

# La SUMD (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder) : validation et adaptation française dans une population de patients souffrant de schizophrénie

Stéphane Raffard, PhD<sup>1</sup>; Raphaël Trouillet, PhD<sup>2</sup>; Delphine Capdevielle, MD<sup>3</sup>;  
Marie-Christine Gely-Nargeot, PhD<sup>4</sup>; Sophie Bayard, PhD<sup>5</sup>; Franck Larøi, PhD<sup>6</sup>;  
Jean-Philippe Boulenger, MD, PhD<sup>7</sup>

**Objectifs** : L'objectif principal a été de mener la validation française de la *Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder* (SUMD) auprès d'une population souffrant de schizophrénie.

**Méthode** : Cent patients souffrant de troubles schizophréniques ont été inclus. Nos analyses statistiques ont évalué la fidélité inter-juges, la validité théorique, la validité convergente ou divergente. Finalement, une analyse factorielle exploratoire a été conduite.

**Résultats** : Nos résultats montrent que la version francophone de la SUMD possède de bonnes qualités métrologiques. La fidélité inter-juges (CCI variant de 0,68 à 1,00) et la cohérence interne des facteurs ( $\alpha$  de Cronbach > 0,70) sont satisfaisantes. La validité convergente ou divergente a été confirmée par des corrélations élevées entre les scores de la SUMD et le score G12 de l'échelle des syndromes positif et négatif (PANSS). Nous ne rapportons que peu de liens entre les scores de la SUMD et les variables cliniques. Enfin, nos analyses factorielles ACP confirment l'hypothèse de deux dimensions distinctes de *l'insight* (conscience, attribution) dans leurs aspects actuel et passé.

**Conclusion** : La version française de la SUMD est une mesure fiable et valide de *l'insight* dans la schizophrénie. L'importance de mesurer *l'insight* et le développement d'interventions psychosociales afin d'améliorer *l'insight* des personnes souffrant de schizophrénie sont discutés.

Rev can psychiatrie. 2010;55(8):523–531.

### Implications cliniques

- La SUMD permet une évaluation multidimensionnelle de *l'insight*.
- La SUMD peut être utilisée autant en recherche qu'en pratique clinique courante.
- La validation du questionnaire SUMD permet la comparaison avec des études internationales.

### Limitations

- La fidélité inter-juge aurait nécessité plus de patients.
- La SUMD nécessite un temps de passation conséquent (entre 30 minutes et 1 heure selon le nombre de symptômes présents chez un individu), ainsi qu'une formation spécifique pour pouvoir l'utiliser.
- Seuls des patients souffrant de trouble schizophrénique ont été évalués.

**Mots clés** : schizophrénie, conscience des troubles, validation, Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder, variables cliniques

De nombreuses études rapportent qu'une majorité de patients souffrant de troubles psychotiques ont une faible conscience (*insight*) de leurs troubles et symptômes<sup>1,2</sup>. Les déficits d'*insight* ne sont pas uniquement présents dans la schizophrénie. Ils sont également observés dans d'autres troubles mentaux comme les troubles bipolaires<sup>2-6</sup> ou le trouble obsessionnel-compulsif<sup>7</sup>. Cependant, il s'avère que l'intensité et le caractère chronique de ces déficits sont relativement spécifiques à la schizophrénie<sup>1,2,4</sup>. Les conséquences des troubles de l'*insight* dans la schizophrénie sont importantes<sup>8</sup> car ils entraînent une plus faible adhésion au traitement<sup>9-11</sup>, une augmentation du nombre d'hospitalisations<sup>12-15</sup>, et des comportements violents<sup>16-19</sup>. Néanmoins, s'il apparaît nécessaire que les personnes souffrant de schizophrénie aient conscience de leur maladie pour la gérer et s'y adapter, il a été montré que cette conscience est aussi associée à plus de symptômes dépressifs, voire d'idées suicidaires<sup>20</sup>. En ce qui concerne l'étiologie des déficits de la conscience des troubles dans la schizophrénie, plusieurs études suggèrent l'implication de mécanismes de défense psychologiques et de stratégies d'adaptation<sup>20-22</sup>. Cependant, le lien significatif existant entre déficits cognitifs<sup>23</sup>, notamment exécutifs<sup>24</sup>, et déficits de l'*insight* provoque la nécessité d'appréhender ce phénomène par une approche pluri-étiologique<sup>21,25</sup>.

Le modèle d'Amador et coll.<sup>25,26</sup> est actuellement reconnu être le modèle de référence pour appréhender l'*insight* dans la schizophrénie. Amador et coll.<sup>27</sup> ont mis au point un outil, la SUMD, qui présente plusieurs intérêts autant en recherche qu'en clinique courante. L'échelle a été utilisée dans de nombreuses études auprès de patients souffrant de troubles schizo-affectifs, de schizophrénie ou de troubles bipolaires<sup>1,2</sup> et a été traduite en différentes langues dont le portugais<sup>28</sup> ou l'espagnol<sup>29</sup>. Certains items isolés peuvent être utilisés dans un but de recherche<sup>1,26,30</sup>. Cette échelle est l'outil le plus utilisé dans l'étude de l'*insight*<sup>31</sup> même s'il existe d'autres outils comme l'item G12 de la PANSS<sup>32</sup>, la *Birchwood Insight Scale*<sup>33</sup>, ou la *Beck Cognitive Insight Scale*<sup>30</sup> qui mesure une autre forme d'*insight*, appelé *insight* cognitif.

