

Validation de la section G du « Composite International Diagnostic Interview », relative à la schizophrénie, traduite au dialecte tunisien.

Rym Rafrafi*, Najla Namouri*, Mabrouk Ghaouar*, Mohamed Hsairi**, Wahid Melki*, Zouhaier El Hechmi*

* Université de Tunis El Manar, Faculté de médecine de Tunis, CHU Razi, Service de psychiatrie F, UR 03/04, La Manouba, Tunisie.

** Université de Tunis El Manar, Faculté de médecine de Tunis, Institut National de la Santé Publique, Tunis, Tunisie.

R. Rafrafi, N. Namouri, M. Ghaouar, M. Hsairi, W. Melki, Z. El Hechmi

Validation de la section G du « Composite International Diagnostic Interview », relative à la schizophrénie, traduite au dialecte tunisien.

LA TUNISIE MEDICALE - 2013 ; Vol 91 (n°11) : 648-654

R É S U M É

Prérequis : Le diagnostic précoce de la schizophrénie pourrait améliorer son pronostic. Ceci nécessite des stratégies de dépistage et le recours à des instruments adaptés aux médecins de première ligne.

But : Traduire au dialecte tunisien la section G du Composite International Diagnostic Interview relative à la schizophrénie et vérifier la validité et la fiabilité de cette section traduite.

Méthodes : Après la traduction directe de la version arabe validée, la validité externe a été étudiée en analysant les caractéristiques métriques du test (sensibilité, spécificité, valeurs prédictives), le gold standard étant l'avis du psychiatre fondé selon les critères du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux dans sa troisième version révisée. L'étude de la fiabilité s'est basée sur le calcul du coefficient de cohérence (fidélité inter-juges).

Résultats : L'instrument a présenté une faible sensibilité de 45% [32%-58%], conforme voire meilleure que celle de la littérature. Il a affiché une bonne spécificité de 96% [93%-99%] montrant sa capacité à écarter les sujets sains, leur épargnant les conséquences d'un faux diagnostic d'une maladie aussi grave. La fiabilité inter-juges était de 0,83. La durée moyenne de passation était de 20 minutes. L'instrument n'a pas présenté de variations interindividuelles selon le sexe, l'âge ou le niveau éducationnel.

Conclusions : En dépit de sa faible capacité à détecter les sujets souffrant de schizophrénie, la section G du Composite International Diagnostic Interview demeure intéressante devant son caractère, maniable, fiable et sa faible variabilité interindividuelle facilitant son utilisation par les non psychiatres en population générale.

M o t s - c l é s

Epidémiologie, Schizophrénie, Diagnostic précoce, Questionnaires, Etudes de validation, Sensibilité et spécificité.

R. Rafrafi, N. Namouri, M. Ghaouar, M. Hsairi, W. Melki, Z. El Hechmi

Validity and reliability of the Tunisian version of section G of the Composite International Diagnostic Interview, relative to schizophrenia.

LA TUNISIE MEDICALE - 2013 ; Vol 91 (n°11) : 648-654

S U M M A R Y

Background: Early diagnosis of schizophrenia can improve its outcome. Hence, screening policies should be held and suitable tools must be available for general practitioners.

Aim: To translate the section G (about schizophrenia) of the Composite International Diagnostic Interview to the Tunisian dialect and to check its validity and reliability.

Methods: The Arabic version of section G of the Composite International Diagnostic Interview has been translated to the Tunisian dialect by psychiatrists speaking fluently both languages. Metric features of the instrument (sensitivity, specificity and predictive values) were assessed by checking its results against those of the gold standard i.e. the expert's opinion owing to the criteria of the Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders 3rd revised edition. Reliability has been measured by the index of observer agreement.

Results: The instrument showed a low sensitivity of 45% [32% - 58%] and a high specificity of 96% [93% - 99%]. It looked as a diagnostic test that can avoid wrong diagnoses of such a serious and stigmatizing illness. These values are similar or even better than those of literature. The observer agreement index was 0.83 showing a very good reliability. The interviews mean duration was 20 minutes. The instrument showed no variability towards the sex, the age or the educational level of interviewees.

Conclusion: Even though section G of the Composite International Diagnostic Interview failed to detect most cases with schizophrenia and showed a poor sensitivity, this instrument can be useful for screening strategies carried out by lay interviewers in the general population.

