera et al., 2000). Plus spécifiquement, aucune valeur seuil séparant la dépression moyenne et sévère n'était disponible jusqu'à l'étude de Müller et al. (2000). Jusque là, l'interprétation des scores de la dépression était plutôt arbitraire (Snaith, 1996) et la définition d'un score seuil relatif de la dépression sévère n'était pas partagée, il en est de même pour le HAMD (Angst et al., 1995 ; Schatzberg, 1999). Pour Angst et al., la valeur seuil de la dépression sévère pour l'échelle de Hamilton à 17 items (le HAMD-17) était fixée à ≥ 28 alors que pour Schatzberg et les collaborateurs, cette valeur était à ≥ 25 pour le HAMD -17 et ≥ 33 pour le MADRS. Dans l'étude de Müller et al. (2000), les catégories de

la dépression moyenne et sévère évaluées par le MADRS étaient établies par la corrélation avec la graduation du HAMD-17, la valeur seuil fixée pour la dépression sévère étant respectivement ≥ 35 et ≥ 28 . Dans la continuité de l'étude, Müller et al. (2003), évaluent la sévérité de la dépression chez 85 patients hospitalisés en utilisant les échelles d'évaluation de MADRS, HAMD-17 et le CGI (Clinical Global Impressions Scale). Ils trouvent une très grande corrélation entre la valeur seuil fixée du HAMD-17 ≥ 28 et celle du MADRS ≥ 35 , et concluent que la valeur seuil qui semble appropriée pour le MADRS se situe à ≥ 32 , ce qui correspond à celle pour le HAMD-17 à ≥ 25 et le CGI à ≥ 6).

2 MADRS-S

Description de l'instrument

Le MADRS-S est la version d'auto-évaluation de l'échelle MADRS. Le MADRS-S a été publié en 1994 (Svanborg et Asberg, 1994). Tout comme le MADRS, cette version en auto-passation a été développée pour mesurer le degré de sévérité de symptômes dépressifs en cours de traitement. Il s'agit d'un auto-questionnaire reprenant 9 des 10 items du MADRS, à l'exclusion de l'item « Tristesse apparente » ne pouvant pas, pour des raisons évidentes, être auto-évaluée. Les items sont ici cotés sur une échelle de Likert à 4 points de 0 (aucune détresse) à 3 (détresse maximale), avec des $\frac{1}{2}$ points intermédiaires. Le patient dépressif doit répondre au questionnaire en cotant le chiffre correspondant le mieux à son état psychique lors des trois derniers jours, et non pas celui de la dernière semaine comme avec le MADRS. Le score total varie de 0 à 27.

Bien qu'aucune étude systématique n'ait été effectuée pour l'interprétation du score global au MADRS-S, des données issues d'échantillons de sujets normaux et d'observations cliniques (Svanborg & Ekselius, 2003) indiquent qu'un score de MADRS-S inférieur ou égal à 12 correspond à l'absence de dépression, de 13 à 19 à une dépression légère et de 20 ou plus à une dépression modérée à sévère.

Les premières données de validation suédoises

Comparativement aux instruments utilisés en hétéro-passation (MADRS, Hamilton, BDI) (Montgomery et Asberg, 1979 ; Hamilton, 1960 ; Beck et al., 1961), le MADRS-S, étudié sur les patients psychiatriques présentant des troubles anxieux, dépressifs ou de personnalité, présente des caractéristiques psychométriques très similaires (Svanborg & Asberg, 1994). Dans une étude portant sur des sujets présentant des troubles anxieux, dépressifs ou de personnalité suivis en ambulatoire ou hospitalisés, Svanborg & Asberg ont montré que le MADRS-S et le BDI présentent des propriétés analogues dans la capacité de discriminer les différents troubles de l'axe I et dans la sensibilité au changement lors d'un traitement antidépresseur (Svanborg & Asberg, 2001).

SECTION II :

Validation qualitative de la MDRS-S en arabe dialectal marocain

I. Définition générale de la validation transculturelle

L'épidémiologie psychiatrique en situation transculturelle a vu le jour dans les années 70 (Moro & Baubet, 2003, p. 91-97) avec notamment les recherches menées par l'OMS et l'apparition de « nouveaux paradigmes méthodologiques ».

Initialement, ces recherches étaient plutôt dites comparatives définies par « vérifier l'existence de syndromes définis dans les pays occidentaux, au sein de différentes cultures » et « l'existence d'invariants universels dans les catégories diagnostiques et les manifestations symptomatiques ».

Une des premières questions à se poser concerne l'objectif d'une validation transculturelle d'un outil, d'une échelle de dépistage, d'évaluation, de diagnostic. Généralement, on cherche à ce que ces outils puissent être utilisés dans différents pays, populations sans pour autant avoir à être adaptés ou modifiés en profondeur, et surtout qu'ils mesurent les mêmes concepts dans contextes différents.

La validité transculturelle « ne peut exister que si les catégories locales de l'expérience vécue sont intégrées dans les schémas d'évaluation. Sans cela, la recherche restera une sorte de manière coloniale d'imposer des catégories d'expérience occidentales certaine étant partagées mais beaucoup présentant d'importantes différences » (Moro & Baubet, 2003, p.94).

Les différences entre les caractéristiques universelles des troubles mentaux et les expériences individuelles exprimées dans chaque culture ont remis en question l'utilisation de certains instruments existants sans les avoir au préalable validés de manière rigoureuse, c'est à-dire au-delà de la traduction littérale des items.

Dans certains cas, la validation transculturelle d'un outil se résume à sa traduction dans la langue locale, ce qui dans ce travail ne la définit pas. Pourtant essentielle pour garantir un dépistage fiable, cela reste sur le terrain non systématique, parfois expliquer par un manque de temps. Cela implique l'utilisation de ces outils, simplement traduits dans la langue cible

et l'obtention de résultats sans savoir si la mesure est valide. En découlent des questions non seulement opérationnelles mais également éthiques.

Travailler en amont, anticiper par la recherche ce besoin d'outils est utile voire essentiel non seulement au dépistage lui-même mais également, non négligeable, à la mise en place de dispositifs appropriés.

Une méthodologie rigoureuse implique non seulement la traduction de l'outil dans la langue cible, mais également de s'interroger sur sa validité et fidélité dans le contexte. Cela suppose, pour une échelle de dépistage, de vérifier à la fois ses propriétés cliniques d'identification des difficultés psychologiques, voire ses qualités diagnostics si nécessaire et ses propriétés psychométriques.

Plusieurs méthodes sont possibles lorsque l'on s'intéresse à la validation transculturelle d'outils de dépistage, quantitative, qualitative avec également la possibilité d'intégrer les deux.

II. Objectifs :

Ce travail vise à élaborer une validation qualitative de l'échelle de MDRS-S 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 du MDRS-S.

III. Méthodologies

1. Type de l'étude

Ce travail est une étude visant à l'élaboration d'une validation qualitative du MDRS-S., ainsi qu'une adaptation transculturelle de ce dernier, et ceci rentre dans le cadre d'un projet plus vaste visant à créer un système d'évaluation de la dépression dans notre contexte marocain.

2. Contexte de validation

Cette étude fait partie d'un projet plus vaste visant à adapter et valider le MDRS-S comme outil de mesure de la sévérité de la dépression au Maroc. La recherche présentée dans ce travail a pour but d'examiner si la version validée du MDRS-S convient 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 utilisé par les praticiens.

3. Déroulement de l'étude

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.

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 du MDRS-S a été contre-traduite en anglais par deux autres traducteurs, 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 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

4.1 Phase 1 : Traduction initiale de la langue originale à la langue cible

Le MDRS-S a d'abord été traduit 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). 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.

4.2 Phase 2 : Comparaison des deux versions traduites

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

4.3 Phase 3 : Contre-translation 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 du MDRS-S.

4.4 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 MDRS-S 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.

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 de très bonne connaissance anglaise : **Dr. MoamedElghazi & Dr. Naima Trimasse**

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.

Version originale de l'échelle d'auto-évaluation de la dépression selon Montgomery Asberg MADRS-S

(Montgomery Asberg Depression Rating Scale Self-assessment)

The purpose of this questionnaire is to provide a detailed picture of your present mental status. You should try to assess how you have been feeling during the past 3 days. The questionnaire consists of a series of items where scales and statements of possible conditions are provided to help you indicate your condition. The statements express various degrees of distress from none at all (0) to maximum (3). On the scale for each item encircle which you think best indicates your condition during the past 3 days. Don't spend too long thinking about your answers, but try to get through the questionnaire fairly quickly.

1. Mood

Here you should try to indicate your mood, whether you have felt sad or gloomy. Try to recall how you have felt during the past 3 days, whether your mood has been changeable or much the same all the time. In particular, try to recall whether you have felt more cheerful if something good happened.

0 I can be either cheerful or sad, depending on the circumstances.

0.5

1 I feel a bit low for the most part, though sometimes it eases up a little.

1.5

2 I feel thoroughly low and gloomy. Even things that normally cheer me up give me no pleasure.

2.5

3 I feel so utterly low and miserable, that I can imagine nothing worse

2. Feelings of unease

Here you should indicate to what extent you have had feelings of inner tension, uneasiness, anxiety, or vague fear, during the past 3 days. Pay particular attention to how intense any such feelings have been, whether they have come and gone or persisted almost all the time.

0 I feel calm for the most part

0,5

1 I sometimes have unpleasant feelings of unease

1,5

2 I am constantly plagued by feelings of uneasiness that can be very strong, and which I must make an effort to overcome.

2,5

3 I have dreadful, persistent or unbearable feelings of anxiety

3. Sleep

Here you should indicate how well you sleep - how long you sleep, and how good your sleep has been for the past three nights. Your assessment should reflect how you have actually slept, regard less of whether you have used sleeping pills. If you have slept more than usual, you should mark the scale at zero (0).

0 I have no sleeping problems, and get as much sleep as I need. I have no difficulty in falling asleep

0,5

1 I have some sleeping problems. Sometimes itis hard to get off to sleep, or I sleep more lightly or restlessly than usual

1,5

2 I sleep at least 2 h a night less than usual. I wake often during the night, even if nothing has disturbed me

2,5

3 I sleep very badly, no more than 2–3 h a night.

4. Appetite

Here you should indicate how your appetite has been, and try to recall whether it has differed in any way from normal. If your appetite has been better than usual, you should mark the scale at zero (0).

0 My appetite has been much the same as usual

0,5

1 My appetite has been poorer than usual

1,5

2 I have had almost no appetite at all. Food seems tasteless and I have to make myself eat

2,5

3 I haven't felt like eating at all. I need persuading if I am to get anything down.

5. Ability to concentrate

Here you should try to indicate your ability to collect your thoughts, collect your thoughts, to concentrate on what you are doing. Try to recall how well you have been able to cope with tasks requiring different degrees of concentration — for instance, compare your ability to read a more complex text and an easy passage in the newspaper, or to pay attention to the TV.

0 I have no difficulty in concentrating

0,5

1 Occasionally I find it hard to concentrate on things that I would usually find interesting (e.g., reading, or watching TV)

1,5

2 I find it particularly hard to concentrate on things that usually require no effort (e.g., reading, or talking with other people)

2,5

3 I am quite unable to concentrate on anything at all

6. Initiative

Here you should try to assess your ability to get things done. This item concerns how hard or how easy it is for you to get started on things you think should be done, and to what extent you feel you must overcome inner resistance (inertia) in order to get started on anything.

0 I have no difficulties starting new tasks

0,5

1 When I have to get on with something, I find it more difficult than usual

1,5

2 It requires great effort for me to get started on simple tasks that I normally perform more or less without thinking 2,5

3 I can not get started with the simplest every day tasks

7. Emotional involvement

Here you should assess your interest in your surroundings, in other people, and in activities that normally give you pleasure.

0 I am interested and involved in my surroundings, and this gives me pleasure

0,5

1 I feel less strongly about things that normally arouse my interest; it is harder than usual to be cheerful, or to be angry when there is cause

1,5

2 I feel no interest in my surroundings, not even for friends and acquaintances

2,5

3 I no longer have any feelings. I feel painfully indifferent, even toward those closest to me

8. Pessimism

Here you should consider how you view your future, and how you feel about yourself. Consider to what extent you may feel self-critical, whether you are plagued with guilty feelings, and whether you have been worrying more than usual — for example, about your finances or your health.