Cliniquement, l'*insight* a souvent été mesuré comme un phénomène unitaire, la plupart des études classant les patients comme ayant soit un bon *insight*, soit un *insight* médiocre. Cette vision de l'*insight* ne suffit pas à faire comprendre ce phénomène, comme le démontre ce patient qui a conscience de la présence de certains symptômes (par exemple, les hallucinations) ou qui nie être « malade » mais qui accepte le

traitement pharmacologique parce qu'il reconnaît que ça lui est bénéfique. De tels patients ne sont pas facilement catégorisables dans l'*insight* bon ou médiocre. Amador et coll.<sup>25,26</sup> ont proposé une mesure de l'*insight* où deux principales dimensions sont envisagées : la prise de conscience des symptômes et leur attribution. La dimension conscience renvoie à la reconnaissance des symptômes de la maladie, alors que l'attribution désigne les causes des symptômes. Ainsi, la pratique met en évidence que certains patients conscients du fait qu'ils ont un signe particulier de la maladie n'attribuent pas celui-ci à un trouble mental. Il semble que ces deux dimensions (conscience et attribution d'un symptôme) doivent être différenciées. De même, la SUMD permet de faire aussi une distinction entre un *insight* actuel et passé. Par exemple, un patient hospitalisé récemment qui nie avoir un trouble mental mais qui convient du fait d'avoir été malade précédemment, a une conscience médiocre de la maladie actuelle mais une bonne conscience de la maladie passée.

L'objectif principal de cette étude est de valider la SUMD en langue française. D'autre part, nous étudierons le lien entre la conscience des troubles et des données de symptomatologie psychotiques ou émotionnelles. En accord avec la méta-analyse de Mintz et coll.<sup>34</sup>, nous formulons l'hypothèse qu'il existe une association limitée entre les variables psychopathologiques et les différentes dimensions de l'*insight*.

## Méthode

### Participants

Cent participants ont été recrutés dans le Service universitaire de psychiatrie adulte du CHU de Montpellier. Le diagnostic a été établi d'après un consensus entre le psychiatre traitant et un psychiatre appartenant à l'équipe de recherche, suivant les critères du DSM-IV-TR<sup>35</sup>. Aucun patient n'a refusé de participer ou n'a été exclu. Les caractéristiques cliniques et démographiques sont présentées dans le Tableau 1.

Tous les patients étaient cliniquement stables lors de leur évaluation, selon leur psychiatre traitant, et ils bénéficiaient d'un traitement par neuroleptique. Leur consentement éclairé a été recueilli après que la procédure leur a été expliquée.

### Outils d'évaluation

*Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder*. La SUMD<sup>27</sup> est un questionnaire semi-structuré évaluant l'*insight* dans deux principales dimensions : la conscience et le processus d'attribution des symptômes. Chaque item de la SUMD est évalué sur une échelle de Likert à 5 points (1 conscient; 3 relativement conscient; 5 non conscient). La SUMD comprend 3 items généraux qui sont

1. la conscience d'avoir un trouble mental,
2. la conscience des effets du traitement,
3. la conscience des conséquences sociales de la maladie.

### Abréviations

BDI-II	<i>Beck Depression Inventory II</i>
G12	item G12 de la PANSS
KMO	Kayser-Meyer Olkin
PANSS	échelle des syndromes positif et négatif
STAI	<i>State-Trait Anxiety Inventory</i>
SUMD	<i>Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder</i>

**Tableau 1 Caractéristiques cliniques et démographiques des patients : moyennes (écarts-types)**

Caractéristiques démographiques	Patients n = 100
Âge, ans (ET)	32,1 (10,17)
Sexe	
Femmes, n (%)	26, (26)
Hommes, n (%)	74 (74)
Éducation, ans (ET)	10,66 (3,06)
Caractéristiques cliniques	
Durée de la maladie, ans (ET)	8,25 (9,20)
Âge de la première hospitalisation, ans (ET)	23,9 (7,4)
Diagnostic	
Schizophrénie, n (%)	92 (92)
Trouble schizo-affectif, n (%)	8 (8)
BDI-II, moyenne (ET)	12,75 (9,61)
PANSS, moyenne (ET)	74,90 (18,85)
G12, moyenne (ET)	4,26 (1,46)
STAI, moyenne (ET)	36,69 (12,18)
STAI, moyenne (ET)	41,03 (11,64)

Pour ces items, seules les consciences actuelles et passées sont évaluées. Il existe ensuite des items spécifiques relatifs aux différents symptômes de la maladie, au nombre de 17 : hallucinations (item 1), délire (item 2), troubles de la pensée (item 3), affects inappropriés (item 4), apparence inadaptée (item 5), comportement stéréotypé (item 6), jugement social médiocre (item 7), contrôle faible des impulsions agressives (item 8), contrôle faible des impulsions sexuelles (item 9), alogie (item 10), affects émoussés (item 11), apathie (item 12), anhédonie (item 13), troubles attentionnels (item 14), confus-désorienté (item 15), contact visuel inadapté (item 16) et retrait social (item 17). Le clinicien va évaluer *l'insight* de ces symptômes seulement si leur présence a été observée à l'aide d'un questionnaire semi-structuré comme la PANSS<sup>32</sup>.

Dans un premier temps, la conscience que le patient a de ses symptômes est évaluée puis, dans un deuxième temps, le clinicien évalue comment le patient s'attribue ou non leur origine.

Amador et coll.<sup>26,27</sup> ont envisagé une dimension temporelle en différenciant *l'insight* de l'épisode actuel et *l'insight* d'un épisode passé. Il existe ainsi 4 sous-échelles (conscience des symptômes actuels, conscience des symptômes passés, attribution des symptômes actuels, attribution des symptômes passés). Plus les scores sont faibles à la SUMD, meilleur est *l'insight*. L'évaluation de chaque patient fut réalisée à partir de la procédure proposée par Amador et coll.<sup>26</sup> dans leur manuel de passation qui offre des exemples de cotations

usuelles, mais aussi de cas ambigus. Les passations ont été effectuées par un psychiatre ou un psychologue formé à l'aide de vidéos de cas, afin de permettre une amélioration de la cotation inter-juges.