Key - words

Epidemiology, Schizophrenia, Early diagnosis, Questionnaires, Validity studies, Sensitivity and specificity

La schizophrénie, maladie chronique à répartition universelle, est considérée comme un problème de santé publique à cause de sa fréquence, de l'âge de son installation, du handicap qu'elle engendre et de l'augmentation du taux de suicide qu'elle entraîne. Bien que 25% des patients puissent guérir dans les cinq premières années [1], la durée de psychose non traitée reste encore importante. Elle atteint les cinq ans dans 75% des cas [2], ce qui entrave l'évolution de la maladie : en effet, une longue durée de psychose non traitée est corrélée à un mauvais pronostic avec une évolution symptomatique et fonctionnelle péjoratives [3] et une mauvaise réponse au traitement [4]. Toutes ces données font de la schizophrénie une maladie grave à lourde charge morbide dans la société, pouvant justifier des stratégies de dépistage. Celles-ci permettent d'en évaluer la prévalence, de planifier les besoins sanitaires et de prévoir les structures de soins et les budgets nécessaires à la prise en charge du patient souffrant de schizophrénie. Ce dépistage ne peut être mis en œuvre efficacement que par l'utilisation d'un outil épidémiologique répondant à un certain nombre de critères. Il doit être valide c'est à dire « qu'il évalue bien ce qu'il est censé évaluer dans les conditions d'application » [5]. Il doit être fiable ou reproductible c'est-à-dire capable de « fournir des résultats comparables dans les mêmes conditions » [5]. Il doit être facilement maniable par les non-spécialistes en l'occurrence les médecins généralistes. En effet, ils peuvent être les premiers confrontés à la schizophrénie. Les recherches épidémiologiques ont montré que « les guides d'interview standardisé psychiatrique sont applicables en médecine générale » [6]. Enfin, l'outil épidémiologique doit être bien adapté aux caractéristiques socioculturelles de la société à laquelle il s'adresse. Il doit donc être traduit au dialecte courant afin de limiter les biais liés à la compréhension des questions et permettre ainsi un meilleur recueil des données et une comparaison transculturelle des résultats.

Parmi ces outils figure le Composite International Diagnostic Interview (CIDI) un instrument performant et complet [7] présentant plusieurs avantages [8]. C'est un instrument hautement structuré et facilement maniable par les cliniciens et les non cliniciens et permet des modifications adaptées aux nouvelles versions des classifications des troubles mentaux. Il a été traduit et validé en plusieurs langues (arabe, brésilienne.) [9,10]

Le but de ce travail était de proposer aux chercheurs une version tunisienne validée de la section G du CIDI relative à la schizophrénie.

MATERIEL ET METHODES

Les étapes de ce travail étaient :

- Traduire au dialecte tunisien la section G du CIDI, relative à la schizophrénie
- Vérifier la validité de cette section traduite.
- Vérifier sa fiabilité

1. INSTRUMENT : LE CIDI

1.1. PRESENTATION DE L'INSTRUMENT

Le CIDI est un questionnaire structuré, destiné à être utilisé comme un outil de recherche dans le domaine de la santé mentale. Il a été élaboré à partir de deux questionnaires différents ; le Diagnostic Interview Schedule (DIS) et le Persent State Examination (PSE). Le DIS fournit des diagnostics issus du DSM-III (Diagnostical and Statistical Manual for mental disorders (DSM) 3ème version) et offre la possibilité de traduction en plusieurs langues, tandis que le PSE, un instrument anglais créé en 1974, offre la possibilité d'utilisation d'un système informatique basé sur la neuvième version de la classification internationale des maladies (ICD). Cette fusion a fait du CIDI un questionnaire plus complet et plus performant. Il s'appuie sur des critères diagnostiques standardisés validés à l'échelle internationale, pour fournir les diagnostics. En outre, il offre la possibilité de modifications adaptées aux nouvelles classifications (DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-R et ICD10). Ce travail a pour but de traduire et de valider la section G relative à la schizophrénie, de la version 1.0 du CIDI basée sur les critères du DSM-III-R (DSM 3ème version révisée). Elle est composée de 41 questions. Elle permet d'étudier les différents symptômes de la schizophrénie répondant aux critères diagnostiques du DSM-III-R.

1.2. LA TRADUCTION

La traduction du questionnaire a été effectuée à partir de la version arabe du CIDI, version qui a été validée par Karam et al. en 1995 [9]. Concernant le processus de traduction, un comité de psychiatres tunisiens experts, possédant une bonne connaissance de l'arabe littéraire a été constitué. Il a opéré une traduction directe de la langue arabe au dialecte tunisien, tout en respectant les différentes équivalences:

- L'équivalence linguistique : qui consiste à respecter le sens [11]
- L'équivalence dynamique : « l'induction des réponses équivalentes aussi bien au niveau cognitif qu'au niveau émotif » [11]

2. ANALYSE DE LA VALIDITE DE L'INSTRUMENT (C.I.D.I)

L'étude de la validité s'est basée sur l'analyse de la validité externe.