0 I view the future with confidence. On the whole I am quite satisfied with life

0,5

1 Sometimes I am self-critical and think I am less worthy than others

1,5

2 I brood over my failures and feel inferior or worthless, even if others may not agree

2,5

3 Everything seems black to me, and I can see no glimmering of hope. I feel I am thorough

9. Zest for life

This item concerns your appetite for life, whether you have felt listless and weary of life. Have you had thoughts of suicide, and if so to what extent do you consider it a realistic escape?

0 My appetite for life is normal

0,5

1 Life doesn't seem particularly meaningful, though I don't wish I were dead

1,5

2 I often think it would be better to be dead, and though I don't really want to commit suicide it does seem a possible solution

2,5

3 I am quite convinced that my only solution is to die, and I give a lot of thought to the best way to take my own life.

1.1 Versions traduites

1.1.1. Première version du MDRS-S en arabe marocain dialectal (traducteur 1)

(Montgomery Asberg Depression Rating Scale Self-assessment)

مقياس مونتغمريأسبرجللتقييم الذاتي (لهستوى/لمعدل/ لدرجة) الاكتئاب

Source Language	Target Language
<p>1. Mood Here you should try to indicate your mood, whether you have felt sad or gloomy. Try to recall how you have felt during the past 3 days, whether your mood has been changeable or much the same all the time. In particular, try to recall whether you have felt more cheerful if something good happened.</p> <p>0 I can be either cheerful or sad, depending on the circumstances. 0.5 1 I feel a bit low for the most part, though sometimes it eases up a little. 1.5 2 I feel thoroughly low and gloomy. Even things that normally cheer me up give me no pleasure. 2.5 3 I feel so utterly low and miserable, that I can imagine nothing worse</p>	<p>1. المزاج</p> <p>هنا خاصك تحاول تبين المزاج ديالك، سوا كنت كتشعر بالحزن أولا الكآبة. حاول تذكر داكشي لي كنت كتشعر به فثلاثة د ليام الفايطة ، سوا كان المزاج ديالكمتغير او مستقر طول الوقت. بالخاص، حاول تذكر واش كنت كتشعر بسعادة أكبر إلا وقعت شي حاجة مزيانة.</p> <p>0- يمكن تكون إما فرحان أو مقلق حسب الظروف.0.5 1 كنشعر بلي (المزاج ديالي منخفض شوية فمعظم الأحيان ، على الرغم من أنه يخفف قليلاً في بعض الأحيان.1.5 2- كنشعر براسي مرخي او كئيب. حتى دوك الحوايج لي فالعادة تيفرحوني ما بقاوكينشطوني.2.5 3- كنشعر بالضعف والتعاسة، لدرجة أني ما كانقدرش نتصور شي حال أسوأ من هداك</p>
<p>2. Feelings of unease Here you should indicate to what extent you have had feelings of</p>	<p>2. مشاعر القلق</p> <p>هنا خاصك تبين حتى لاش من درجة كنت كتشعر بالتوتر الداخلي، أو عدم الارتياح، أو القلق، أو</p>

<p>inner tension, uneasiness, anxiety, or vague fear, during the past 3 days. Pay particular attention to how intense any such feelings have been, whether they have come and gone or persisted almost all the time.</p> <p>0 I feel calm for the most part 0,5</p> <p>1 I sometimes have unpleasant feelings of unease 1,5</p> <p>2 I am constantly plagued by feelings of uneasiness that can be very strong, and which I must make an effort to overcome. 2,5</p> <p>3 I have dreadful, persistent or unbearable feelings of anxiety.</p>	<p>الخوف الغامض، فالأيام الثلاثة الفايطة. اصك تنتبه بشكل خاص لمدى شدة أي واحدة من هاد المشاعر، سوى جاءت أو مشات أو استمرت طول الوقت تقريباً.</p> <p>0- كنحس بالهدوء ف غالب الأحيان 0,5</p> <p>1- أحياناً كنحس بعدم الارتياح بشكل مزعج 1,5</p> <p>2- كنعاني باستمرار من مشاعر عدم الارتياح أو يمكن تكون قوية بزاف، وخاصني ندير واحد الجهد كبير باش نتغلب عليها. 2,5</p> <p>3- كنعاني من بعض المشاعر ديال القلق اللي كاتخوفأو مستمرة أو صعبة بزاف.</p>
<p><u>3. Sleep</u></p> <p>Here you should indicate how well you sleep - how long you sleep, and how good your sleep has been for the past three nights. Your assessment should reflect how you have actually slept, regard less of whether you have used sleeping pills. If you have slept more than usual, you should mark the scale at zero (0).</p> <p>0 I have no sleeping problems, and get as much sleep as I need. I have no difficulty in falling asleep 0,5</p> <p>1 I have some sleeping problems. Sometimes it is hard to get off to sleep, or I sleep more lightly or restlessly than usual 1,5</p> <p>2 I sleep at least 2 h a night less than usual. I wake often during the</p>	<p>3. النعاس</p> <p>هنا خاصك تبين واش كنتنحس مزيان وللا لا، أو تبين شحال د الوقت كنتنحسوكيفاش كان نعاسك قتلثة د الليلات الفايطة.</p> <p>خص التقييم ديالك لنعاسك يكون صحيح ، وماخصكش تكون كتستعمل لفانيد ديال النعاس. الى كنت (في الفترة الفايطة) نعست أكثر من عادتك، خصك (فهاد الحالة) تبدا المقياس بصفر (0).</p> <p>0 - ما كنعاني من حتى شي مشاكل فالنعاس، وكنعس بالفقر لي بغيت. ما عندي حتى شي صعوبة باش نعس 0,5</p> <p>1- كنعاني من بعض المشاكل فالنعاس. فبعض الحالات كيصعب علي باش نعس، أو لا كنعس نعس خفيف أو مقلق 1,5</p> <p>2 فكل ليلة كنعس بزوج د ساعات على الأقل أقل من المعتاد. كنفيق بزاف فالليل، حتى الا ما زعجتني شي حاجة. 2,5</p> <p>3 كنعس نعاس خايب بزاف، ما كانفوتش 2 حتى 3 ساعات فالليلة</p>

<p>night, even if nothing has disturbed me 2,5 3 I sleep very badly, no more than 2–3 h a night</p>	
<p>4. Appetite</p> <p>Here you should indicate how your appetite has been, and try to recall whether it has differed in any way from normal. If your appetite has been better than usual, you should mark the scale at zero (0). 0 My appetite has been much the same as usual 0,5 1 My appetite has been poorer than usual 1,5 2 I have had almost no appetite at all. Food seems tasteless and I have to make myself eat 2,5 3 I haven't felt like eating at all. I need persuading if I am to get anything down</p>	<p>4. الشهية</p> <p>هنا خاصك توضح كيفاش كانت الشهية ديالك ، وخاصك تحاول تذكر وتبين واش اختلفت على المعتاد بشي شكل او للا لا. إلى كانت شهية ديالك أفضل من المعتاد ، خاصك تبدا المقياس بنقطة صفر (0).</p> <p>0 كانت الشهية ديالي للماكلة كيما العادة أو ما تبدلاتش 0,5 1 كانت الشهية ديالي للماكلة أقل من العادة ديالي 1,5 2- ما كانتش عندي الشهية للماكلة كاع. 1,5 كانت الماكلة كاتجيني بلا مذاق وكنت كبزز الماكلة على راسي 2,5 3 ما كنتش عند حتى شي رغبة فالمماكلة كاع. كان خاصني نقنع راسي باش ناكل.</p>
<p>5. Ability to concentrate</p> <p>Here you should try to indicate your ability to collect your thoughts, collect your thoughts, to concentrate on what you are doing. Try to recall how well you have been able to cope with tasks requiring different degrees of concentration — for instance, compare your ability to read a more complex text and an easy passage in the newspaper, or to pay attention to the TV. 0 I have no difficulty in concentrating 0,5 1 Occasionally I find it hard to concentrate on things that I would usually find interesting (e.g.,</p>	<p>5. القدرة على التركيز</p> <p>هنا خاصك تحاول تبين القدرة ديالك على جمع الأفكار ديالك ، والقدرة ديالك على التركيز فداكشي لي كاتدير.</p> <p>حاول تذكر القدرة ديالك على التعامل مع المهام التي تتطلب درجات مختلفة ديال التركيز - مثلا ، قارن بين القدرة ديالك باش تقرأ واحد النص معقد بزاق أو واحد المقطع سهل من شي جورنال، أو للا الانتباه للتلفزة.</p> <p>0- ما عندي حتى شي صعوبة فالتركيز 0,5 1 مرة مرة كانلق صعوبة فالتركيز على الحوايج اللي عادة كاتفرحني (مثلا ، القراية أوللا نتفرج فالنتلفزة) 1,5 2 كانلق صعوبة فالتركيز على كاع داكشي للي عادة كيطلبوا الجهد (مثلا ، القراية أوللا الكلام مع ناس آخرين) 2,5 3 ما كانقدرش نركز على حتى شي حاجة كاع</p>

reading, or watching TV) 1,5 2 I find it particularly hard to concentrate on things that usually require no effort (e.g., reading, or talking with other people) 2,5 3 I am quite unable to concentrate on anything at all	
--	--

1.1.2. Deuxième version du MDRS-S en arabe marocain dialectal

(traducteur 2)

(Montgomery Asberg Depression Rating Scale Self-assessment)

مقياس مونتغمريأسبرجللتقييم الذاتي (لمستوى/المعدل/ لدرجة) الاكتئاب

Source Language	Target Language
<p><u>1. Mood</u> Here you should try to indicate your mood, whether you have felt sad or gloomy. Try to recall how you have felt during the past 3 days, whether your mood has been changeable or much the same all the time. In particular, try to recall whether you have felt more cheerful if something good happened.</p> <p>0 I can be either cheerful or sad, depending on the circumstances. 0.5 1 I feel a bit low for the most part, though sometimes it eases up a little. 1.5 2 I feel thoroughly low and gloomy. Even things that normally cheer me up give me no pleasure. 2.5 3 I feel so utterly low and miserable, that I can imagine nothing worse</p>	<p>1. المزاج</p> <p>هنا خاصك تحاول تبينالمورالديالك، سوا كنت كتحس بالقلق. حاول تفكرداكشي لي كنت كتحسبه فثلاثة د ليام الفايطة ، سوا كان المورالديالكثغيرولابحال بحال طول الوقت. بالآخر، حاول تفكر واش كنت كتحس بالفرحة واش كتحسبراسك فرحانالي طراتشي حاجة مزيانة.</p> <p>0- يمكن نكون إما فرحان أو مقلق حسب الظروف.0.5</p> <p>1 كتحس بلي (المورالديالي نازل لي قبزاف د لوقات، ولكن تاخفاف علي الحال شي شويأ في بعض الأحيان. كتحس بالمورال هابط في اغلب الاوقات ولكن مرة مرةكنكون مزيان</p> <p>1.5</p> <p>2- كتحسبراسي مرخي او كنيب.كتحس براسي هابطليالمورال ومقلق حتى دوك الحوايج لي تيفرحوني ما بقاو كينشطونيوالو.</p> <p>2.5</p> <p>3- كتحس بالضعف والتعاسة، أو ما كانقدرش نتصور شي حال أسوا من هداك</p>
<p><u>2. Feelings of unease</u> Here you should indicate to what extent you have had feelings of</p>	<p>2. مشاعر القلق</p> <p>هنا خاصك تبين حتى لاش من درجة كنت كتحس بالتوتر، أو القلق، أو الخوف الغامض، فالأيام</p>