### *Échelle des syndromes positif et négatif*

La PANSS<sup>32</sup> comprend 30 items permettant de mesurer la symptomatologie schizophrénique. La cotation est réalisée par une échelle de Likert à 7 points qui varie de 1 (absent) à 7 (extrêmement présent) et fournit un score de symptomatologie positive, négative, de psychopathologie et un score total. Elle a été validée et traduite en français<sup>36</sup>. Les passations ont été effectuées par des psychologues et psychiatres formées à cette fin à l'aide de vidéos de cas comprenant une formation inter-juges

*Beck Depression Inventory-II*. Le BDI-II<sup>37</sup> est un auto-questionnaire de 21 items mesurant la symptomatologie dépressive pour un score total variant de 0 (pas de symptômes dépressifs) à 63 (symptomatologie dépressive majeure).

*State-Trait Anxiety Inventory*. Le STAI<sup>38</sup> est un auto-questionnaire comprenant deux échelles distinctes. L'échelle « état », correspondant à l'intensité de l'anxiété ressentie au moment de la passation, contient vingt phrases auxquelles le patient doit répondre sur une échelle de Likert variant de 1 à 4 (pas du tout à beaucoup). Pour l'échelle « trait », le patient doit répondre en évaluant la fréquence de son ressenti d'anxiété en général sur une échelle de Likert variant de 1 à 4 (presque jamais à presque toujours).

## Validation

### *Procédure de traduction de la SUMD en français*

Nous avons suivi la procédure standard de traduction et rétro-traduction. Premièrement, la SUMD fut traduite de l'anglais au français par des cliniciens. Puis, la version française obtenue fut traduite en anglais par un groupe de traducteurs professionnels non impliqués dans la première étape. Dans un troisième temps, un psychiatre bilingue a résolu les incohérences entre les 2 versions anglaises (version originale et version des traducteurs). Finalement, un psychologue bilingue a corrigé la version française finale et fait les changements appropriés.

### *Recueil des données*

Le protocole s'est déroulé en deux séances espacées de 48 heures au maximum. Lors de la première séance, les patients furent évalués par la PANSS, le BDI-II, et le STAI. Lors de la seconde séance, *l'insight* fut mesuré par la SUMD. Selon les recommandations d'Amador et coll.<sup>27</sup>, seuls les items de la PANSS ayant un score supérieur ou égal à 3 ont été évalués par la SUMD. La seconde évaluation de *l'insight* retenue dans notre étude pour analyser la validité de construit fut l'item G12 de la PANSS.

La fidélité inter-juges de la SUMD fut mesurée sur 15 sujets par deux examinateurs aveugles de leurs résultats respectifs à 24 heures d'intervalle.

**Tableau 2 Analyses descriptives de la SUMD (items généraux et les 4 sous échelles) et des évaluations psychopathologiques ( $n = 100$ ). Les résultats obtenus par Amador et coll.<sup>26</sup> sont indiqués ainsi que la significativité des différences entre les deux études**

Comparaison des niveaux <i>d'insight</i> entre notre étude et l'étude de validation initiale de la SUMD d'Amador et coll.	Notre étude Scores moyens (écarts-types)	Score d'Amador et coll. Scores moyens (écarts-types)	P
Conscience d'avoir un trouble mental			
Actuel	3,34 (1,52)	3,14 (1,6)	0,48
Passé	3,03 (1,67)	2,46 (1,6)	0,07
Conscience des effets du traitement			
Actuel	3,06 (1,54)	2,48 (1,4)	0,05
Passé	3,12 (1,62)	2,11 (1,2)	0,001
Conscience des conséquences sociales			
Actuel	3,44 (1,57)	3,08 (1,8)	0,23
Passé	3,10 (1,61)	2,93 (1,7)	0,57
Conscience des symptômes actuels	3,58 (1,04)	2,78 (1,0)	0,001
Conscience des symptômes passés	3,12 (1,21)	3,35 (1,5)	0,33
Attribution des symptômes actuels	3,55 (1,24)	2,61 (1,1)	0,001
Attribution des symptômes passés	3,28 (1,46)	2,74 (1,6)	0,01

### Analyses statistiques

Les données ont été traitées avec le logiciel Statistica 7.1. Les tests d'homogénéité entre les moyennes obtenues par Amador et coll.<sup>26</sup> et celles issues de notre étude ont été effectués en retenant un seuil de significativité calculé selon la valeur  $t$  des comparaisons respectives.

**Fidélité inter-juges.** La concordance inter-juges a été estimée par le coefficient de corrélation intra-classe (CCI) à deux facteurs aléatoires. Par convention, plus le CCI est proche de 1,00, meilleure est la fidélité inter-juges<sup>39</sup>.

**Validité théorique.** L'homogénéité de chacune des 4 dimensions fut étudiée par l'alpha de Cronbach qui évalue la cohérence interne des mesures. Plus l'alpha tend vers 1, plus l'instrument mesure adéquatement le concept analysé en le distinguant d'un autre groupe.

**Validité convergente ou divergente.** La validité convergente ou divergente a été évaluée avec le coefficient de corrélation de Bravais-Pearson (variables continues).

**Analyse en composantes principales.** Pour tester la validité de la SUMD, 2 analyses factorielles en composantes principales avec rotation orthogonale Varimax (la première analyse inclut les items des 2 sous-échelles « *insight* actuel », la deuxième analyse inclut les items des 2 sous-échelles « *insight* passé ») furent effectuées. Nous avons retenu les facteurs présentant une valeur propre minimale égale à 1,0 (critère de Kaiser), puis, en analysant le tracé des valeurs propres, ces facteurs devaient se situer avant la cassure de la courbe (critère de Cattell). Pour chaque item, le seuil de significativité des

saturation est fixé à 0,40<sup>40</sup>. Nous avons utilisé SPSS 17.0 afin d'appliquer le test de la sphéricité de Bartlett et l'index KMO pour vérifier l'adéquation de la matrice de corrélation avec l'analyse factorielle exploratoire.