2.1. DEFINITIONS

- La validité externe

Elle consiste à vérifier la capacité de l'instrument (CIDI) à détecter la majorité des sujets malades et à écarter la majorité des sujets sains par la mesure de sa sensibilité et de sa spécificité. Elle se base sur la comparaison des résultats obtenus par l'instrument (test) (schizophrénie absente ou présente) avec ceux obtenus par un autre moyen pris comme référence : le gold standard.

- Le « Gold Standard »

C'est une référence qui permet de poser un diagnostic définitif,

en se basant sur des critères scientifiquement validés. Dans ce travail, le gold standard consiste en l'avis de l'expert psychiatre qui se base sur les critères du DSM-III-R. Le « Gold Standard » permet de définir le groupe «patient» ou «malade» et le groupe «témoin» ou «non malade».

2.2. POPULATION ETUDIEE - ECHANTILLONAGE

a. Critères d'inclusion et d'exclusion

La population d'origine, incluant les malades et les témoins, est représentée par les consultants du Centre de la Santé de Base de la Mannouba et des malades suivis dans les différents pavillons du service de psychiatrie F de l'hôpital Razi (consultation post-hospitalisation et consultation externe pour les patients jamais hospitalisés) durant une période de deux mois. Ils appartenaient aux différentes classes sociales et aux différents niveaux d'instruction provenant du secteur du gouvernement de Nabeul, de Tunis ville et de la Mannouba.

Les critères d'inclusion et d'exclusion pour l'ensemble des malades et des témoins étaient :

- Âge supérieur ou égal à 18 ans, Consentement à la participation à l'étude, Compréhension du dialecte tunisien, Absence de troubles somatiques ou cognitifs empêchant la communication. Absence d'une co-morbidité psychiatrique. Stabilité de la maladie soit absence de modification majeure du traitement et/ou d'hospitalisation depuis six mois. Cette stabilité était nécessaire pour permettre un recueil en aveugle des données et éviter d'être influencé par un diagnostic évident et pour limiter les troubles cognitifs liés à la schizophrénie.

- Maladie schizophrénique diagnostiquée selon les critères du DSM-III-R depuis au moins cinq ans,

Exclusion de tout trouble appartenant au spectre de la schizophrénie (schizophrénie, trouble schizophréniforme, trouble schizo-affectif, personnalité schizoïde, schizotypique ou paranoïaque).

b. Echantillonnage

• Taille des groupes :

Cette étape a permis de préciser le nombre de participants nécessaire pour obtenir une estimation de la sensibilité du test avec une précision satisfaisante. Ce nombre (n) est calculé en utilisant l'équation suivante qui dérive de la formule de l'intervalle de confiance à 95% du paramètre à estimer en se basant sur la loi normale : $n = \frac{z^2 pq}{i^2}$

- n = effectif de l'échantillon pour chaque groupe (« patient » et « témoin »).

- ϵ = écart réduit correspondant à un risque d'erreur α égal à 5%, soit = 1,96.

- p = correspondant à une valeur estimée de la sensibilité du CIDI, à travers la littérature. Devant la non disponibilité d'une estimation de la sensibilité d'une version tunisienne de l'instrument, une sensibilité de 50% qui dépasse les données de la littérature mondiale [9,10], a été retenue.

- q = 1-p

- i correspondant à la précision désirée de l'estimation, elle a été fixée à : $i = p/5$

En appliquant cette formule, l'effectif nécessaire était de 96

participants au minimum pour chaque groupe. L'échantillon de cette étude a porté sur 225 participants. Il était composé de 114 malades et de 111 témoins (marge de sécurité au cas où certains participants auraient arrêté intempestivement l'interview).

• Modalités de recrutement des malades et des témoins :

Deux psychiatres ont été chargés de recruter les malades et les témoins avec le recrutement des 225 participants consécutifs, répondant aux critères d'éligibilité (164 sujets du service de psychiatrie F et 61 sujets du centre de la santé de base de la Mannouba). Le recrutement des témoins a duré deux semaines alors que celui des patients a duré deux mois.

2.3. RECUEIL DES DONNEES

L'administration de l'instrument aux malades et aux témoins a été assurée par deux étudiants en psychologie formés dans cette perspective. L'échantillon a été présenté aux interviewers dans les locaux du service de psychiatrie F. Ils réalisaient la passation de la version tunisienne de la section G du CIDI à l'aveugle, c'est-à-dire, sans être informés de la classe à laquelle l'individu enquêté appartenait (patient/ témoin).

2.4. ANALYSE DES DONNEES

L'analyse des données a consisté à estimer la sensibilité et la spécificité de l'instrument dans le dépistage de la schizophrénie à travers la construction du tableau 1.

Tableau 1 : Validité externe d'un test : confrontation des résultats du test et du gold standard.