<p>inner tension, uneasiness, anxiety, or vague fear, during the past 3 days. Pay particular attention to how intense any such feelings have been, whether they have come and gone or persisted almost all the time.</p> <p>0 I feel calm for the most part 0,5</p> <p>1 I sometimes have unpleasant feelings of unease 1,5</p> <p>2 I am constantly plagued by feelings of uneasiness that can be very strong, and which I must make an effort to overcome. 2,5</p> <p>3 I have dreadful, persistent or unbearable feelings of anxiety.</p>	<p>الثلاثة الفأيتة. خاصك تتنبه بشكل خاص لمدى شدة أي واحدة من هاد المشاعر، سوى جاءت أو مشات أو استمرت طول الوقت تقريباً.</p> <p>0- كنحس بالهدوء ف غالب الأحيان 0,5</p> <p>1- أحياناً كنحس بعدم الارتياح بشكل مزعج 1,5</p> <p>2- كنعاني باستمرار من مشاعر عدم الارتياح أو يمكن تكون قوية بزاف، وخاصني ندير واحد الجهد المجهود كبير باش نتغلب عليها. 2,5</p> <p>3- كنعاني من بعض المشاعر ديال القلق اللي يخوف أو مستمرة أو صعبة بزاف.</p>
<p><u>3. Sleep</u></p> <p>Here you should indicate how well you sleep - how long you sleep, and how good your sleep has been for the past three nights. Your assessment should reflect how you have actually slept, regard less of whether you have used sleeping pills. If you have slept more than usual, you should mark the scale at zero (0).</p> <p>0 I have no sleeping problems, and get as much sleep as I need. I have no difficulty in falling asleep 0,5</p> <p>1 I have some sleeping problems. Sometimes it is hard to get off to sleep, or I sleep more lightly or restlessly than usual 1,5</p> <p>2 I sleep at least 2 h a night less than usual. I wake often during the</p>	<p>3. النعاس</p> <p>هنا خاصك تبين واش كنتنحس مزيان وللا لا، أو تبين شحال د الوقت كنتنحسوكيفاش كان نعاسك قتلثة د الليلات الفأيتة.</p> <p>خص الطريقة باش كاتقيم نعاسك تكون صحيحة، وماخصكش تكون كتستعمل لفانيد د النعاس.</p> <p>الي كنت (في الفترة الفأيتة) نعست أكثر من عادتك، خصك (فهاد الحالة) تبدأ المقياس بصفر (0).</p> <p>0 - ما كنعاني من حتى شي مشاكل فالنعاس، وكنعس بالفقر لي بغيت. ما عندي حتى شي صعوبة باش نعس 0,5</p> <p>1- كنعاني من بعض المشاكل فالنعاس. فبعض الحالات كيصعب علي باش نعس، أو لا كنعس نعس خفيف أو مقلق 1,5</p> <p>2 فكل ليلة كنعس بزوج د ساعات على الأقل أقل من المعتاد ملي موالف. كنفيق بزاف فالليل، حتى الا ما زعجتني شي حاجة. 2,5</p> <p>3 كنعس نعاس خايب بزاف، ما كانفوتش 2 حتى 3 ساعات فالليلة</p>

<p>night, even if nothing has disturbed me 2,5 3 I sleep very badly, no more than 2-3 h a night</p>	
<p><u>4. Appetite</u></p> <p>Here you should indicate how your appetite has been, and try to recall whether it has differed in any way from normal. If your appetite has been better than usual, you should mark the scale at zero (0). 0 My appetite has been much the same as usual 0,5 1 My appetite has been poorer than usual 1,5 2 I have had almost no appetite at all. Food seems tasteless and I have to make myself eat 2,5 3 I haven't felt like eating at all. I need persuading if I am to get anything down</p>	<p>4. الشهية</p> <p>هنا خاصك توضح كيفاش كانت الشهية ديالك ، وخاصك تحاول تذكر وتبين واش اختلفت على المعتاد بشي شكل او للا لا. إلى كانت شهية ديالك أفضل من المعتاد ، خاصك تبدا المقياس بنقطة صفر (0).</p> <p>0 كانت الشهية ديالي للماكلة كيما العادة أو ما تبدلاتش 0,5 1 كانت الشهية ديالي للماكلة أقل من العادة ديالي 1,5 2- ما كانتش عندي الشهية للماكلة كاع. 1,5 كانت الماكلة كاتجيني بلا مذاق وكنت كبزز الماكلة على راسي 2,5 3 ما كنتش عند حتى شي رغبة فالمماكلة كاع. كان خاصني نقتع راسي باش ناكل.</p>
<p><u>5. Ability to concentrate</u></p> <p>Here you should try to indicate your ability to collect your thoughts, collect your thoughts, to concentrate on what you are doing. Try to recall how well you have been able to cope with tasks requiring different degrees of concentration — for instance, compare your ability to read a more complex text and an easy passage in the newspaper, or to pay attention to the TV. 0 I have no difficulty in concentrating 0,5 1 Occasionally I find it hard to concentrate on things that I would</p>	<p>5. القدرة على التركيز</p> <p>هنا خاصك تحاول تبين القدرة ديالك على جمع الأفكار ديالك ، والقدرة ديالك على التركيز فداكشي لي كاتدير. حاول تذكر القدرة ديالك على كاتدير شي حاجة تتطلب شي قدرة كبيرة ديال التركيز - مثلا ، قارن بين القدرة ديالك باش تقرأ واحد النص معقد بزاق أو واحد المقطع سهل من شي جورنال، أو للا الانتباه للتلفزة.</p> <p>0- ما عندي حتى شي صعوبة فالتركيز 0,5 1 مرة مرة كانلق صعوبة فالتركيز على الحوايج اللي عادة كاتفرحني(مثلا ، القراءة أو للا نتفرج فالتلفزة) 1,5 2 كانلق صعوبة فالتركيز على كاع داكشي للي عادة كيطلبوا الجهد (مثلا ، القراءة أو للا الكلام مع ناس آخرين) 2,5 3 ما كانقدرش نركز على حتى شي حاجة كاع</p>

<p>usually find interesting (e.g., reading, or watching TV) 1,5</p> <p>2 I find it particularly hard to concentrate on things that usually require no effort (e.g., reading, or talking with other people) 2,5</p> <p>3 I am quite unable to concentrate on anything at all</p>	
---	--

1.2 Comparaison de la traduction des items (Tableau 1)

Au total le MDRS-S comprend 9 items.

1- 1. Mood

Here you should try to indicate your mood, whether you have felt sad or gloomy. Try to recall how you have felt during the past 3 days, whether your mood has been changeable or much the same all the time. In particular, try to recall whether you have felt more cheerful if something good happened.

0 I can be either cheerful or sad, depending on the circumstances.

0.5

1 I feel a bit low for the most part, though sometimes it eases up a little.

1.5

2 I feel thoroughly low and gloomy. Even things that normally cheer me up give me no pleasure.

2.5

3 I feel so utterly low and miserable, that I can imagine nothing worse

On a combiné les deux traductions.

- 2. Feelings of unease

Here you should indicate to what extent you have had feelings of inner tension, uneasiness, anxiety, or vague fear, during the past 3 days. Pay particular attention to how intense any such feelings have been, whether they have come and gone or persisted almost all the time.

0 I feel calm for the most part

0,5

1 I sometimes have unpleasant feelings of unease

1,5

2 I am constantly plagued by feelings of uneasiness that can be very strong, and which I must make an effort to overcome.

2,5

3 I have dreadful, persistent or unbearable feelings of anxiety.

On a opté pour la première traduction.

3. Sleep

Here you should indicate how well you sleep - how long you sleep, and how good your sleep has been for the past three nights. Your assessment should reflect how you have actually slept, regard less of whether you have used sleeping pills. If you have slept more than usual, you should mark the scale at zero (0).

0 I have no sleeping problems, and get as much sleep as I need. I have no difficulty in falling asleep

0,5

1 I have some sleeping problems. Sometimes it is hard to get off to sleep, or I sleep more lightly or restlessly than usual

1,5

2 I sleep at least 2 h a night less than usual. I wake often during the night, even if nothing has disturbed me

2,5

3 I sleep very badly, no more than 2–3 h a night

On a combiné les deux traductions.

- 4. Appetite

Here you should indicate how your appetite has been, and try to recall whether it has differed in any way from normal. If your appetite has been better than usual, you should mark the scale at zero (0).

0 My appetite has been much the same as usual

0,5

1 My appetite has been poorer than usual

1,5

2 I have had almost no appetite at all. Food seems tasteless and I have to make myself eat

2,5

3 I haven't felt like eating at all. I need persuading if I am to get anything down

Les deux versions sont identiques.

- 5. Ability to concentrate

Here you should try to indicate your ability to collect your thoughts, collect your thoughts, to concentrate on what you are doing. Try to recall how well you have been able to cope with tasks requiring different degrees of concentration — for instance, compare your ability to read a more complex text and an easy passage in the newspaper, or to pay attention to the TV.

0 I have no difficulty in concentrating

1 Occasionally I find it hard to concentrate on things that I would usually find interesting (e.g., reading, or watching TV)

2 I find it particularly hard to concentrate on things that usually require no effort (e.g., reading, or talking with other people)

3 I am quite unable to concentrate on anything at all

On a opté pour la première traduction.

Tableau 1 : Les deux versions traduites de l'anglais en arabe dialectal marocain du MDRS-S

<p>1. Mood Here you should try to indicate your mood, whether you have felt sad or gloomy. Try to recall how you have felt during the past 3 days, whether your mood has been changeable or much the same all the time. In particular, try to recall whether you have felt more cheerful if something good happened.</p> <p>0 I can be either cheerful or sad, depending on the circumstances. 0.5 1 I feel a bit low for the most part, though sometimes it eases up a little. 1.5 2 I feel thoroughly low and gloomy. Even things that normally cheer me up give me no pleasure. 2.5 3 I feel so utterly low and miserable, that I can imagine nothing worse</p>	<p>1. المزاج هنا خاصك تحاول تبين المزاج ديالك، سوا كنت كتشعر بالحزن أولا الكآبة. حاول تذكر داكشي لي كنت كتشعر به فثلاثة د ليام الفايطة ، سوا كان المزاج دياكمتغير او مستقر طول الوقت. بالخاص، حاول تذكر واش كنت كتشعر بسعادة أكبر إلا وقعت شي حاجة مزيانة.</p> <p>0- يمكن تكون إما فرحان أو مقلق حسب الظروف.0.5 1 كنشعر بلي (المزاج ديالي ، منخفض شوية فمعظم الأحيان ، على الرغم من أنه يخفف قليلاً في بعض الأحيان.1.5 2- كنشعر براسي مرخي او كئيب. حتى دوك الحوايج لي فالعادة تيفرحوني ما بقاوكينشطوني.2.5 3- كنشعر بالضعف والتعاسة، لدرجة أنني ما كاتقدرش نتصور شي حال أسوأ من هداك</p>	<p>1. المزاج هنا خاصك تحاول تبين المورالديالك، سوا كنت كتحس بالقلق. حاول تفكر داكشي لي كنت كتحسبه فثلاثة د ليام الفايطة ، سوا كان المورالديالكمتغير ولا بحال بحال طول الوقت. بالخاص، حاول تفكر واش كنت كتحس بالفرحة واش كتحس براسك فرحانالي طراتشي حاجة مزيانة.</p> <p>0- يمكن نكون إما فرحان أو مقلق حسب الظروف.0.5 1 كنحس بلي (المورالديالي نازل لي قيزاف د لوقات، ولكن تاخفاف على الحال شي شويماً في بعض الأحيان. كنحس بالمورال هابط في اغلب الاوقات ولكن مرة مرة كنكون مزيان 1.5 2- كنشعر براسي مرخي او كئيب. كنحس براسي هابطليالمورال ومقلق حتى دوك الحوايج لي تيفرحوني ما بقاوكينشطوني.2.5 3- كنشعر بالضعف والتعاسة، أو ما كاتقدرش نتصور شي حال أسوأ من هداك</p>
<p>2. Feelings of unease Here you should indicate to what extent you have had feelings of inner tension, uneasiness,</p>	<p>2. مشاعر القلق هنا خاصك تبين حتى لاش من درجة كنت كتحس بالتوتر الداخلي، أو عدم الارتياح، أو القلق، أو الخوف الغامض،</p>	<p>2. مشاعر القلق هنا خاصك تبين حتى لاش من درجة كنت كتحس بالتوتر، أو القلق، أو الخوف الغامض، فالأيام الثلاثة الفايطة.</p>