## Résultats

### Analyses descriptives

Les résultats aux items généraux de la SUMD diffèrent significativement, pour une partie, de ceux obtenus dans l'étude originale d'Amador et coll.<sup>26</sup>. L'*insight* correspondant à l'item général « conscience des effets du traitement » (période actuelle) est significativement plus faible dans notre étude. De même, un niveau *d'insight* plus faible concernant la conscience des symptômes actuels, l'attribution des symptômes actuels et l'attribution des symptômes passés est constaté dans notre étude (Tableau 2).

### Fidélité inter-juges et validité théorique de la SUMD

Concernant les trois items généraux de la SUMD, nous rapportons une fidélité inter-juges excellente pour l'item « connaissance du trouble mental » actuel (CCI = 0,94) et passé (CCI = 1,00), ainsi que pour l'item « conscience des effets du traitement » actuel (CCI = 0,98) et passé (CCI = 0,94), l'item « conscience des conséquences sociales » actuel (CCI = 0,97) et passé (CCI = 0,95). Concernant les quatre sous-échelles, la dimension « conscience des symptômes actuels » présente une cohérence interne satisfaisante ( $\alpha = 0,77$ ) et une fidélité excellente pour le score total (CCI = 0,98). Pour la sous-échelle « attribution des symptômes

**Tableau 3** Corrélations des 3 items généraux et des 4 sous échelles de la SUMD avec l'évaluation de l'*insight* par l'item G12 et avec les données psychopathologiques (PANSS et BDI-II)

	G12	PANSS				BDI-II	STAI	
		Négative	Positive	Psychopathologie générale	Total		État	Trait
Connaissance du trouble mental								
Actuel	0,76 <sup>a</sup>	0,11	0,20 <sup>b</sup>	0,03	0,10	-0,22 <sup>b</sup>	-0,30 <sup>c</sup>	-0,38 <sup>c</sup>
Passé	0,47 <sup>a</sup>	0,37 <sup>a</sup>	0,20 <sup>b</sup>	0,20 <sup>b</sup>	0,30 <sup>c</sup>	-0,03	0,01	-0,01
Connaissance des effets du traitement								
Actuels	0,68 <sup>a</sup>	0,002	0,34 <sup>a</sup>	0,10	0,16	-0,04	-0,12	-0,25 <sup>c</sup>
Passés	0,34 <sup>a</sup>	0,25 <sup>c</sup>	0,21 <sup>b</sup>	0,18	0,27 <sup>c</sup>	0,14	0,19	0,08
Connaissance des conséquences sociales								
Actuelles	0,73 <sup>a</sup>	0,10	0,22 <sup>b</sup>	0,10	0,14	-0,18	-0,30 <sup>c</sup>	-0,32 <sup>a</sup>
Passées	0,38 <sup>a</sup>	0,37 <sup>a</sup>	0,22 <sup>b</sup>	0,30 <sup>c</sup>	0,35 <sup>a</sup>	0,02	0,04	0,04
Conscience des symptômes actuels								
	0,42 <sup>a</sup>	0,08	0,03	-0,18	-	-0,25 <sup>b</sup>	-0,48 <sup>a</sup>	-0,40 <sup>a</sup>
Conscience des symptômes passés								
	0,59 <sup>a</sup>	0,28 <sup>b</sup>	0,25 <sup>b</sup>	0,14	0,25 <sup>b</sup>	-0,10	-0,25	-0,16
Attribution des symptômes actuels								
	0,57 <sup>a</sup>	0,15	0,19	0,08	0,13	-0,16	-0,24	-0,22
Attribution des symptômes passés								
	0,61 <sup>a</sup>	0,28 <sup>b</sup>	0,21	0,14	0,25 <sup>b</sup>	-0,10	-0,25	-0,16

<sup>a</sup>  $P < 0,001$ ; <sup>b</sup>  $P < 0,05$ ; <sup>c</sup>  $P < 0,01$

actuels », nous rapportons également une bonne cohérence interne ( $\alpha = 0,75$ ) et une fidélité totale modérée (CCI = 0,68). La sous-échelle « conscience des symptômes passés » présente une cohérence interne élevée ( $\alpha = 0,88$ ) et une fidélité excellente (CCI = 0,93). La sous-échelle « attribution des symptômes passés » a une bonne cohérence interne ( $\alpha = 0,84$ ) et une fidélité excellente (CCI = 0,99).

#### Validité convergente ou divergente de la SUMD

La validité de construit de la SUMD a été étudiée en analysant la validité convergente de l'outil. Nos résultats montrent des corrélations positives entre les items généraux, les sous-échelles de la SUMD et l'évaluation de l'*insight* obtenue par le score à l'item G12 de la PANSS.

Par ailleurs, la validité de construit fut vérifiée en étudiant les liens entre les scores de la SUMD et les variables cliniques. Le choix de ces variables a été fait au regard des critères retenus dans l'étude d'Amador et coll.<sup>26</sup> et des résultats obtenus lors de précédentes études concernant les liens entre le niveau d'*insight* et différents indicateurs psychopathologiques<sup>15,41</sup>. La SUMD ne présente que peu de liens avec le score total de la PANSS excepté pour les items généraux « connaissance du trouble mental » et « conscience des conséquences sociales »

et les sous-échelles « conscience des symptômes passés » et « attribution des symptômes passés » qui corrént positivement avec la PANSS (respectivement  $R = 0,20$ ,  $P = 0,05$ ;  $R = 0,30$ ,  $P = 0,005$ ;  $R = 0,25$ ,  $P = 0,05$ ;  $R = 0,25$ ,  $P = 0,05$ ).