RESULTATS DU GOLD STANDARD				
		Patient	Témoin	Total
RESULTATS	Test positif	Vrai positif (a)	Faux positif (b)	(a+b)
DU TEST	Test négatif	Faux négatif (c)	Vrai négatif (d)	(c+d)
	Total	(a+c)	(b+d)	(a+b+c+d)

Ce tableau permet d'étudier les différentes caractéristiques définissant la validité externe de tout instrument ou test :

- La sensibilité (Se) : c'est la capacité d'un test à détecter les sujets malades. $Se = a/(a+c)$ avec un intervalle de confiance à 95% = $Se \pm 1,96 \sqrt{[Se(1-Se)]/\text{nombre de malades}}$

- La spécificité (Sp) : c'est la capacité d'un test à exclure les sujets ne présentant pas la maladie étudiée. $Sp = d/(d+b)$ avec un intervalle de confiance à 95% = $Sp \pm 1,96 \sqrt{[Sp(1-Sp)]/\text{nombre de témoins}}$

Devant la non représentativité de l'échantillon, les valeurs prédictives ont été calculées par les formules dérivant du théorème de Bayes [12].

- La valeur prédictive positive (VPP) : c'est la probabilité qu'une personne ayant un test positif, soit malade. $VPP = Se.p / [(Se.p) + (1-Sp).(1-p)]$

- La valeur prédictive négative (VPN) : c'est la probabilité qu'une personne ayant un test négatif, ne soit pas malade. $VPN = [Sp.(1-p)] / [Sp.(1-p) + (1-Se).p]$

«p» représente la prévalence de la schizophrénie dans la population générale. Mais puisque cette donnée n'existe pas

dans la population générale tunisienne, la valeur mondiale de [0.19% - 1%] a été prise en référence [13].

3. ANALYSE DE LA FIABILITE DE L'INSTRUMENT

La fiabilité ou fidélité, étudie la reproductibilité de l'instrument dans les mêmes conditions. Elle désigne la stabilité d'une mesure dans un temps indéterminé et ce, quels que soient les utilisateurs de l'instrument. Dans ce travail, la fiabilité a été vérifiée par l'étude de la fidélité inter-juges. Elle a consisté à appliquer le test à un échantillon de 30 nouveaux individus par deux enquêteurs différents des deux premiers, et à comparer la concordance des résultats obtenus. Les individus participants ont été choisis par un psychiatre expert parmi les patients du service de psychiatrie F (schizophrénie et autres diagnostics) et de leurs parents. L'échantillon a été présenté à deux "juges" (enquêteurs), étudiants en médecine, ayant eu une formation dans l'utilisation de l'instrument. La passation de l'interview s'est faite en aveugle et d'une manière simultanée et indépendante entre les deux observateurs. La concordance des résultats a été mesurée par la suite, par le calcul du coefficient Kappa (K) de concordance [14] : $K = (P_{\text{observé}} - P_{\text{calculé}}) / (1 - P_{\text{calculé}})$

Avec : $P_{\text{observé}}$ = proportion observée de concordance entre juges

$P_{\text{calculé}}$ = probabilité d'un accord aléatoire entre les juges dans la situation d'indépendance.

RESULTATS

CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE L'ECHANTILLON ETUDIE : SELON LE RECRUTEMENT INITIAL (PATIENT / TEMOIN)

La proportion du sexe féminin était de 23% chez les malades et de 32% chez les témoins, sans différence significative ($p=0,1439$). La moyenne d'âge dans le groupe des patients était de 40 ans contre 37 ans dans le groupe des témoins, sans différence significative ($p=0,15$). Concernant le statut matrimonial, 64% des patients ($n=73$) étaient célibataires, contre 26% des témoins ($n=29$), et 27% ($n=31$) des patients étaient mariés contre 67% des témoins ($n=75$). Cette différence entre les deux groupes était significative ($p=0,00002$). Pour les patients appartenant à la classe active (sujets âgés et étudiants exclus), 75% des sujets ($n=80$) étaient sans profession. Pour les témoins appartenant à la classe active, 49% des sujets ($n=55$) étaient professionnellement actifs. Cette différence était significative ($p=0,000279$). Aucune différence concernant le niveau d'instruction n'a été mise en évidence entre les deux groupes (patient/témoin) ($p=0,228$), avec une moyenne de sept ans d'études.

ETUDE DE LA VALIDITE EXTERNE DE LA VERSION TUNISIENNE DE LA SECTION G DE L'INSTRUMENT CIDI

Le tableau 2 a permis de calculer les différentes caractéristiques définissant la qualité de l'instrument.

- La sensibilité : $Se = 55/114 = 45\%$

- L'intervalle de confiance de la sensibilité du CIDI estimé selon la formule sus citée est [32% - 58%]

- La spécificité : $Sp = 103/111 = 96\%$

- L'intervalle de confiance de la spécificité du CIDI estimé selon la formule sus citée est [93% - 99%]

Par défaut de valeur de prévalence de la schizophrénie dans la population d'origine, le calcul des valeurs prédictives s'est basé sur la prévalence mondiale qui varie entre 0,19 et 1%. [15]

- La valeur prédictive positive appartenait à l'intervalle [0,02-0,1].