<p>anxiety, or vague fear, during the past 3 days. Pay particular attention to how intense any such feelings have been, whether they have come and gone or persisted almost all the time.</p> <p>0 I feel calm for the most part</p> <p>0,5</p> <p>1 I sometimes have unpleasant feelings of unease</p> <p>1,5</p> <p>2 I am constantly plagued by feelings of uneasiness that can be very strong, and which I must make an effort to overcome.</p> <p>2,5</p> <p>3 I have dreadful, persistent or unbearable feelings of anxiety.</p>	<p>فالأيام الثلاثة الفايطة. اصك تنتبه بشكل خاص لمدى شدة أي واحدة من هاد المشاعر، سوى جاءت أو مشات أو استمرت طول الوقت تقريباً. 0- كنحس بالهدوء ف غالب الأحيان 0,5 1- أحياناً كنحس بعدم الارتياح بشكل مزعج 1,5 2- كنعاني باستمرار من مشاعر عدم الارتياح أو يمكن تكون قوية بزاف، وخاصني ندير واحد الجهد كبير باش نتغلب عليها. 2,5 3- كنعاني من بعض المشاعر ديال القلق اللي كاتخوفأو مستمرة أوصعبية بزاف.</p>	<p>خاصك تنتبه بشكل خاص لمدى شدة أي واحدة من هاد المشاعر، سوى جاءت أو مشات أو استمرت طول الوقت تقريباً. 0- كنحس بالهدوء ف غالب الأحيان 0,5 1- أحياناً كنحس بعدم الارتياح بشكل مزعج 1,5 2- كنعاني باستمرار من مشاعر عدم الارتياح أو يمكن تكون قوية بزاف، وخاصني ندير واحد الجهد المجهود كبير باش نتغلب عليها. 2,5 3- كنعاني من بعض المشاعر ديال القلق اللي كاتخوفأو مستمرة أوصعبية بزاف.</p>
<p><u>3. Sleep</u></p> <p>Here you should indicate how well you sleep - how long you sleep, and how good your sleep has been for the past three nights. Your assessment should reflect how you have actually slept, regard less of whether you have used sleeping pills. If you have slept more than usual, you should mark the scale at zero (0).</p> <p>0 I have no sleeping</p>	<p>3. النعاس</p> <p>هنا خاصك تبين واش كتنعس مزيان وللا لا، أو تبين شحال د الوقت كتنعسو كيفاش كان نعاسك قثلاثة د الليلات الفايطة. خص التقييم ديالك لنعاسك يكون صحيح ، وماخصكش تكون كتستعمل لفانيد ديال النعاس. الى كنت (في الفترة الفايطة) نعست أكثر من عادتك، خصك (فهاد الحالة) تبدا المقياس بصفر (0). 0 - ما كنعاني من حتى شي مشاكل فالنعاس، وكنعس بالقدر لي بغيت. ما عندي حتى شي</p>	<p>3. النعاس</p> <p>هنا خاصك تبين واش كتنعس مزيان وللا لا، أو تبين شحال د الوقت كتنعسو كيفاش كان نعاسك قثلاثة د الليلات الفايطة. خص الطريقة باش كاتقيم نعاسك تكون صحيحة، وماخصكش تكون كتستعمل لفانيد دالنعاس. الى كنت (في الفترة الفايطة) نعست أكثر من عادتك، خصك (فهاد الحالة) تبدا المقياس بصفر (0). 0 - ما كنعاني من حتى شي مشاكل فالنعاس، وكنعس بالقدر</p>

<p>problems, and get as much sleep as I need. I have no difficulty in falling asleep 0,5 1 I have some sleeping problems. Sometimes it is hard to get off to sleep, or I sleep more lightly or restlessly than usual 1,5 2 I sleep at least 2 h a night less than usual. I wake often during the night, even if nothing has disturbed me 2,5 3 I sleep very badly, no more than 2–3 h a night</p>	<p>صعوبة باش نعس 0,5 1- كنعاني من بعض المشاكل فالنعاس. فبعض الحالات كيصعب علي باش نعس، أو لا كنعس نعس خفيف أو مقلق 1,5 2 فكل ليلة كنعس بزوج دساعات على الأقل أقل من المعتاد. كنفيقزاف فالليل، حتى الا ما زعجتي شي حاجة. 5,2 3 كنعس نعاس خايبيزاف، ما كانفوتش 2 حتى 3 ساعات فالليلة</p>	<p>لي بغيت. ما عندي حتى شي صعوبة باش نعس 0,5 1- كنعاني من بعض المشاكل فالنعاس. فبعض الحالات كيصعب علي باش نعس، أو لا كنعس نعس خفيف أو مقلق 1,5 2 فكل ليلة كنعس بزوج دساعات على الأقل أقل من المعتاد ملي موالف. كنفيقزاف فالليل، حتى الا ما زعجتي شي حاجة. 2,5 3 كنعس نعاس خايبيزاف، ما كانفوتش 2 حتى 3 ساعات فالليلة</p>
<p>4. Appetite Here you should indicate how your appetite has been, and try to recall whether it has differed in any way from normal. If your appetite has been better than usual, you should mark the scale at zero (0). 0 My appetite has been much the same as usual 0,5 1 My appetite has been poorer than usual 1,5 2 I have had almost no appetite at all. Food seems tasteless and I have to make myself eat 2,5 3 I haven't felt like eating at all. I need persuading if I am to get anything down</p>	<p>4. الشهية هنا خاصك توضح كيفاش كانت الشهية ديالك ، وخاصك تحاول تذكر وتبين واش اختلفت على المعتاد بشي شكل او لا لا. إلى كانت شهية ديالك أفضل من المعتاد ، خاصك تبدا المقياس بنقطة صفر (0). 0 كانت الشهية ديالي للماكلة كيما العادة أو ما تبدلاتش 0,5 1 كانت الشهية ديالي للماكلة أقل من العادة ديالي 1,5 2- ما كانتش عندي الشهية للماكلة كاع. 1,5 كانت الماكلة كاتجيني بلا مذاق وكنت كيزز الماكلة على راسي 2,5 3 ما كنتش عند حتى شي رغبة فالمماكلة كاع. كان خاصني نقتع راسي باش ناكل،</p>	<p>4. الشهية هنا خاصك توضح كيفاش كانت الشهية ديالك ، وخاصك تحاول تذكر وتبين واش اختلفت على المعتاد بشي شكل او لا لا. إلى كانت شهية ديالك أفضل من المعتاد ، خاصك تبدا المقياس بنقطة صفر (0). 0 كانت الشهية ديالي للماكلة كيما العادة أو ما تبدلاتش 0,5 1 كانت الشهية ديالي للماكلة أقل من العادة ديالي 1,5 2- ما كانتش عندي الشهية للماكلة كاع. 1,5 كانت الماكلة كاتجيني بلا مذاق وكنت كيزز الماكلة على راسي 2,5 3 ما كنتش عند حتى شي رغبة فالمماكلة كاع. كان خاصني نقتع راسي باش ناكل،</p>

<p><u>5. Ability to concentrate</u></p> <p>Here you should try to indicate your ability to collect your thoughts, to concentrate on what you are doing. Try to recall how well you have been able to cope with tasks requiring different degrees of concentration — for instance, compare your ability to read a more complex text and an easy passage in the newspaper, or to pay attention to the TV.</p> <p>0 I have no difficulty in concentrating 0,5</p> <p>1 Occasionally I find it hard to concentrate on things that I would usually find interesting (e.g., reading, or watching TV) 1,5</p> <p>2 I find it particularly hard to concentrate on things that usually require no effort (e.g., reading, or talking with other people) 2,5</p> <p>3 I am quite unable to concentrate on anything at all</p>	<p>5. القدرة على التركيز</p> <p>هنا خاصك تحاول تبين القدرة ديالك على جمع الأفكار ديالك ، والقدرة ديالك على التركيز فداكشي لي كاتدير. حاول تذكر القدرة ديالك كالتعامل مع المهام التي تتطلب درجات مختلفة ديال التركيز - مثلا ، قارن بين القدرة ديالك باش تقرأ واحد النص معقد بزاق أو واحد المقطع سهل من شي جورنال، أولا الانتباه للتلفزة.</p> <p>0- ما عندي حتى شي صعوبة فالتركيز 0,5</p> <p>1 مرة مرة كانلق صعوبة فالتركيز على الحوايج اللي عادة كاتفرحني(مثلا ، القراءة أولا نتفرج فالتلفزة) 1,5</p> <p>2 كانلق صعوبة فالتركيز على كاع داكشي للي عادة كيطلبوا الجهد (مثلا ، القراءة أولا الكلام مع ناس آخرين) 2,5</p> <p>3 ما كانقدرش نركز على حتى شي حاجة كاع</p>	<p>5. القدرة على التركيز</p> <p>هنا خاصك تحاول تبين القدرة ديالك على جمع الأفكار ديالك ، والقدرة ديالك على التركيز فداكشي لي كاتدير. حاول تذكر القدرة ديالك كالتعامل مع المهام التي تتطلب درجات كبيرة ديال التركيز - مثلا ، قارن بين القدرة ديالك باش تقرأ واحد النص معقد بزاق أو واحد المقطع سهل من شي جورنال، أولا الانتباه للتلفزة.</p> <p>0- ما عندي حتى شي صعوبة فالتركيز 0,5</p> <p>1 مرة مرة كانلق صعوبة فالتركيز على الحوايج اللي عادة كاتفرحني(مثلا ، القراءة أولا نتفرج فالتلفزة) 1,5</p> <p>2 كانلق صعوبة فالتركيز على كاع داكشي للي عادة كيطلبوا الجهد (مثلا ، القراءة أولا الكلام مع ناس آخرين) 2,5</p> <p>3 ما كانقدرش نركز على حتى شي حاجة كاع</p>
---	--	---

1.3 Version consensuelle de la traduction de la version originale à l'arabe dialectal marocain :(tableau 2)

(Montgomery Asberg Depression Rating Scale Self-assessment)

مقياس مونتغمريأسبرجللتقييم الذاتي (لهستوى/المعدل/ لدرجة) الاكتئاب

From English to Moroccan Arabic

Dr. MoamedElghazi& Dr. Naima Trimasse

Tableau 2: Version consensuelle de la traduction de la version originale à l'arabe dialectal marocain

Source Language	Target Language
<p><u>1. Mood</u> Here you should try to indicate your mood, whether you have felt sad or gloomy. Try to recall how you have felt during the past 3 days, whether your mood has been changeable or much the same all the time. In particular, try to recall whether you have felt more cheerful if something good happened.</p> <p>0 I can be either cheerful or sad, depending on the circumstances. 0.5 1 I feel a bit low for the most part, though sometimes it eases up a little. 1.5 2 I feel thoroughly low and gloomy. Even things that normally cheer me up give me no pleasure. 2.5 3 I feel so utterly low and miserable, that I can imagine nothing worse</p>	<p style="text-align: right;">1. المزاج</p> <p style="text-align: right;">هنا خاصك تحاول تبين المزاج ديالك، سوا كنت كتعس بالحزن أولا الكآبة. حاول تذكر داكشي لي كنت كتعسبه فثلاثة د ليام الفايطة ، سوا كان المزاج ديالك <u>كتيتغير ولا هوا هو اطول الوقت</u>. بالخاص، حاول تذكر واش كتعسبراسك فرحانالي وقعت شي حاجة مزيانة.</p> <p style="text-align: right;">0- يمكن نكون إما فرحان أو مقلق حسب الظروف.0.5</p> <p style="text-align: right;">1 كنحسبالمزاج هابط فيزاف ديال لوقاتو لكن مرة مرة كتكون حالتي مزيانة1.5</p> <p style="text-align: right;">2-كنحس براسي هابطلي المزاج ومقلق حتى دوك الحوايج لي بعض المرات كايفرحوننينا بقاوكينشطوني كاع.2.5</p> <p style="text-align: right;">3- كنحس براسي ضعيف وفي التعاسة، لدرجة ما كانقدرش نتصور شي حال أخيب من هداك</p>