De même, nous n'observons pas de corrélation significative entre les scores de la SUMD et le score total au BDI-II, excepté pour l'item « connaissance actuelle du trouble mental » et la sous-échelle « conscience des symptômes actuels » qui corrént négativement avec le score total au BDI-II ( $R = -0,22$ ,  $P = 0,02$  et  $R = -0,25$ ,  $P = 0,05$  respectivement) c'est-à-dire que les patients présentant des symptômes dépressifs auraient un meilleur *insight* en ce qui concerne certaines dimensions.

Concernant les liens entre l'anxiété et la SUMD, la dimension trait du STAI corrént négativement avec les 3 items généraux dans leur dimension actuelle (item 1 :  $R = -0,38$ ,  $P < 0,001$ ; item 2 :  $R = -0,25$ ,  $P = 0,01$ ; item 3 :  $R = -0,32$ ,  $P = 0,001$ ) et la sous-échelle « conscience des symptômes actuels » ( $R = -0,40$ ,  $P < 0,001$ ). La dimension état du STAI corrént négativement avec la SUMD pour les items généraux « connaissance du trouble mental » et « connaissance des conséquences sociales » ( $R = -0,30$ ,  $P = 0,003$  et  $R = -0,30$ ,

$P = 0,003$ , respectivement) ainsi qu'avec la sous-échelle « conscience des symptômes actuels » ( $R = -0,48$ ,  $P = 0,001$ ) (Tableau 3).

### Analyse factorielle en composantes principales

Deux analyses factorielles en composante principale (ACP) furent réalisées, incluant chacune 34 items (17 items conscience et 17 items attribution). La première analyse factorielle (Tableau 4) inclut les 34 items portant sur *l'insight* actuel dans sa dimension conscience et attribution. La deuxième analyse factorielle (Tableau 4) inclut les 34 items portant sur *l'insight* passé dans sa dimension conscience et attribution. Si la distinction *insight* passé et *insight* actuel est indiquée par le temps de conjugaison de la phrase utilisée pour évaluer l'item, nous explorerons ici la validité d'une répartition des items au sein des deux formes d'*insight* pour chacun de ces temps. Pour les items évaluant *l'insight* actuel, le test de la sphéricité de Bartlett est significatif ( $\chi^2 = 1071,05$ ;  $df = 561$ ;  $P < 0,001$ ) et le test de KMO égale 0,60. Pour les items évaluant *l'insight* passé, le test de la sphéricité de Bartlett est significatif ( $\chi^2 = 1751,07$ ;  $df = 561$ ;  $P < 0,001$ ) et le test de KMO égale 0,71. Nos deux matrices de corrélations sont donc adaptées à une analyse factorielle exploratoire<sup>42</sup>.

Concernant la dimension « conscience des symptômes actuels », nos analyses indiquent que 9 items saturent significativement sur le facteur théorique 1 (Tableau 4) de cette dimension. Concernant la dimension « conscience des symptômes passés », nos analyses soulignent que 15 items sont des indicateurs valides du facteur théorique 1 (Tableau 4) correspondant à cette dimension. Les analyses portant sur les items du facteur « attribution des symptômes actuels » puis celles sur les items du facteur « attribution des symptômes passés » indiquent que 11 items saturent significativement sur le facteur théorique 2 actuel (Tableau 4) alors que 9 items saturent significativement sur le deuxième facteur passé (Tableau 4).

## Discussion

L'objectif principal de notre étude a été de valider en langue française un outil largement utilisé dans les recherches internationales concernant l'évaluation de *l'insight* dans la schizophrénie. Nous avons pu mettre en évidence la validité, la fidélité et la structure factorielle de la version francophone de la SUMD.

En ce qui concerne la validité de la SUMD en français, la comparaison de nos résultats descriptifs avec l'étude initiale d'Amador et coll.<sup>26</sup> ou d'autres travaux portant sur de plus larges échantillons<sup>1,43</sup>, montre des résultats très proches. Ainsi, nos données sont comparables avec celles d'Amador et coll.<sup>26</sup> concernant le défaut d'*insight* des patients souffrant de schizophrénie. Cependant, les résultats concernant la « conscience des effets du traitement actuel », la « conscience des symptômes actuels », « l'attribution des symptômes actuels » et « l'attribution des symptômes passés » rendent compte d'un *insight* plus faible chez nos patients comparativement aux

données d'Amador et coll.<sup>26</sup>. Une première explication pourrait consister dans un biais de cotation des évaluateurs dans notre étude. Cependant ce biais n'existe pas pour toutes les dimensions, ce qui va à l'encontre de cette hypothèse. Une autre hypothèse pouvant expliquer ces résultats est que nos patients ont été recrutés en milieu hospitalier. Nous pouvons donc penser que les patients inclus dans notre étude présentent une pathologie grave, car ils ont nécessité une hospitalisation et un suivi hospitalier. Enfin un dernier élément pouvant expliquer ces différences peut venir des modalités de prise en charge des patients. L'annonce du diagnostic de schizophrénie ainsi que des prises en charge centrées sur l'amélioration de la conscience des troubles ainsi que de l'adhésion au traitement sont encore des pratiques assez récentes en France, et pourraient avoir une influence péjorative sur *l'insight* des patients<sup>44,45</sup>.