- La valeur prédictive négative appartenait à l'intervalle [0,90 - 0,99].

Tableau 2 : Validité externe de la section G du C.I.D.I. : confrontation des résultats du Gold standard et du C.I.D.I.

		RESULTATS DU GOLD STANDARD		
		Patient	Témoin	Total
RESULTATS DU TEST (C.I.D.I)	Schizophrenie (+)	55	8	63
	Schizophrenie (-)	59	103	162
	Total	114	111	225

CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE L'ECHANTILLON APRES PASSATION DU CIDI

Cette partie a visé à comparer les deux groupes, schizophrénie(+) [présence de schizophrénie] / schizophrénie(-) [absence de schizophrénie], obtenus après passation du test.

Ainsi, la différence de répartition selon le sexe entre les deux groupes n'était pas significative ($p=0,65$) (30% de femmes dans le groupe schizophrénie(+) Vs 27% dans le groupe schizophrénie(-)). La moyenne d'âge dans le groupe schizophrénie(+) était de 41ans contre 38 ans dans le groupe schizophrénie(-), sans différence significative ($p=0,32$). Concernant le statut matrimonial, 61% ($n=39$) du groupe schizophrénie(+) étaient célibataires, contre 38% ($n=49$) du groupe schizophrénie(-), et 30% ($n=19$) du groupe schizophrénie(+) étaient mariés contre 53% ($n=89$) du groupe schizophrénie(-). Cette différence était significative ($p=0,004$). La répartition entre les deux groupes concernant la situation professionnelle n'était pas significativement différente ($p=0,59$) ($n=216$ appartenant à la classe active, chômage 71% dans le groupe schizophrénie(+) Vs 60% dans le groupe schizophrénie(-)). Il n'y avait pas de différence significative dans la répartition entre les deux groupes concernant le niveau d'instruction ($p=0,84$).

ETUDE DE LA FIABILITE DE LA SECTION G DU CIDI

Les résultats obtenus par les deux enquêteurs ont été groupés dans le tableau 3. Ainsi,

- $P_{\text{observé}}$ = Proportion observée d'accord relatif entre les deux juges = $(8+20)/30 = 93\%$

- $P_{\text{calculé}}$ = Probabilité d'un accord aléatoire entre les deux juges : qui peut être calculée ainsi : $9/30 * 9/30 + 21/30 * 21/30 = 0,58$

Donc après calcul, $Kappa = (0,93 - 0,58) / (1 - 0,58) = 0,83$

Tableau 3 : Comparaison des résultats obtenus par les deux juges au cours de l'étude de la fiabilité de la section G du C.I.D.I.

	JUGE 2		Total
	Schizophrenie(+)	Schizophrenie(-)	
	8	1	9
JUGE 1	1	20	21
	9	21	30

AUTRE CARACTERISTIQUE DE L'INSTRUMENT : DUREE DE PASSATION

La durée de passation de la version tunisienne de la section G du C.I.D.I était de vingt minutes en moyenne pour le groupe des patients, avec un maximum de soixante et onze minutes. Elle est de neuf minutes en moyenne pour le groupe des témoins avec un maximum de soixante minutes, sans différence significative entre les deux groupes ($p=0,3$). En analysant la variation des durées moyennes selon le niveau d'instruction, on ne constate pas de différences significatives entre les différents niveaux ($p=0,1$). Elles varient de seize minutes pour les illettrés à quinze minutes pour ceux ayant un niveau d'instruction entre six et treize ans.

DISCUSSION

Méthodologie

Le choix d'étudier la validité externe de la version tunisienne de la section G vise à vérifier sa pertinence et son exhaustivité, c'est-à-dire la possibilité d'en généraliser les résultats à d'autres situations semblables avec certitude. Ceci rend son utilisation en tant qu'instrument de dépistage de la schizophrénie, adaptable à la société tunisienne. Le manque de l'étude à propos des autres aspects de la validité de la version tunisienne de l'instrument n'affecterait pas l'aptitude de l'instrument. En effet, elle a été élaborée à partir de la version arabe, validée, ce qui réduit les biais liés aux différences culturelles et linguistiques, grâce aux multiples points communs unissant les deux cultures. En plus, le CIDI est un instrument ayant une bonne validité apparente et de construit, adapté au domaine de la recherche transculturelle, tout en respectant les propriétés et les spécificités des différentes civilisations.