<p><u>2. Feelings of unease</u></p> <p>Here you should indicate to what extent you have had feelings of inner tension, uneasiness, anxiety, or vague fear, during the past 3 days. Pay particular attention to how intense any such feelings have been, whether they have come and gone or persisted almost all the time.</p> <p>0 I feel calm for the most part 0,5 1 I sometimes have unpleasant feelings of unease 1,5 2 I am constantly plagued by feelings of uneasiness that can be very strong, and which I must make an effort to overcome. 2,5 3 I have dreadful, persistent or unbearable feelings of anxiety.</p>	<p>2. مشاعر القلق</p> <p>هنا خاصك تبين حتى لاش من درجة كنت كتخس بالتوتر فخاطرك أو قلت الراحة ، أو القلق، أو الخوف من شي حاجة ما مفهوماش، فالأيام الثلاثة الفايطة.</p> <p>خاصك ترد البال بالخصوص للصعوبة دبال أي واحدة من هاد المشاعر اللي كاتجيك، سوى جات أو مشات أو بقات طول الوقت تقريباً.</p> <p>0- كنحس بالهدوء فبزاف ديال لوقات 0,5 1- بعض المرات كنحس بعدم الارتياح بشكل خايب 1,5 2- كنعاني بزاف من قلت الراحة فخاطري و يمكن تكون قوية بزاف، وخاصني ندير واحد المجهود كبير باش نتغلب عليها. 2,5 3- كنعاني من بعض المشاعر ديال القلق اللي كاتخوفأو مستمرة أو صعبة بزاف.</p>
<p><u>3. Sleep</u></p> <p>Here you should indicate how well you sleep - how long you sleep, and how good your sleep has been for the past three nights. Your assessment should reflect how you have actually slept, regard less of whether you have used sleeping pills. If you have slept more than usual, you should mark the scale at zero (0).</p> <p>0 I have no sleeping problems, and get as much sleep as I need. I have no difficulty in falling asleep 0,5 1 I have some sleeping problems. Sometimes it is hard to get off to sleep, or I sleep more lightly or</p>	<p>3. النعاس</p> <p>هنا خاصك تبين واش كتنعس مزيان وللا لا، أو تبين شحال ديال الوقت كتنعسو وكيفاش كان نعاسك قتلثة د الليلات الفايطة.</p> <p>خص التقييم ديالك لنعاسك يكون صحيح ، وماخصكش تكون كتأخذ الفانيد ديال النعاس. الى كنت (في الفترة الفايطة) نعست أكثر من عادتك، خصك (فهاد الحالة) تبدأ المقياس بصفر (0).</p> <p>0 - ما كنعاني من حتى شي مشاكل فالنعاس، وكنعس بالفدر لي بغيت. ما عندي حتى شي صعوبة باش نعس 0,5 1- كنعاني من بعض المشاكل فالنعاس. فبعض الحالات كيصعب علي باش نعس، أو لا كنعس شي نعاس خفيف أو مقلق 1,5 2 فكل ليلة كنعس بزوج د ساعات على الأقل أقل من عاتي لي موالف. كنفيق بزاف فالليل، حتى الا ما</p>

<p>restlessly than usual 1,5 2 I sleep at least 2 h a night less than usual. I wake often during the night, even if nothing has disturbed me 2,5 3 I sleep very badly, no more than 2–3 h a night</p>	<p>قلقاتنيشي حاجة. 2,5 3 كنعس نعاس خايبيزاف، ما كانفوتش 2 حتى 3 ساعات فالليلة</p>
<p>4. Appetite Here you should indicate how your appetite has been, and try to recall whether it has differed in any way from normal. If your appetite has been better than usual, you should mark the scale at zero (0). 0 My appetite has been much the same as usual 0,5 1 My appetite has been poorer than usual 1,5 2 I have had almost no appetite at all. Food seems tasteless and I have to make myself eat 2,5 3 I haven't felt like eating at all. I need persuading if I am to get anything down</p>	<p>4. الشهية هنا خاصك توضح كيفاش كانت الشهية ديالك ، وخاصك تحاول تذكر وتبين واشرحال داكشي لي كنت مولفاو لا مخالفة على داكشي لي كنت مولف. إلى كانت الشهية ديالك أحسن منداكشي لي كنت مولف، خاصك تبدا المقياس بنقطة صفر (0). 0 كانت الشهية ديالي للماكله كيما العادة أو ما تبدلاتش 0,5 1 كانت الشهية ديالي للماكله أقل من العادة ديالي 1,5 2- ما كانتش عندي الشهية للماكله كاع. 1,5 كانت الماكله كاتجيني بلا مذاق وكنت كنبزز الماكله على راسي 2,5 3 ما كانت عندي حتى شي رغبة فالماكله كاع. كان خاصني نقنع راسي باش ناكل,</p>
<p>5. Ability to concentrate Here you should try to indicate your ability to collect your thoughts, collect your thoughts, to concentrate on what you are doing. Try to recall how well you have been able to cope with tasks requiring different degrees of concentration — for instance, compare your ability to read a more complex text and an easy passage in the newspaper, or to pay attention to the TV. 0 I have no difficulty in concentrating</p>	<p>5. القدرة على التركيز هنا خاصك تحاول تبين القدرة ديالك على تجمع الأفكار ديالك ، والقدرة ديالك على التركيز فداكشي لي كاتدير. حاول تذكر القدرة ديالك على التعامل مع بعض المهام التي التي تتطلب درجات مخالفة ديال التركيز - مثلا ، قارن بين القدرة ديالك باش تقرأ واحد الموضوع معقد بزاق أو واحد المقطع سهل من شي جورنال، أولا الانتباه للتلفزة. 0- ما عندي حتى شي صعوبة فالتركيز 0,5 1 مرة مرة كانلق صعوبة فالتركيز على الحوايج التي عادة كاتفرحني (مثلا ، القراية أولا نتفرج فالنتلفزة) 1,5 2 كانلق صعوبة فالتركيز على كاع داكشي لي</p>

<p>0,5 1 Occasionally I find it hard to concentrate on things that I would usually find interesting (e.g., reading, or watching TV)</p> <p>1,5 2 I find it particularly hard to concentrate on things that usually require no effort (e.g., reading, or talking with other people)</p> <p>2,5 3 I am quite unable to concentrate on anything at all</p>	<p>ديما كيطلب واد الجهد (مثلا ، القرآنية أوللا الكلام مع ناس آخرين) 2,5 3 ما كانقدرش نركز على حتى شي حاجة كاع</p>
---	---

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

Les deux contre-traductions de l'arabe dialectal à l'anglais du MDRS-S ont été réalisées par Dr.Aziz Driouch/Dr.Mohssine Wahib

Les deux traducteurs ont été informés que ce questionnaire est un outil de l'autoévaluation de la dépression. A noter que les deux traducteurs n'ont jamais vu la version originale du MDRS-S.

2.1 Versions contre-traduites

2.1.1. Première contre-traduction du MDRS-S

Montgomery Asberg Depression Rating Scale Self-assessment)

مقياس مونتغمري أسبرج للتقييم الذاتي (لمستوى/لمعدل/ لدرجة) الاكتئاب

Target Language	Source Language
<p>1. Mood</p> <p>Here, you should try to demonstrate your mood, whether you feel sad or depressed. Try to remember how you felt three days ago; if your mood changes or stays still all the time, especially try to remember if you feel happy when something positive happens.</p> <p>0- I can be happy or sad, depending on the circumstances. 0.5</p> <p>1- I feel down most of the time, but I feel fine from time to time. 1.5</p> <p>2- I feel down and unhappy; even those feelings that normally make me happy do not excite me anymore. 2.5</p> <p>3- I feel weak and miserable to the extent I can't imagine there is worse</p>	<p>1. المزاج</p> <p>هنا خاصك تحاول تبين المزاج ديالك ، سوا كنت كتشعر بالحزن أولا الكآبة. حاول تذكر داكشي لي كنت كتشعر كتشعبه فثلاثة د ليام الفايطة ، سوا كان المزاج ديالك كيتغير ولا هوا هو اطول الوقت. بالخاص، حاول تذكر واش كتشعر براسك فرحانا ولا وقعت شي حاجة مزيانة.</p> <p>0- يمكن نكون إما فرحان أو مقلق حسب الظروف. 0.5</p> <p>1 كنحس بالم المزاج هابط في اغلب الاوقات ولكن مرة مرة كنكون مزيان 1.5</p> <p>2- كنحس براسي هابطلي المزاج ومقلق حتى دوك الحوايج لي فالعادة تيفرحوني ما بقاو كينشطوني كاع. 2.5</p> <p>3- كنشعر بالضعف والتعاسة، لدرجة أني ما كانقدرش نتصور شي حال أسوا من هداك</p>

<p>than that.</p> <p>2. Feelings of unease Here, you should show what extent you had a feeling of internal tension, unease, anxiety, or mysterious fear in the last three days. You have to pay particular attention to the intensity of each of these emotions- if it comes or vanishes or persists in nearly all the time.</p> <p>0- I feel at ease most of the time 0.5 1- Sometimes, I feel annoyingly unease. 1.5 2- I constantly feel unease, which can be very hard, and I make a lot of effort to overcome it. 2.5 3- I, sometimes, have some feeling of anxiety which is scary, constant or very hard.</p>	<p>2. مشاعر القلق</p> <p>هنا خاصك تبين حتى لاش من درجة كنت كتحس بالتوتر الداخلي، أو عدم الارتياح، أو القلق، أو الخوف الغامض، فالأيام الثلاثة الفايطة. خاصك تنتبه بشكل خاص لمدى شدة أي واحدة من هاد المشاعر، سوى جاءت أو مشات أو استمرت طول الوقت تقريباً.</p> <p>0- كنحس بالهدوء ف غالب الأحيان 0,5 1- أحياناً كنحس بعدم الارتياح بشكل مزعج 1,5 2- كنعاني باستمرار من مشاعر عدم الارتياح أو يمكن تكون قوية بزاف، وخاصني ندير واحد الجهد المجهود كبير باش نتغلب عليها. 2,5 3- كنعاني من بعض المشاعر ديال القلق اللي كاتخوف أو مستمرة أو صعبة بزاف.</p>
<p>3. Sleep Here, you should show if you sleep well or you don't, or to tell how much time you sleep and how was your sleeping in the last three nights. The evaluation of your sleeping has to be accurate, and you should not have used any sleeping pills. If you lately sleep more than you usually do, you, in this case, have to start from the scale 0.</p> <p>0- I don't have any problem with sleeping. I can sleep as much as I want. I don't have any difficulty in sleeping. 0.5 1- I face some problems with sleeping. 1.5 Sometimes, I find it difficult to sleep, or I have light-sleep or stress. 2- Every night, I sleep two hours less than the usual. I wake up a lot in the middle of the night even if nothing worries me. 2.5</p>	<p>3. النعاس</p> <p>هنا خاصك تبين واش كتنعس مزيان وللا لا، أو تبين شحال د الوقت كتنعس وكيفاش كان نعاسك فثلاثة د الليلات الفايطة. خص التقييم ديالك لنعاسك يكون صحيح ، وماخصكش تكون كتستعمل الفانيد ديال النعاس. الى كنت (في الفترة الفايطة) نعست أكثر من عادتك، خصك (فهاد الحالة) تبدا المقياس بصفر (0). 0- ما كنعاني من حتى شي مشاكل فالنعاس، وكنعس بالفدر لي بغيت. ما عندي حتى شي صعوبة باش نعس 0,5 1- كنعاني من بعض المشاكل فالنعاس. فبعض الحالات كيصعب علي باش نعس، أو لا كنعس نعس خفيف او مقلق 1,5 2 فكل ليلة كنعس بزوج د ساعات على الأقل أقل من المعتاد ملي موالف. كنفيق بزاف فالليل، حتى الا ما زعجتني شي حاجة. 2,5 3 كنعس نعاس خايب بزاف، ما كانفوتش 2 حتى 3 ساعات فالليلة</p>