En ce qui concerne la fidélité de la SUMD, nos résultats sont en partie conformes à ceux d'Amador et coll.<sup>26</sup>; certains items présentent une excellente fidélité inter-cotateurs et d'autres ont une fidélité moins importante mais néanmoins acceptable. La formation soutenue de l'équipe à la passation de cette échelle, ainsi que le lieu unique de recrutement des patients peuvent expliquer les excellents résultats obtenus pour les trois items généraux de la SUMD. Enfin, nos analyses factorielles confirment l'hypothèse d'Amador et coll.<sup>26</sup> selon laquelle *l'insight* posséderait deux dimensions distinctes (conscience et attribution) pouvant se référer chacune à un *insight* des symptômes actuels et passés. Si la répartition des items, au sein des facteurs théoriques extraits à partir de l'analyse factorielle, est conforme aux hypothèses d'Amador et coll.<sup>26</sup>, certains items ne présentent pas de saturations significatives et apparaissent alors comme des indicateurs douteux des facteurs de conscience et d'attribution. Le maintien ou l'exclusion de ces items comme indicateurs des dimensions d'un modèle de *l'insight* tel que proposé par Amador et coll.<sup>26</sup> reste alors à confirmer par d'autres études incluant un plus grand nombre de participants et adoptant une méthodologie confirmatoire telle que proposée par la modélisation par équation structurale.

D'un point de vue plus clinique, la mise en évidence de faibles relations entre les différentes dimensions de la SUMD et les variables cliniques comme la symptomatologie psychotique, dépressive ou anxieuse confirme, dans une population française, les données décrites dans la littérature anglo-saxonne<sup>34</sup>.

Notre étude comporte plusieurs limites. Tout d'abord, l'échantillon ayant servi à la validation de la SUMD est modeste et aurait gagné à être plus étendu, notamment concernant la validité inter-juges. Par ailleurs, nos données sont transversales et ne concernent qu'un seul type de population et ne permettent donc pas de mettre en évidence la validité discriminante de la SUMD. Cette étude demande donc à être poursuivie en observant l'évolution de *l'insight* par les modifications des résultats de la SUMD chez des

**Tableau 4 Résultats des deux analyses en composantes principales pour les versions « actuel » et « passé » respectivement des 2 sous-échelles conscience et attribution de la SUMD (les items avec des saturations significatives sont indiqués). Dans la première colonne, nous avons réparti les items dans les dimensions conscience ou attribution selon les hypothèses d'Amador et coll.<sup>26</sup>.**

Items « actuels »	<i>Insight actuel</i>		<i>Insight passé</i>	
	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 1	Facteur 2
<b>Conscience des symptômes</b>				
Item 1	-0,23	0,05	0,48 <sup>a</sup>	0,15
Item 2	0,15	0,08	0,79 <sup>a</sup>	0,08
Item 3	0,35	0,07	0,75 <sup>a</sup>	0,25
Item 4	0,40 <sup>a</sup>	-0,01	0,62 <sup>a</sup>	0,32
Item 5	0,36	-0,15	0,35	0,08
Item 6	0,47 <sup>a</sup>	-0,07	0,43 <sup>a</sup>	-0,13
Item 7	0,44 <sup>a</sup>	0,17	0,66 <sup>a</sup>	0,35
Item 8	-0,07	0,03	0,42 <sup>a</sup>	0,30
Item 9	-0,06	-0,02	-0,10	0,00
Item 10	0,59 <sup>a</sup>	0,01	0,52 <sup>a</sup>	-0,01
Item 11	0,59 <sup>a</sup>	-0,09	0,72 <sup>a</sup>	0,09
Item 12	0,68 <sup>a</sup>	-0,08	0,74 <sup>a</sup>	-0,18
Item 13	0,66 <sup>a</sup>	0,02	0,73 <sup>a</sup>	-0,01
Item 14	0,34	0,10	0,55 <sup>a</sup>	0,00
Item 15	0,10	-0,07	0,05	0,06
Item 16	0,62 <sup>a</sup>	0,03	0,53 <sup>a</sup>	0,14
Item 17	0,59 <sup>a</sup>	-0,01	0,68 <sup>a</sup>	0,03
<b>Attribution des symptômes</b>				
Item 1	-0,11	0,36	0,14	0,65 <sup>a</sup>
Item 2	-0,21	0,53 <sup>a</sup>	-0,06	0,74 <sup>a</sup>
Item 3	-0,03	0,73 <sup>a</sup>	0,28	0,58 <sup>a</sup>
Item 4	-0,11	0,63 <sup>a</sup>	0,22	0,57 <sup>a</sup>
Item 5	0,06	0,10	-0,02	0,53 <sup>a</sup>
Item 6	0,33	0,49 <sup>a</sup>	0,14	0,13
Item 7	-0,06	0,51 <sup>a</sup>	0,07	0,75 <sup>a</sup>
Item 8	-0,12	0,24	0,29	0,37
Item 9	0,09	0,08	-0,04	0,21
Item 10	0,27	0,42 <sup>a</sup>	0,30	0,27
Item 11	-0,11	0,51 <sup>a</sup>	0,07	0,68 <sup>a</sup>
Item 12	0,16	0,40 <sup>a</sup>	0,16	0,14
Item 13	0,28	0,62 <sup>a</sup>	0,34	0,38
Item 14	-0,08	0,52 <sup>a</sup>	0,37	0,30
Item 15	-0,06	-0,07	0,02	0,06
Item 16	-0,11	0,28	-0,11	0,63 <sup>a</sup>
Item 17	0,12	0,56 <sup>a</sup>	0,52	0,24
Variable expliquée, %	12	11	24	10
Valeur propre	4,16	3,84	8,32	3,49

<sup>a</sup> Les items avec des saturations significatives

patients avant et après prise en charge spécifique de *l'insight*, notamment par thérapie comportementale et cognitive<sup>46,47</sup>.