Le choix de traduire la version arabe validée du CIDI. est né du fait que la langue arabe littéraire serait difficile à comprendre par ceux atteints de maladies mentales avec les troubles cognitifs associés. Même les sujets ayant un niveau d'instruction moyen (sept ans pour l'échantillon de cette étude) pourraient trouver une difficulté dans la compréhension de la langue arabe littéraire. D'autre part, ce ci a permis de réduire la divergence conceptuelle et linguistique pouvant exister entre les deux versions, tunisienne et d'origine (anglaise), permettant ainsi d'aboutir à une traduction la plus fidèle possible. La performance de l'instrument utilisé est étroitement liée à la

qualité du processus de traduction. Ce processus vise à l'adapter aux données socioculturelles de la population à laquelle il s'adresse, facilitant ainsi le recueil des informations, et permettant des comparaisons transculturelles [16]. L'absence de traducteurs spécialisés dans le comité, était délibérée dans l'intention d'éviter une traduction trop académique, pouvant être inaccessible aux interviewés.

En l'absence de données sur la version tunisienne de la section G du CIDI, le calcul de la taille de l'échantillon s'est basé sur une sensibilité du CIDI dépassant les données retrouvée dans la littérature, qui pourrait être aussi plus importante que la sensibilité de la version tunisienne de l'instrument, sujet de cette étude. Rappelons que plus la sensibilité est élevée, plus la taille de l'échantillon doit être importante.

Le choix d'une population restreinte homogène dont les caractéristiques étaient bien connues, visait à :

- Assurer un meilleur déroulement de l'étude : la population hospitalière est un mélange des deux constituants de l'étude (Patient /Témoin), économisant ainsi le coût et la durée de l'étude.

- Limiter les biais liés à la diversité des constituants de l'échantillon.

- Optimiser les conditions d'essai du CIDI sur une population restreinte, pour pouvoir l'utiliser ultérieurement avec la population générale.

Cependant, cette population particulière ayant échappé à la loi du hasard pourrait être considérée comme non représentative de la population générale. Ce qui limiterait l'extrapolation des résultats obtenus à la population générale. Pour remédier à ce problème, la constitution de l'échantillon a tenu compte de toutes les classes socio-économiques, appartenant aux différents milieux, grâce à la diversité et à la richesse de la population du secteur.

Le choix d'étudier la fidélité inter-juges était motivé par les multiples biais pouvant s'associer à la méthode test-retest : la variabilité des conditions cliniques pouvant modifier les réponses du même interviewé entre les deux entretiens, le risque de perdre de vue de l'interviewé entre les deux entretiens, le risque de modification des réponses au cours du deuxième interview, soit pour limiter le temps de passation, soit pour rectifier les réponses jugées embarrassantes.

Le recours à des opérateurs non psychiatres dans le cadre de l'étude de la reproductibilité ou de la validité externe de l'instrument, répond au but d'élaborer un outil de dépistage maniable par les non spécialistes, en l'occurrence les médecins généralistes.

Variables socio démographiques, maniabilité et comportement du test

L'analyse des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon a permis de constater :

- L'absence de différence significative dans la répartition selon le sexe, l'âge et le niveau éducationnel entre les deux groupes de l'échantillon (Patient/Témoin), témoignant de son homogénéité. Cette homogénéité permet d'éviter les éventuels biais, liés à ces variables, pouvant influencer et modifier le

comportement de l'instrument. Par ailleurs, l'absence de différence significative dans cette répartition selon l'âge, le sexe et le niveau éducationnel entre les deux groupes "schizophrénie (+)" et "schizophrénie (-)" tels que constitués par le CIDI, reflète l'indifférence de cet instrument vis-à-vis de ces caractéristiques. Ainsi, la version tunisienne de la section G du CIDI pourrait s'adresser à toutes les tranches d'âge, aux deux sexes, d'une manière indifférente, indépendante du niveau éducationnel ce qui facilite sa manipulation et élargit la palette des domaines de son utilisation.

• Concernant les statuts marital et socioprofessionnel :

-Pour les deux groupes (Patient/Témoin) : une répartition inégale, avec une prédominance des célibataires et un fort taux de chômage au sein du groupe des patients. Ceci refléterait l'impact social de la schizophrénie : en effet, la schizophrénie est classée huitième, en tant que cause d'handicap dans la tranche d'âge de 15 à 44 ans. [4]

-Pour les deux groupes ("schizophrénie(+)" / "schizophrénie (-)") : la persistance de la distribution inégale du statut marital et la diminution de la disproportion liée à l'activité professionnelle, qui devient même non significative entre les deux groupes. Elle exprimerait l'insensibilité de l'instrument à l'activité professionnelle. En effet, l'existence d'une activité professionnelle ne dépendrait pas uniquement du statut médical de l'individu et serait influencée par une multitude d'autres facteurs (économique - social - politique - individuel).