<p>3- I sleep very badly. I don't exceed two or three hours of sleeping per night.</p>	
<p>4. Appetite In this part, You have to explain how has your appetite been and try to remember and show if it differs from the norm in a way or another. If your appetite is better than usual, you have to start with the scale 0. 0- My appetite for eating has been the same, and it has not changed. 0.5 1- My appetite for eating has been less than my habit. 1.5 2- I didn't have any appetite for eating at all. I found food tasteless, and I forced myself to eat. 2.5 3- I didn't have any appetite for eating at all. I had to convince myself to eat.</p>	<p>4. الشهية هنا خاصك توضح كيفاش كانت الشهية ديالك ، وخاصك تحاول تذكر وتبين واش اختلفت على المعتاد بشي شكل او للا لا. إلى كانت شهية ديالك أفضل من المعتاد ، خاصك تبدا المقياس بنقطة صفر (0). 0 كانت الشهية ديالي للماكلة كيما العادة أو ما تبدلاتش 0,5 1 كانت الشهية ديالي للماكلة أقل من العادة ديالي 1,5 2- ما كانتش عندي الشهية للماكلة كاع. 1,5 كانت الماكلة كاتجيني بلا مذاق وكنت كبزز الماكلة على راسي 2,5 3 ما كنتش عند حتى شي رغبة فالمماكلة كاع. كان خاصني نقتع راسي باش ناكل.</p>
<p>5. Ability to concentrate You have to demonstrate your ability to generate your ideas and concentrate on what you do. Try to remember your ability to deal with the tasks that necessitate different degrees of concentration. For example, compare your ability to read a very complex test with an easy passage from a newspaper, or pay attention to TV. 0- I don't have any problem of concentration. 0.5 1- From time to time, I find it difficult to concentrate on the things that normally make me happy (such as reading and watching TV). 1.5 2- I find it difficult to concentrate on things that normally require some effort. (Like reading or talking to others). 2.5 3- I can't concentrate on anything at all.</p>	<p>5. القدرة على التركيز هنا خاصك تحاول تبين القدرة ديالك على جمع الأفكار ديالك ، والقدرة ديالك على التركيز فداكشي لي كاتدير . حاول تذكر القدرة ديالك فالتعامل مع المهام التي التي تتطلب درجات مختلفة ديال التركيز - مثلا ، قارن بين القدرة ديالك باش تقرأ واحد النص معقد بزاق أو واحد المقطع سهل من شي جورنال، أو للا الانتباه للتلغزة. 0- ما عندي حتى شي صعوبة فالتركيز 0,5 1 مرة مرة كاتلق صعوبة فالتركيز على الحوايج التي عادة كاتفرحني (مثلا ، القراية أو للا نتفرج فالتلغزة) 1,5 2 كاتلق صعوبة فالتركيز على كاع داكشي للي عادة كيطلب واد الجهد (مثلا ، القراية أو للا الكلام مع ناس آخرين) 2,5 3 ما كاتقدرش نركز على حتى شي حاجة كاع</p>

2.1.2. Deuxième contre-traduction du MDRS-S :

(Montgomery Asberg Depression Rating Scale Self-assessment)

مقياس مونتغمري أسبرج للتقييم الذاتي (لمستوى/المعدل/ لدرجة) الاكتئاب

Target Language	Source Language
<p><u>1. Mood</u></p> <p>At this point, when you are sad or when you feel depressed, try to express your mood. Try to remember what you felt during the last three days, be it the case that you have a changing mood or a stable one. Specially, try to remember whether you feel happy when something good happens to you.</p> <p>-0: I might be happy or anxious which depends on certain circumstances</p> <p>- 1: I am in a bad mood most of the time but from time to time I feel good.</p> <p>-2: I am in a bad mood, anxious and even those things that usually cherish me don't anymore.</p> <p>-3: I feel weak and miserable to the extent that I can't imagine the situation could get any worse than this.</p>	<p>1. المزاج</p> <p>هنا خاصك تحاول تبين المزاج ديالك، سوا كنت كتعس بالحزن أو لا الكآبة. حاول تذكر داكشي لي كنت كتعسبه فتلاثة د ليام الفايطة ، سوا كان المزاج ديالك يتغير ولا هو هو أطول الوقت. بالأخص، حاول تذكر واش كتعسبراسك فرحان إلى وقعت شي حاجة مزيانة.</p> <p>0- يمكن نكون إما فرحان أو مقلق حسب الظروف. 0.5</p> <p>1 كنحس بالمزاج هابط فبزاف ديال لوقات ولكن مرة مرة كتكون حالتني مزيانة 1.5</p> <p>2- كنحس براسي هابط لي المزاج ومقلق حتى دوك الحوايجلي بعض المرات كاي فرحوني ما بقاوكينشطوني كاع. 2.5</p> <p>3- كنحس براسي ضعيف وفي التعاسة، لدرجة ما كانقدرش نتصور شي حال أخيب من هداك</p>
<p><u>2. Feelings of unease</u></p> <p>At this point you must show to which degree you have felt stressful, uncomfortable, anxious and mysteriously scared during the last three days. Specifically, you must regularly watch out the severity of any one of these feelings in case they start, continue or disappear.</p> <p>-0: I feel quiet most of the time</p> <p>- 1: Sometimes I feel uncomfortable in a very annoying way</p>	<p>2. مشاعر القلق</p> <p>هنا خاصك تبين حتى لاش من درجة كنت كتعس بالتوتر فخاطرك أو قلت الراحة ، أو القلق، أو الخوف من شي حاجة ما مفهوم ماش، فالأيام الثلاثة الفايطة.</p> <p>خاصك ترد البال بالخصوص للصعوبة ديال أي واحدة من هاد المشاعر اللي كاتجيك، سوى جات أو مشات أو بقات طول الوقت تقريباً.</p> <p>0- كنحس بالهدوء فبزاف ديال لوقات 0,5</p> <p>1- بعض المرات كنحس بعدم الارتياح بشكل خايب 1,5</p> <p>2- كنعاني بزاف من قلت الراحة فخاطري و يمكن تكون قوية بزاف، وخاصني ندير واحد المجهود</p>

<p>-2: I continuously and sometimes extremely suffer from lack of relief which makes me invest enormous efforts to get over it.</p> <p>-3: I suffer from some scary, constant and extremely hard feelings of anxiety</p>	<p>كبير باش نتغلب عليها. 2،5 3- كنعاني من بعض المشاعر ديال القلق اللي كاتخوف أو مستمرة أو صعبة بزاف.</p>
<p>3. Sleep</p> <p>At this level, you must make sure that you get enough sleep, show how much time you sleep and how well was your sleeping time during the last three days. Your sleeping assessment must be correct. Make sure that you don't use sleeping pills.</p> <p>In case you had an oversleep (during the last period) kindly start the scale from 0</p> <p>-0: I have no problems with sleeping. I sleep as much as I want. I find no difficulty in sleeping.</p> <p>- 1: I suffer from some problems with sleeping. Sometimes I find it hard to sleep or I have a light and annoying sleep</p> <p>-2: at every night, I sleep at least two hours, less than what I get used to if no one disturbs me</p> <p>-3: I always have bad sleep that I can't exceed two to three hours a night.</p>	<p>3. النعاس</p> <p>هنا خاصك تبين واش كتنعس مزيان وللا لا، أو تين شحال ديال الوقت كتنعسو كيفاش كان نعاسك قتلثة د الليلات الفايطة.</p> <p>خص التقييم ديالك لنعاسك يكون صحيح، وما خصكش تكون كتأخذ الفانيد ديال النعاس. الى كنت (في الفترة الفايطة) نعست أكثر من عادتك، خصك (فهاد الحالة) تبدأ المقياس بصفر (0).</p> <p>0 – ما كنعاني من حتى شي مشاكل فالنعاس، وكنعس بالقدر لي بغيت. ما عندي حتى شي صعوبة باش نعس 0،5</p> <p>1- كنعاني من بعض المشاكل فالنعاس. فبعض الحالات كيصعاب علي باش نعس، أو لا كنعس شي نعاس خفيف أو مقلق 1،5</p> <p>2 فكل ليلة كنعس بزوج د ساعات على الأقل أقل من عاتي لي موالف. كنفيق بزاف فالليل، حتى الا ما قلقاقتني شي حاجة. 2،5</p> <p>3 كنعس نعاس خايب بزاف، ما كان فوتش 2 حتى 3 ساعات فالليلة</p>
<p>4. Appetite</p> <p>At this level, you must clarify how was your appetite like. You must try to mention and show whether it has changed recently or not. If your appetite is better than usual, you are requested to start from scale 0.</p> <p>-0: My eating appetite was normal and did not change</p> <p>- 1: I had poor appetite for eating than usual</p>	<p>4. الشهية</p> <p>هنا خاصك توضح كيفاش كانت الشهية ديالك ، وخاصك تحاول تذكر وتبين واش بحال داكشي لي كنت مولف او لا مختالفة على داكشي لي كنت مولف.</p> <p>إلى كانت الشهية ديالك أحسن من داكشي لي كنت مولف ، خاصك تبدأ المقياس بنقطة صفر (0).</p> <p>0 كانت الشهية ديالي للمأكلة كيما العادة أو ما تبدلاتش 0،5</p> <p>1 كانت الشهية ديالي للمأكلة أقل من العادة ديالي</p>

<p>-2: I didn't have any appetite at all. My eating was tasteless and I was pushing myself to eat</p> <p>-3: I didn't have any appetite at all. I was always obliging myself to eat.</p>	<p>1,5 2- ما كانتش عندي الشهية للمأكلة كاع. 1,5 كانت المأكلة كاتجيني بلا مذاق وكنت كنبزز المأكلة على راسي 2,5 3 ما كانت عندي حتى شي رغبة فالمأكلة كاع. كان خاصني نقنع راسي باش ناكل, 5. القدرة على التركيز</p>
<p><u>5. Ability to concentrate</u></p> <p>At this point, you need to try to show your ability to generate ideas and ability to concentrate on whatever you are doing.</p> <p>Try to state your ability to deal with different tasks that require different levels of concentration. For example: compare between your ability to read a very complex text and an easy extract from a newspaper or while watching television.</p> <p>-0: I have no concentration problems</p> <p>- 1: sometimes I have some concentration problems while paying attention to things that please me such as: reading or watching television</p> <p>-2: I have concentration difficulties with things that usually require a certain level of efforts such as while studying or while talking to people.</p> <p>-3: I can't concentrate at all</p>	<p>هنا خاصك تحاول تبين القدرة ديالك على باش تجمع الأفكار ديالك ، والقدرة ديالك على التركيز فداكشي لي كاتدير . حاول تذكر القدرة ديالك فالتعامل مع بعض المهام التي اللي تتطلب درجات مختلفة ديال التركيز - مثلا ، قارن بين القدرة ديالك باش تقرأ واحد الموضوع معقد بزاق أو واحد المقطع سهل من شي جورنال، أولا الانتباه للتلفزة. 0- ما عندي حتى شي صعوبة فالتركيز 0,5 1 مرة مرة كاتلق صعوبة فالتركيز على الحوايج التي عادة كاتفرحني (مثلا ، القراية أو للا نتفرج فالتلفزة) 1,5 2 كاتلق صعوبة فالتركيز على كاع داكشي لي ديما كيطلب واد الجهد (مثلا ، القراية أو للا الكلام مع ناس آخرين) 2,5 3 ما كاتقدرش نركز على حتى شي حاجة كاع</p>

2.2 Version consensuelle de la contre traduction de l'arabe dialectal marocain à la version originale du MDRS-S

(Tableau 3)

Montgomery Asberg Depression Rating Scale Self-assessment)