Cette validation en français de la SUMD a un intérêt important pour les cliniciens francophones, car elle leur permet d'évaluer *l'insight* de manière rigoureuse et complète. Il apparaît en effet important de ne plus évaluer *l'insight* en tout ou rien mais à l'aide d'un continuum et d'une approche multidimensionnelle. Ainsi, la SUMD permet d'évaluer l'aspect partiel de la conscience d'un symptôme, donnée importante qui permet de mieux comprendre la représentation que le patient se fait de sa maladie. Évaluer *l'insight* d'un patient implique d'évaluer l'ensemble des symptômes présents et de ne plus se limiter à considérer qu'un patient ayant un bon *insight* est un patient qui doit reconnaître absolument le fait d'avoir un trouble mental. La SUMD permet enfin au clinicien d'explorer avec le patient la dimension d'attribution des symptômes. Cette évaluation de *l'insight* conduit le clinicien à la nécessité d'être exhaustif afin de pouvoir travailler sur les éléments de la maladie dont le patient a conscience, et qui peuvent de ce fait constituer un intérêt commun au centre du rapport collaboratif.

## Conclusions

L'intérêt et l'originalité de notre étude est de confirmer pour la première fois, par l'intermédiaire d'une analyse exploratoire en composante principale, la validité du modèle d'Amador qui propose de distinguer deux dimensions distinctes de *l'insight* : la conscience d'un symptôme et la dimension d'attribution de ce symptôme. La SUMD étant l'outil le plus fréquemment utilisé en recherche internationale, sa validation permet d'offrir aux chercheurs français un outil de comparaison.

## Remerciements

Financement et soutien : aucun. Conflits d'intérêts : aucun.

Nous remercions le professeur X.F. Amador de l'Université Columbia (É.-U.) pour nous avoir autorisés à traduire et valider la SUMD en langue française.

## Bibliographie

- Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, et coll. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:826–836.
- Pini S, Cassano GB, Dell'Osso L, et coll. Insight into illness in schizophrenia, schizoaffective disorder, and mood disorders with psychotic features. *Am J Psychiatry*. 2001;158:122–125.
- Peralta V, Cuesta MJ. Lack of insight in mood disorders. *J Affect Disord*. 1998;49:55–58.
- Pini S, de Queiroz V, Dell'Osso L, et coll. Cross-sectional similarities and differences between schizophrenia, schizoaffective disorder and mania or mixed mania with mood-incongruent psychotic features. *Eur Psychiatry*. 2004;19:8–14.
- Sanz M, Constable G, Lopez-Ibor I, et coll. A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables. *Psychol Med*. 1998;28:437–446.
- Yen CF, Chen CS, Ko CH, et coll. Changes in insight among patients with bipolar I disorder: a 2-year prospective study. *Bipolar Disord*. 2007;9:238–242.
- Nakata AC, Diniz JB, Torres AR, et coll. Level of insight and clinical features of obsessive-compulsive disorder with and without body dysmorphic disorder. *CNS Spectr*. 2007;12:295–303.
- Raffard S, Bayard S, Capdevielle D, et coll. La conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie : une revue critique. Partie I : Insight et schizophrénie, caractéristiques cliniques de l'insight. *L'Encéphale*. 2008;34(6):597–605.
- Droulout T, Liraud F, Verdoux H. Relationships between insight and medication adherence in subjects with psychosis. *L'Encéphale*. 2003;29:430–437.
- Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, et coll. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry*. 2002;63:892–909.
- Lincoln TM, Lüllmann E, Rief W. Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophr Bull*. 2007;33:1324–1342.
- Nakano H, Terao T, Iwata N, et coll. Symptomatology and cognitive predictors of insight in chronic schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2004;127:65–72.
- Olsson M, Mechanic D, Boyer CA, et coll. Assessing clinical predictions of early rehospitalization in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*. 1999;187:721–729.
- Perkins DO. Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2002;63:1121–1128. Review.
- Drake RJ, Dunn G, Tarrier N, et coll. Insight as a predictor of the outcome of first-episode nonaffective psychosis in a prospective cohort study in England. *J Clin Psychiatry*. 2007;68:81–86.
- Kim CH, Jayathilake K, Meltzer HY. Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophr Res*. 2003;60:71–80.
- Buckley PF, Hrouda DR, Friedman L, et coll. Insight and its relationship to violent behavior in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2004;161:1712–1714.
- Schwartz RC, Smith ET. Suicidality and psychosis: the predictive potential of symptomatology and insight into illness. *J Psychiatry Res*. 2004;38:185–191.
- Soyka M, Graz C, Bottlender R, et coll. Clinical correlates of later violence and criminal offences in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2007;94:89–98.
- Cooke M, Peters E, Fannon D, et coll. Insight, distress and coping styles in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2007;94:12–22.
- Lysaker PH, Bryson GJ, Lancaster RS, et coll. Insight in schizophrenia: associations with executive function and coping style. *Schizophr Res*. 2003;59:41–47.
- Subotnik KL, Nuechterlein KH, Irzhevsky V, et coll. Is unawareness of psychotic disorder a neurocognitive or psychological defensiveness problem? *Schizophr Res*. 2005;75:147–157.
- Aleman A, Agrawal N, Morgan KD, et coll. Insight in psychosis and neuropsychological function: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2006;189:204–212. Review.
- Raffard S, Bayard S, Gely-Nargeot MC, et coll. Insight and executive functioning in schizophrenia: a multidimensional approach. *Psychiatry Res*. 2009;167:239–250.
- Amador XF, Strauss DH, Yale SA, et coll. Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1991;17:113–32. Review.
- Amador XF, Strauss DH, Yale SA, et coll. Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry*. 1993;150:873–879.
- Amador XF, Strauss DH. The Scale to assess Unawareness of Mental Disorder. New York (NY): Columbia University and New York Psychiatric Institute;1990.
- Fiss N, Chaves AC. Translation, adaptation and reliability study of the Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder—SUMD. *Rev Bras Psiquiatria*. 2005;27:143–145.
- Ruiz A, Pousa E, Duño R, et coll. [Spanish adaptation of the Scale of Unawareness of Mental Disorder (SUMD)]. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008;36(2):111–119. Spanish.
- Beck AT, Baruch E, Balter JM, et coll. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res*. 2004;68:319–329.
- Kemp R, David A. Psychosis: insight and compliance. *Forensic Psychiatry*. 1995;8:357–361.
- Kay SR, Opler LA, Lindenmayer JP. Reliability and validity of the positive and negative syndrome scale for schizophrenics. *Psychiatry Res*. 1988;23:99–110.
- Birchwood M, Smith J, Drury V, et coll. A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;89:62–67.
- Mintz AR, Dobson KS, Romney DM. Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res*. 2003;61:75–88. Review.
- American Psychiatric Association. Mini-DSM-IV-TR. Critères diagnostiques. Guelfi JD, Crocq MA, Boyer P, et coll., traducteurs. Paris (FR): Masson; 2004.
- Lançon C, Auquier P, Llorca PM, et coll. Étude des propriétés psychométriques de la PANSS dans sa version française dans une population de patients schizophrènes. *L'Encéphale*. 1997;23:1–9.

37. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Inventaire de Dépression de Beck-2<sup>e</sup> édition (BDI-II) (Version 2). Paris (FR): Éditions du Centre de Psychologie Appliquée (ECPA); 1998.
38. Spielberger C D. Inventaire d'Anxiété État-Trait (Forme Y). Paris (FR): Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée; 1993.
39. Fleiss JL, Cohen J. The equivalence of weighted Kappa and the intraclass correlation coefficient as measures of reliability. *Educ Psychol Meas.* 1973;33:613–619.
40. Falissard B. Mesurer la subjectivité en santé. Paris (FR): Masson; 2001.
41. Lysaker PH, Salyers MP. Anxiety symptoms in schizophrenia spectrum disorders: associations with social function, positive and negative symptoms, hope and trauma history. *Acta Psychiatr Scand.* 2007;116:290–298.
42. Norusis MJ. SPSS professional statistics. Chicago (IL): SPSS; 1993.
43. Thompson KN, McGorry PD, Harrigan SM. Reduced awareness of illness in first-episode psychosis. *Compr Psychiatry.* 2001;42:498–503.
44. Courtet P. Viewpoint of schizophrenic patients: a European survey. *L'Encéphale.* 2001;27:28–38.
45. Rocamora JF, Benadhira R, Saba G, et coll. Schizophrenia diagnostic announcement in a French psychiatric unit. *L'Encéphale.* 2005;31:449–455.
46. Rathod S, Kingdon D, Smith P, et coll. Insight into schizophrenia: the effects of cognitive behavioural therapy on the components of insight and association with sociodemographics data on a previously published randomised controlled trial. *Schizophr Res.* 2005;74:211–219.
47. Turkington D, Kingdon D, Turner T. Insight into Schizophrenia Research Group. Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 2002;180:523–527.

Manuscrit reçu en janvier 2009, révisé, et accepté en mars 2010.

<sup>1</sup> Docteur en Psychologie Clinique, EA Dynamique des Capacités Humaines et des Conduites de Santé Laboratoire Epsilon, Service universitaire de psychiatrie adulte, Hôpital de la Colombière, CHU Montpellier, Université de Montpellier, Montpellier, France.

<sup>2</sup> Maître de Conférence Universitaire en Psychologie clinique, EA Dynamique des Capacités Humaines et des Conduites de Santé Laboratoire Epsilon, Université de Montpellier, Montpellier, France.

<sup>3</sup> Docteur en Médecine, Praticien Hospitalo-Universitaire, Service universitaire de Psychiatrie adulte, Hôpital de la Colombière, CHU Montpellier, INSERM U-888, Université Montpellier 1, France.

<sup>4</sup> Professeure de Psychologie Clinique et Neuropsychologie, EA Dynamique des Capacités Humaines et des Conduites de Santé Laboratoire Epsilon, Université de Montpellier, Montpellier, France.

<sup>5</sup> Docteur en Neuropsychologie Clinique, Département de Neurologie, Hôpital Gui-de-Chauliac, CHU Montpellier, INSERM U-888, France.

<sup>6</sup> Docteur en Psychologie Clinique, Unité de Psychopathologie Cognitive, Université de Liège, Liège, Belgique.

<sup>7</sup> Professeur de Psychiatrie, Service Universitaire de Psychiatrie Adulte CHU Montpellier, Université Montpellier I, INSERM U-888, Montpellier, France.

*Adresse de correspondance* : Dr S Raffard, Service du Professeur Boulenger, Hôpital La Colombière, 191 Avenue Charles Flahault, 34295 Montpellier cedex 5, France; s-raffard@chu-montpellier.fr

## Abstract: French Adaptation and Validation of the Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder

**Objectives:** To validate the French version of the Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD) in patients with schizophrenia.

**Method:** One hundred patients with schizophrenic disorders were included. Our statistical analyses evaluated interrater reliability, theoretical validity, and convergent or divergent validity. Finally, an exploratory factor analysis was conducted.

**Results:** The results revealed good psychometric properties for the French version of the SUMD. Both interrater reliability (ICC ranged from 0.68 to 1.00) and internal consistency (Cronbach  $\alpha > 0.70$ ) were satisfactory. Criterion validity was confirmed by high correlation values between SUMD scores and scores on the Positive and Negative Syndrome Scale G12 item evaluating insight. Moreover, as hypothesized, there were few associations between SUMD scores and clinical variables. Finally, Principal Component Analyses confirmed the hypothesis of 2 distinct insight dimensions (consciousness and attribution) for both present and past aspects.

**Conclusions:** This French version of the SUMD is a reliable and valid measure of insight in schizophrenia. The clinical relevance of its measure and the development of psychosocial interventions to improve insight into illness in patients with schizophrenia are discussed.