• Concernant la durée de passation et la maniabilité :

Le facteur temps est la première préoccupation des interviewés et des interviewers, et pourrait entraver le déroulement de la passation. La durée de passation de la version tunisienne de la section G du CIDI (vingt minutes) semble acceptable. Aucun refus de continuer l'entretien n'a été relevé lors de la passation. L'analyse de la durée de passation de l'instrument ne montre pas de variation significative selon le niveau d'instruction ni selon l'état de santé mental. Donc, la durée de passation de la version tunisienne de l'instrument ne présente pas de variabilité interindividuelle (état de santé mentale, niveau d'instruction), mais il dépend essentiellement de sa propre structure avec les sauts éventuels de questions selon les réponses générées.

Validité externe

Ce travail a montré que la version tunisienne de la section G du CIDI a une bonne spécificité avec plus de 90% des sujets sains seront écartés, une mauvaise sensibilité avec moins de 50% des sujets atteints seront détectés, une faible valeur prédictive positive : 2 à 10% des sujets considérés positifs sont réellement malades, une bonne valeur prédictive négative : 90 à 99% des sujets considérés négatifs sont réellement sains.

Ces résultats obtenus avec la version tunisienne de l'instrument ne s'écartent pas des résultats retrouvés dans la littérature : L'étude de la validité externe de la version arabe de la section G du CIDI [9], répondant aux critères du DSM-III-R a permis de montrer qu'elle engendre: une mauvaise sensibilité = 33% avec un intervalle de confiance égal à [25% -41%] et une spécificité parfaite = 100%.

D'après ces données, la version tunisienne a présenté une

sensibilité dépassant celle de la version arabe. Ce ci pourrait s'expliquer par l'utilisation de l'arabe littéraire, qui pourrait être difficile à comprendre, surtout que l'échantillon de cette étude était constitué uniquement de sujets hospitalisés atteints de maladies mentales, y compris la schizophrénie.

L'étude de la validité externe de la version brésilienne de la section G du CIDI dans sa version 2.1 (CIDI 2.1) [10] répondant aux critères du DSM-IV a permis de montrer qu'elle avait une mauvaise sensibilité = 28% avec un intervalle de confiance égal à [9.2% -47.9%] et une bonne spécificité = 93% avec un intervalle de confiance égale à [90.2% - 97.6%].

Il est à souligner que spécificité et sensibilité varient en sens inverse : l'augmentation de l'une est associée à la diminution de l'autre. Ce qui pose le problème du choix entre ces deux caractéristiques, sachant que [17] : plus le test est sensible, moins il comportera de faux négatifs, et mieux il permettra, s'il est négatif, d'exclure la maladie ; plus le test est spécifique, moins il comportera de faux positifs, et plus fréquemment il permettra, s'il est positif, de confirmer la maladie.

L'importance des valeurs prédictives réside dans leur contribution dans la décision médicale. En effet, contrairement à la spécificité et la sensibilité qui dépendent uniquement du test, elles informent sur le contexte clinique (prévalence de la maladie étudiée) dans lequel le test a été pratiqué. En pratique clinique, c'est la prévalence de la maladie qui conditionne la décision médicale : pour une maladie répandue, la valeur prédictive positive du test utilisé sera élevée, tandis que la valeur prédictive négative sera diminuée et vice versa. Une bonne VPP permet de vérifier le diagnostic si le test est positif et une bonne VPN permet d'écarter le diagnostic si le test est négatif.

Un test de dépistage devrait avoir une bonne sensibilité pour mieux détecter les sujets atteints et une bonne valeur prédictive négative pour s'assurer que les sujets écartés ont de faible chance d'être malades. En revanche un test diagnostique devrait avoir une bonne spécificité pour optimiser la détection et l'élimination des sujets sains et diminuer ainsi le taux de faux positifs. Il doit présenter aussi une bonne valeur prédictive positive pour s'assurer que les sujets ayant un test positif ont une forte chance d'être malades, justifiant l'instauration d'une prise en charge adéquate.

Enfin, il faut mentionner que le choix du test, qu'il soit sensible ou spécifique, et son utilité sont liés aux particularités de la situation clinique étudiée. En effet, dans le cas d'une maladie, dont le diagnostic précoce offre la possibilité d'une action curative efficace avec amélioration du pronostic, le test de dépistage devrait privilégier la sensibilité, afin d'augmenter les chances de curabilité. En revanche, devant une maladie pour laquelle les possibilités d'action sont limitées, il est préférable d'utiliser un test spécifique, afin d'épargner les sujets sains des conséquences d'un faux diagnostic, comme c'est le cas dans la schizophrénie. Il est possible aussi d'associer un test sensible pour un dépistage large, et un test spécifique pour confirmation diagnostique.