مقياس مونتغمري أسبرج للتقييم الذاتي (لمستوى/المعدل/ لدرجة) الاكتئاب

Tableau 3 : Version consensuelle de la contre traduction des items

Target Language	Source Language
<p>1. Mood At this point, you should try to show your mood, whether you feel sad or depressed. Try to remember how you felt during the last three days; be it the case that you have a changing mood or a stable one all the time. Specially try to remember if you feel happy when something good happens to you. 0- I can be happy or sad, depending on the circumstances. 0.5 1- I am in a bad mood most of the time but from time to time I feel fine. 1.5 2- I feel down and unhappy; even those feelings that normally make me happy do not cherish me anymore. 2.5 3- I feel weak and miserable to the extent I can't imagine there is worse than that.</p>	<p>1. المزاج هنا خاصك تحاول تبين المزاج ديالك ، سوا كنت كتشعر بالحزن أو لا الكآبة. حاول تذكر داكشي لي كنت كتشعر كتحسبه فثلاثة د ليام الفايطة ، سوا كان المزاج ديالك كيتغير ولا هوا هو اطول الوقت. بالاختصاص، حاول تذكر واش كتحس براسك فرحانبالا وقعت شي حاجة مزيانة. 0- يمكن نكون إما فرحان أو مقلق حسب الظروف. 0.5 1 كنحسبالم المزاج هابط في اغلب الاوقات ولكن مرة مرة كنكون مزيان 1.5 2- كنحس براسي هابطلي المزاج ومقلق حتى دوك الحوايج لي فالعادة تيفرحوني ما بقاو كينشطوني كاع. 2.5 3- كنشعر بالضعف والتعاسة، لدرجة أني ما كانقدرش نتصور شي حال أسوا من هداك</p>
<p>2. Feelings of unease At this level, you have to show to what extent you had a feeling of internal tension, unease, anxiety, or mysterious fear in the last three days. You have to pay particular attention to the intensity of each of these emotions- if it starts, vanishes or persists in nearly all the time. 4- I feel quiet most of the time 0.5 5- Sometimes, I feel annoyingly</p>	<p>2. مشاعر القلق هنا خاصك تبين حتى لاش من درجة كنت كتحس بالتوتر الداخلي، أو عدم الارتياح، أو القلق، أو الخوف الغامض، فالأيام الثلاثة الفايطة. خاصك تنتبه بشكل خاص لمدى شدة أي واحدة من هاد المشاعر، سوى جاءت أو مشات أو استمرت طول الوقت تقريبا. 0- كنحس بالهدوء ف غالب الأحيان 0،5 1- أحيانا كنحسبعدم الارتياح بشكل مزعج 1،5 2- كنعاني باستمرار من مشاعر عدم الارتياح أو</p>

<p>uncomfortable. 1.5</p> <p>6- I constantly suffer from lack of relief, which can be very hard, and I make a lot of effort to overcome it. 2.5</p> <p>7- I suffer from some scary, constant and extremely hard feelings of anxiety</p>	<p>يمكن تكون قوية بزاف، وخاصني ندير واحد الجهد المجهود كبير باش نتغلب عليها. 2،5</p> <p>3- كنعاني من بعض المشاعر ديال القلق اللي كاتخوف أو مستمرة أو صعبة بزاف.</p>
<p>3. Sleep</p> <p>At this point, you should make sure that you get enough sleep, show how much time you sleep and how well was your sleeping time during the last three days. Your sleeping assessment has to be accurate. Make sure that you don't use sleeping pills.</p> <p>In case you had an oversleep (during the last period), kindly start the scale from 0</p> <p>4- I don't have any problem with sleeping. I can sleep as much as I want. I find no difficulty in sleeping. 0.5</p> <p>5- I face some problems with sleeping. Sometimes, I find it difficult to sleep, or I have light and annoying sleep. 1.5</p> <p>6- Every night, I sleep two hours less than the usual. I wake up a lot in the middle of the night even if nothing worries me. 2.5</p> <p>7- I have a very bad sleep. I don't exceed two or three hours of sleeping per night.</p>	<p>3. النعاس</p> <p>هنا خاصك تبين واش كتنعس مزيان وللا لا، أو تبين شحال د الوقت كتنعس وكيفاش كان نعاسك قتلثة د الليلات الفايطة.</p> <p>خص التقييم ديالك لنعاسك يكون صحيح ، وماخصكش تكون كتستعمل الفانيد ديال النعاس. الى كنت (في الفترة الفايطة) نعست أكثر من عادتك، خصك (فهاد الحالة) تبدا المقياس بصفر (0).</p> <p>0 - ما كنعاني من حتى شي مشاكل فالنعاس، وكنعس بالفدر لي بغيت. ما عندي حتى شي صعوبة باش نعس 0،5</p> <p>1- كنعاني من بعض المشاكل فالنعاس. فبعض الحالات كيصعب علي باش نعس، أو لا كنعس نعس خفيف أو مقلق 1،5</p> <p>2 فكل ليلة كنعس بزوج د ساعات على الأقل أقل من المعتاد ملي موالف. كنفيق بزاف فالليل، حتى الا ما زعجتني شي حاجة. 2،5</p> <p>3 كنعس نعاس خايب بزاف، ما كانفوتش 2 حتى 3 ساعات فالليلة</p>
<p>4. Appetite</p> <p>At this level, you have to explain how your appetite has been and try to remember and show if it differs from the norm in a way or another. If your appetite is better than usual, you have to start with the scale 0.</p> <p>0- My appetite for eating has been the</p>	<p>4. الشهية</p> <p>هنا خاصك توضح كيفاش كانت الشهية ديالك ، وخاصك تحاول تذكر وتبين واش اختلفت على المعتاد بشي شكل او للا لا.</p> <p>إلى كانت شهية ديالك أفضل من المعتاد ، خاصك تبدا المقياس بنقطة صفر (0).</p>

<p>same, and it has not changed. 0.5 1- I had a poor appetite for eating than usual. 1.5 2- I didn't have any appetite for eating at all. I found food tasteless, and I forced myself to eat. 2.5 3- I didn't have any appetite for eating at all. I had to convince myself to eat.</p>	<p>0 كانت الشهية ديالي للمأكلة كيما العادة أو ما تبدلاتش 0,5 1 كانت الشهية ديالي للمأكلة أقل من العادة ديالي 1,5 2- ما كانتش عندي الشهية للمأكلة كاع. 1,5 كانت المأكلة كاتجيني بلا مذاق وكنت كبزز المأكلة على راسي 2,5 3 ما كنتش عند حتى شي رغبة فالمأكلة كاع. كان خاصني نقنع راسي باش ناكل, 5. القدرة على التركيز</p>
<p><u>5. Ability to concentrate</u></p> <p>In this part, you have to demonstrate your ability to generate your ideas and concentrate on what you do. Try to remember your ability to deal with the tasks that necessitate different degrees of concentration. For example, compare your ability to read a very complex test with an easy passage from a newspaper, or pay attention to TV. 0- I don't have any problem of concentration. 0.5 1- From time to time, I find it difficult to concentrate on the things that normally make me happy (such as reading and watching TV). 1.5 2- I find it difficult to concentrate on things that normally require some efforts. (Like reading or talking to others). 2.5 3- I can't concentrate on anything at all.</p>	<p>هنا خاصك تحاول تبين القدرة ديالك على جمع الأفكار ديالك ، والقدرة ديالك على التركيز فداكشي لي كاتدير . حاول تذكر القدرة ديالك فالتعامل مع المهام التي اللي تتطلب درجات مختلفة ديال التركيز - مثلا ، قارن بين القدرة ديالك باش تقرأ واحد النص معقد بزاق أو واحد المقطع سهل من شي جورنال، أو للا الانتباه للتلفزة. 0- ما عندي حتى شي صعوبة فالتركيز 0,5 1 مرة مرة كانلق صعوبة فالتركيز على الحوايج التي عادة كاتفرحني (مثلا ، القراية أو للا نتفرج فالتلفزة) 1,5 2 كانلق صعوبة فالتركيز على كاع داكشي للي عادة كيطلب واد الجهد (مثلا ، القراية أو للا الكلام مع ناس آخرين) 2,5 3 ما كانقدرش نركز على حتى شي حاجة كاع</p>

4. Test préliminaire du MDRS-S

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

DISCUSSION

Pour qu'un outil psychométrique soit fonctionnel dans un pays, il faut le traduire de sa langue originale à celle qui est adaptée à ce pays, mais il doit aussi être adapté au contexte culturel.

Depuis l'introduction dans les années 50 des antidépresseurs, plusieurs études ont été réalisées au moyen d'évaluations psychométriques régulières sur la base de protocoles comprenant des groupes placebo.

Pour suivre l'évolution de la sévérité d'un épisode dépressif, on peut s'appuyer sur des évaluations réalisées par les cliniciens qui utilisent des échelles d'évaluation. Ces échelles sont remplies selon les informations obtenues par les cliniciens au cours d'entretiens semi-structurés avec les patients et sur des critères observables (Depression Guideline Panel, 1993).

Les deux échelles les plus fréquemment utilisées sont le Hamilton Depression Rating Scale (HDS) (Hamilton, 1960), perçu comme le test-référence, et le Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) (Montgomery et Asberg, 1979), mis en place spécifiquement pour sa sensibilité au changement, et considéré comme une échelle de référence en Europe dans ce domaine.

Les échelles d'auto-évaluation, telle que le Beck Depression Inventory (BDI) (Beck et al., 1961), ont été critiquées car leurs résultats différaient fortement de ceux obtenus par hétéro-évaluation. Cette différence a été attribuée en partie à des données sociodémographiques, cliniques et variables de personnalité des patients qui s'auto-évaluaient (Enns et al., 2000).

Plusieurs recherches ont tout de même fait appel à des auto-évaluations à grande échelle, notamment dans le cadre d'une étude récente de grande envergure qui a testé des alternatives de traitements séquentiels pour soigner la dépression (Sequenced Treatments Alternatives to Relieve Depression, STAR*D). Dans cette recherche on a utilisé plusieurs auto-évaluations, et plus particulièrement

une échelle, qui passait en revue les symptômes dépressifs, le *Quick Inventory of Depressive Symptomatology - Self-Report* (QIDS-SR16) (Rush et al., 2005). La publication des résultats du STAR*D, utilisant le QIDS-SR16 comme l'instrument de mesure de la réponse et de la rémission de la dépression, démontre l'importance croissante des échelles d'auto-évaluation (Trivedi et al., 2006).

Ces nouvelles auto-évaluations ont montré leur sensibilité au changement et aux différences entre les groupes de traitement (Rush et al., 2006 a) et ont retenu toute l'attention des cliniciens.

D'autres études ont alors montré que des échelles d'auto-évaluation permettent d'obtenir des évaluations équivalentes aux échelles d'hétéro-évaluation par des cliniciens et que ces résultats pouvaient être généralisés à des populations plus variées (Bernstein et al., 2007 ; Rush et al., 2006 a, 2006 b ; Trivedi et al., 2004).

Certaines variables cliniques et sociodémographiques semblent influencer la corrélation entre les deux types échelles :

En ce qui concerne les variables cliniques, les patients qui ont des antécédents psychiatriques ou des troubles de personnalité tendent à surestimer leurs symptômes dépressifs et ont des scores plus élevés que ceux de l'évaluation du clinicien (Dorz et al., 2004 ; Corruble et al., 1999).

D'autres variables cliniques sont avancées pour expliquer la discordance entre les échelles d'auto- et d'hétéro-évaluation : les traits de personnalité (Paykel et Prusoff, 1973 ; Enns et al., 2000 ; Duberstein et Heisel, 2007 ; Carter et al., 2010) ; la typologie et la sévérité de la dépression, la psychopathologie générale et les traits de personnalité (Moller & von Zerssen, 1995 ; Paykel & Norton,

1986) ; la présence de la dysthymie et de la dépression non endogène (Rush et al., 1987), les patients souffrant de dépression névrotique ou réactionnelle tendent à coter leur dépression plus sévère que ceux atteints d'une dépression endogène (Prusoff et al., 1972 ; Paykel and Prusoff, 1973 ; Moller et Steinmeyer, 1990).

Certaines variables sociodémographiques semblent aussi avoir une influence sur les résultats discordants entre ces deux types d'échelles, tels que l'âge (Paykel et Prusoff, 1973 ; Enns et al., 2000 ; Cunningham, 2013) ; l'âge, le statut marital et l'occupation (Dorz et al., 2004) . Le faible niveau d'éducation est associé à un plus faible score sur l'échelle d'autoévaluation en comparaison à l'hétéroévaluation (Enns et al., 2000 ; Cunningham et al., 2013).