A la lumière de ces caractéristiques, la version tunisienne de la section G du CIDI ressemblerait plus à un test diagnostique

qu'à un test de dépistage (bonne spécificité/ mauvaise sensibilité). Mais en dépit de cette mauvaise sensibilité, la version tunisienne de la section G du CIDI semble intéressante dans le domaine du dépistage de la schizophrénie. Elle permettrait d'écarter avec une certitude de plus de 90% les sujets sains et leur épargner les conséquences lourdes d'une erreur diagnostique par excès, notamment psychologique, avec le poids de la morbidité ressentie par le patient et son entourage, iatrogène secondaire à l'instauration éventuelle d'un traitement antipsychotique par excès, sociale et professionnelle du fait de la stigmatisation.

Fiabilité

La version tunisienne du CIDI a montré une très bonne fiabilité inter-juges (supérieure à 0,75) selon la méthode de Landis et Koch [18]. Cette bonne constance cadre avec le résultat obtenu avec Wittchen [18] avec kappa égal à 0,91. D'autre part, la version arabe de l'instrument a présenté une fiabilité

satisfaisante avec kappa= 0,43. Ce ci pourrait être expliqué par l'utilisation de la méthode test-retest dans l'étude de la fiabilité de la version arabe du CIDI.

CONCLUSION

En conclusion, la version tunisienne de la section G du CIDI (version 1.0) paraît disposer des caractéristiques d'un test diagnostique, sans pour autant empêcher son utilisation dans le dépistage de la schizophrénie devant : la gravité de la maladie et de ses conséquences, le manque d'outils de dépistage de la schizophrénie validés dans le contexte socioculturel tunisien, la sensibilité acceptable au vu de la littérature mondiale et la bonne fiabilité de l'instrument et les bonnes caractéristiques de l'instrument : il est bien structuré, facilement maniable par les médecins généralistes, il présente une durée de passation acceptable, il peut s'adresser à la population générale indépendamment du sexe, de l'âge ou du niveau d'instruction.

References

1. Heiden W, Hafner H. The epidemiology of onset and course of schizophrenia. *Eur Arch psychiatry Clin Neurosci* 2000;250:292-303.
2. Shur E. The epidemiology of schizophrenia. *Br J Hosp Med* 1988;40:38-40.
3. Farooq S, Large M, Nielssen O, Waheed W. The relationship between duration of untreated psychosis and outcome in low and middle income countries: a systematic review and meta analysis. *Schizophr Res* 2009;109:15-23.
4. Novak B, Pesek M B, Agius M, Kocmur M. Duration of untreated psychosis and its effects on the symptomatic recovery in schizophrenia : preliminary results. *Neuro Endocrinol Lett* 2008;29:990-4.
5. Kovasse V. *Epidémiologie et santé mentale*. Paris: Flammarion, 1996:21.
6. El-rufaie O.E. Primary care psychiatry: pertinent arabian perspectives. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2005;11:449-458.
7. Farmer AE, Katz R, McGuffin P, Bebbington PA. A comparison between the Present State Examination and the Composite International Diagnostic Interview. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:1064-8.
8. Rubio M, Bravo M, Canino G. The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for using in conjunction with different diagnostic systems in different cultures. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1991;37:191-204.
9. Karam E, Yabroudi P, Karam A, Mansour C, Sabah S, Al Atrach R. The Arabic Composite International Diagnostic Interview. *The Arab Journal of Psychiatry* 1995;6:19-29.
10. Quintana MI, Gastal FL, Jorge MR, Andreoli SB. Validity and limitations of the Brazilian version of the Composite International Diagnostic Interview (C.I.D.I 2.1). *Rev Bras Psiquiatr* 2007;29:18-22.
11. Kovasse V. *Epidémiologie et santé mentale*. Paris: Flammarion, 1996:22-3.
12. Joyce, James, "Bayes' Theorem", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Fall 2008 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = <<http://plato.stanford.edu/archives/fall2008/entries/bayes-theorem/>>.
13. Saha S, Chant D, Wellham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *Plos med* 2005;2:413-33.
14. Cohen J. A coefficient for agreement for nominal scales. *Educ Psychol Meas* 1960;20:37-46.
15. Aston J, Gschwandtner U, Riecher-Rossler A. Liste d'évaluation pour le dépistage précoce de la schizophrénie au cabinet du généraliste. *Forum Med Suisse* 2002;41:971-974.
16. Falcao D, Ciconelli R, Ferraz M. Translation and cultural adaptation of quality of life questionnaire : an evaluation of methodology. *J Rheumatol* 2003;30:379-85.
17. Greenhalg T. How to read a paper: papers that report diagnostic or screening tests. *BMJ* 1997;315:540-3.
18. Landis Jr, Koch G. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1997;33:159-174.
19. Wittchen Hu. Reliability and validity studies of the who-C.I.D.I : a critical review. *J Psychiatr Res* 1994;28:57-87.