Cependant certaines autres études (Corruble et al., 1999 b ; Rush et al., 1987) ne trouvent pas cette influence. Selon ces auteurs, les variables sociodémographiques et autres variables de la maladie (la durée de l'épisode dépressif, l'âge de survenue des troubles) n'a pas d'influence sur la corrélation. Dorz et al. (2004) expliquent que Corruble et al. (1999) ne trouvent pas d'influence des variables sociodémographiques par la différence de la méthodologie.

Les échelles d'auto-évaluation peuvent ainsi être utilisées de façon appropriées et efficaces lorsqu'il s'agit d'évaluer l'évolution des symptômes au quotidien, comme par exemple lors du début de traitement pharmacologique (Lenderking et al., 2008).

Pour revenir à notre sujet de travail, c'est en 1994 que le MADRS-S en langue anglaise apparait en tant que sous-échelle de la psychopathologie globale de l'Échelle d'évaluation des syndromes affectifs (CPRS-SA) ; d'emblée ses résultats sont similaires à ceux du MADRS (Svanborg et Asberg, 1994). Une des qualités qui intéressait ses utilisateurs était sa sensibilité au changement de la

sévérité de l'état dépressif au cours d'un traitement antidépresseur, à l'instar du BDI (Svanborg et Asberg, 2001).

En s'appuyant sur les expériences antérieures, nous devons insister 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 avons parvenu à ce qu'on a une version arabe dialectal marocain la plus proche, identique et compatible possible, par rapport à la version originale.

Apports et limites du travail

A notre connaissance notre travail visant à valider et adapter l'échelle MDRS-S par rapport à notre contexte marocain, est le premier de son genre dans notre pays.

Le but essentiel de ce travail était de permettre une mise en place d'un outil de mesure de la sévérité de la dépression.

Aucune échelle d'évaluation et de mesure de la dépression n'a été validé sur la population marocaine. La validation d'outils de dépistage était donc préalable. L'outil utilisé dans ce travail était le MDSRS-S.

Notre travail est certes une base importante, mais il demeure incomplet sans une validation quantitative, qui sera accomplie dans les mois prochains

Perspectives du travail

Notre étude de validation qualitative de l'échelle de MDRS-S 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 la sévérité de la dépression, 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, ou l'arabe dialectal marocain n'est pas couramment utile.

CONCLUSION

Les échelles d'auto-évaluation des symptômes dépressifs, occupent une place très importante en pratique et en recherche clinique, en raison de leur côté économique.

Notre étude visait en particulier à valider la MDRS-S dans sa composante qualitative, comme outil de dépistage de la sévérité du trouble dépressif. 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 MDRS-S sera suivie dans les prochains mois par une validation quantitative, afin de présenter aux praticiens une version en arabe dialectal marocain.

RÉSUMÉ

Résumé

Les échelles d'auto-évaluation des symptômes dépressifs, occupent une place très importante en pratique et en recherche clinique, en raison de leur côté économique.

Le but de la présente étude a été de traduire et de valider la version anglaise de l'échelle d'autoévaluation de la dépression de MADRS-S (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale SelfAssesement) et d'étudier si elle conserve ses propriétés psychométriques dans sa version arabe dialectale marocain.

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 en 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, aucun participant n'a eu de problèmes par rapport à la compréhension du questionnaire.

Ces résultats satisfaisants, nous ont mené à retenir notre version consensuelle en arabe dialectal marocain pour autoévaluer la dépression, son intensité et son évolution.

RÉFÉRENCES

Références

(1) NHS National Institute for Clinical Excellence, Depression : the treatment and management in adults ; 2009.

(2) Anderson IM, Ferrier IN, Baldwin RC, Cowen PJ, Howard L, Lewis G, et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants : a revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology guidelines. Journal of Psychopharmacology, 2008 ; 22 :343-96.

(3) New Zealand Guidelines Group, Identification of common mental disorders and management of depression in primary care. Ministry of Health, 2008.

(4) Patten SB, Kennedy SH, Lam RW, O'Donovan C, Filteau MJ, Parikh SV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. Classification, burden and principles of management. Journal of Affective Disorders, 2009 ; 117 (Suppl. 1) : S5-14.

(5) Kendrick T, King F, Albertella L, Smith PW, GP treatment decisions for patients with depression : an observational study. Br J Gen Pract, 2005 ; 55 :280-6.

(6). Minois G. Histoire du mal de vivre – De la mélancolie à la dépression. Paris:

Editions de La Martinière, 2003

(7). Eliade M. In : Histoire des croyances et des idées religieuses. Paris: Editions Payot,

1980, 2 tomes

(8) Judd LL, Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ, Endicott J, Coryell W, et al. A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. Arch Gen Psychiatry 1998 Aug;55(8):694-700.

[9] Weissman MM, Myers JK. Affective disorders in a US urban community (Etude ECA: Epidemiologic Catchment Area). Arch Gen Psychiatry 1978;35:1304-11.

[10] Narrow WE, Rae DS, Bobins LN, Regier DA. Revised prevalence estimates of mental disorders. Arch Gen Psychiatry 2002;59:115-23.

[11] Lepine JP, Lellouch J. Étude épidémiologique des troubles dépressifs et anxieux dans une population générale. Ann Med Psychol (Paris) 1993; 151:618-23.

[12] Rouillon F. Épidémiologie et facteurs de risque. In: Rouillon, F, editors. Les troubles dépressifs récurrents. Paris: John Libbey; 2003. p. 27-37.

[13] Peretti CS, Chauvot B. Les structures de prise en charge des suicidants. Actual Psychiatr 2001(n°spécial):25-9.

[14] Sechter D, Bonin B, Bertschy G, Vandiel S, Bizouard P. Prédiction du risque suicidaire. Encephale 1991;17:361-4.

[15] Ferreri M, Cousin FR, Rufin JC, Alby JM. Validation du HARD. Diagramme

d'évaluation de la dépression par la MADRS à propos d'une
étude de la Miansérine. *Encephale* 1986;12:343-50.

[16] Danion JM, Willard D, Schroeder MA, Zimmerman, Grange D,
Schlienger JL, et al. Explicit memory and repetition priming in
depression. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:707-11.

[17] Peretti CS, Ferreri F. Anxiété et troubles cognitifs. In: Ferreri M, editor.
Anxiété, anxiolyse et troubles cognitifs. Paris: Elsevier; 2004. p. 81-94.

[18] Jouvent R, Vindreau C, Montreuil M, Bungener C, Widlocher D. La
clinique polydimensionnelle de l'humeur dépressive. Nouvelle version
de l'échelle EHD. *Psychiatr Psychobiol* 1988;3:245-53.

[19] Widlocher D. Le ralentissement comme système d'action. In:
Widlocher D, editor. *Le ralentissement dépressif*. Paris: PUF; 1983.
p. 7-18.

[20] Angst J, Merinkangas K, Scheidegger P. Recurrent brief depression: a
new subtype of affective disorder. *J Affect Dis* 1990;19:87-98.

[21] Angst J. Recurrent brief depression. A new concept of mild depression.
Psychopharmacology (Berl) 1988;96:123.

[22] Montgomery SA. Recurrent brief depression. In: Feighner JP,

BoyerWF, editors. *The diagnosis of depression*. Chichester: JohnWiley and Sons; 1991. p. 119-34.

[23] Montgomery SA, Montgomery D, Baldwin D, Green M. Intermittent 3 day depressions and suicidal behaviour. *Neuropsychology* 1989;**22**: 128-34.

[24] Pezawas L, Wittchen HU, Pfister H, Angst J, Lieb R, Kasper S. Recurrent brief depressive disorder reinvestigated: a community sample of adolescents and young adults. *Psychol Med* 2003;**3**:407-18.

[25] Allilaire JF. La dysthymie. Point de vue psychopathologique. *Encephale* 1992;**18**:687-94.

[26] Hardy P. Les dysthymies. Clinique, nosologie et épidémiologie. *Encephale* 1992;**18**:707-15.

[27] Ferreri M, Morand P, Elatki S, Nuss P. Troubles dysthymiques. *Rev Prat* 1999;**49**:717-22.

[28] Akiskal HS. Toward a definition of dysthymia: boundaries with personality and mood disorders. In: Burton SW, Akiskal HS, editors. *Dysthymic disorder*. London: Gaskell; 1990. p. 1-2.

[29] Cotard J. Du délire hypocondriaque dans une forme grave de mélancolie

anxieuse. *Ann Med Psychol (Paris)* 1880;**4**:52-73.

[30] Rosenthal NE, Sack DA, Gillin JC, Lewy AJ, Goodwin FK, Davenport Y, et al. Seasonal affective disorder: a description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1984;**41**:72-80.

[31] Andrew JE, Wileman SM, Howie FL, Cameron IM, Naji SA, Eagles JM. Comparison of consultation rates in primary care attenders with and without seasonal affective disorder. *J Affect Disord* 2001;**62**: 199-205.

[32] Praschak-Rieder N, Willeit M, Neumeister A, Hilger E, Stastny J, et al. Prevalence of premenstrual dysphoric disorders in female patients with seasonal affective disorder. *J Affect Disord* 2001;**63**:239-42.

[33] Blick PA. Seasonal major affective disorder. *AmJ Psychiatry* 1986;**143**: 90-1.

[34] Purper-Ouakil D, Michel G, Mouren-Simeoni MC. La vulnérabilité dépressive chez l'enfant et l'adolescent : données actuelles et perspectives. *Encephale* 2002;**28**:234-40.

[35] Klein RG. Maladies dépressives chez l'adolescent. In: Olié JP, Poirier

MF, Loo H, editors. *Les maladies dépressives*. Paris: Flammarion; 2003. p. 32-9.

[36] Clement JP, Paulin S, Leger JM. Trouble de l'humeur. In: Leger JP, Clement AJ, Vertheimer J, editors. *Psychiatrie du sujet âgé*. Paris: Flammarion; 1999. p. 112-28.

[37] Blanchard M, Waterreus A, Mann AH. The nature of depression amongst older people in inner London and the contact with primary care. *Br J Psychiatry* 1994;**164**:396-402.

[38] Copeland JR, Beekman AT, Dewey ME, Hooijer C, Jordan A, Lawlor BA, et al. Depression in Europe. Geographical distribution among older people. *Br J Psychiatry* 1999;**174**:312-21.

[39] Blanchard M, Waterreus A, Mann AH. The effect of primary care nurse intervention upon older people in inner London screened as depressed. *J Geriatr Psychiatry* 1995;**10**:289-98.

[40] Whooley MA, Stone B, Soghikian K. Randomized trial of case-finding for depression in elderly primary care patients. *J Gen Intern Med* 2000; **15**:293-300.

[41] Bouvard M, Cottraux J. Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie

et en psychologie. Paris: Masson; 2002.

[42] Guelfi JD. In: L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Paris: éditions Médicales Pierre Fabre; 1993. p. 411p.

[43] Ferreri M, Cousin FR, Rufin JC, Alby JM. Validation du HARD. Diagramme d'évaluation de la dépression par la MADRS à propos d'une étude de la Miansérine. *Encephale* 1986;12:343-50.

[44] Von Frenckell R, Ferreri M, Caille P. Validation factorielle de l'échelle HARD dans deux groupes de déprimés. *Encephale* 1989;15:423-5.

[45] Widlocher D. Le ralentissement comme système d'action. In: Widlocher D, editor. *Le ralentissement dépressif*. Paris: PUF; 1983. p. 7-18.

[46] Beck AT, Beamesderfer A. Assessment of depression: the depression inventory. *Mod Probl Pharmacopsychiatry* 1974;7:151-9.

[47] Beck AT, Ward CH, Mendelson MD, Mock J, Erbaugh MC. An inventory measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.

[48] Zung WK. Self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965;12:63-70.

[49] Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.

[50] Pichot P, Boyer P, Pull CB, ReinW, Simon M, Thibault A. Le questionnaire QDZ. La forme abrégée QD 2A. *Rev Psychol Appli* 1984;4:323-40.