



Thèse

2014

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

---

Validation de la version française de l'échelle d'auto-évaluation de la  
dépression de Montgomery-Asberg MADRS-S

---

Nguyen, Thi Lan Chi

**How to cite**

NGUYEN, Thi Lan Chi. Validation de la version française de l'échelle d'auto-évaluation de la dépression de Montgomery-Asberg MADRS-S. Doctoral Thesis, 2014. doi: 10.13097/archive-ouverte/unige:41062

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:41062>

Publication DOI: [10.13097/archive-ouverte/unige:41062](https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:41062)



**FACULTE DE MEDECINE**  
Section de médecine clinique  
Département de Psychiatrie  
Service de Psychiatrie Générale

Thèse préparée sous la direction du Professeur Guido Bondolfi

---

**VALIDATION DE LA VERSION FRANCAISE DE  
L'ECHELLE D'AUTO-EVALUATION DE LA DEPRESSION DE  
MONTGOMERY-ASBERG  
MADRS-S**

Thèse  
Présentée à la Faculté de Médecine  
De l'Université de Genève  
Pour obtenir le grade de Docteur en médecine

Par

**Thi Lan Chi NGUYEN**

De

Vevey (Vaud)

**Thèse no 10735**

Genève

2014

## 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'auto-évaluation de la dépression de MADRS-S (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale Self-Assessment) et d'étudier si elle conserve ses propriétés psychométriques dans sa version française. Notre étude évalue ces propriétés en les comparant notamment à celles de l'échelle d'hétéro-évaluation de Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS).

La méthode utilisée dans cette étude a consisté en l'inclusion de 63 patients adultes suivis en ambulatoire et souffrant d'un épisode dépressif d'intensité moyenne à sévère. Les sujets inclus ont utilisé l'échelle du MADRS-S pour l'auto-évaluation de leur humeur et parallèlement ont été interviewés et hétéro-évalués par un clinicien par l'intermédiaire du MADRS, à deux reprises et à un mois d'intervalle.

Les résultats de cette étude montrent que la version française du MADRS-S présente les qualités d'une échelle psychométrique fiable, sa cohérence interne est bonne à excellente, ses items sont homogènes, sa validité concurrente avec le MADRS est fortement corrélée, son unidimensionnalité est confirmée et, il est sensible au changement comme le MADRS mais avec une variance commune, en ce qui concerne le changement, seulement de 50%.

Un complément d'étude est souhaitable pour établir si la sensibilité au changement peut être corrélée à la sensibilité évaluée par une autre échelle d'auto-évaluation, dans des contextes différents, et pour évaluer si la MADRS-S peut mesurer les changements engendrés par un traitement antidépresseur.

En conclusion, cette étude montre que cette version française MADRS-S est validée pour auto-évaluer la dépression, son intensité et son évolution, et elle est un complément valable au MADRS, à la fois dans le cadre de la recherche et de la pratique clinique, sur une population similaire à celle de la l'échantillon inclus.

Les résultats de cette étude ont fait l'objet d'une publication dans le *Journal Affective Disorders* (Bondolfi et al., 2010).

## Remerciements

- *Au Professeur Guido Bondolfi, médecin adjoint agrégé au Département de Santé Mentale et Psychiatrie de l'Université de Genève, directeur de cette thèse, qui m'a permis de réaliser ce travail de thèse, pour sa disponibilité, ses conseils et son soutien tout au long de ce travail.*
- *Au Dr Pierre Lang, médecin chef du Centre Neuchâtelois Psycho-Social (SNP) qui m'a permis de mener à bien l'inclusion des patients alors que je travaillais dans son service à la Chaux-de-Fonds.*
- *A Mme F. Jermann, Dr en psychologie, pour son aide à l'analyse des données et à Mme L. Lanza, psychologue, pour sa participation à la saisie des données.*
- *A Mme B. Weber Rouget, psychologue, pour son aide à la traduction d'anglais en français du questionnaire.*
- *Aux collègues de l'Hôpital Cantonal Universitaire de Genève, Mme M. Gex-Fabry, la Dre A. McQuillan, le Dr A. Dupont-Willemin et, le Professeur J.-M. Aubry pour leur précieuse collaboration.*
- *A tous ceux qui m'ont aidée à mener à bien l'étude auprès des patients, ainsi qu'aux patients eux-mêmes qui ont pris à cœur de participer à cette étude.*

## Table des matières

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>DIFFÉRENTS CONTEXTES DE LA DÉPRESSION.....</b>	<b>5</b>
2.1	HISTORIQUE DE LA DÉPRESSION .....	5
2.2	CLINIQUE DE LA DÉPRESSION.....	8
2.2.1	<i>Différents tableaux cliniques de la dépression.....</i>	8
2.2.2	<i>Différentes approches conceptuelles de la dépression selon les grands courants psychiatriques actuels.....</i>	9
2.3	EPIDÉMIOLOGIE DE LA DÉPRESSION.....	19
<b>3</b>	<b>ETUDE.....</b>	<b>25</b>
3.1	DESCRIPTION DE L'INSTRUMENT : VERSION HÉTÉRO (MADRS) ET AUTO-PASSATION (MADRS- S) ET LES DONNÉES DE VALIDATION .....	25
3.1.1	<i>MADRS.....</i>	25
3.1.2	<i>MADRS-S.....</i>	28
3.2	CONTEXTE DE L'ÉTUDE.....	28
3.3	OBJECTIF DE L'ÉTUDE .....	32
3.4	MÉTHODE DE VALIDATION.....	33
3.4.1	<i>Traduction du MADRS-S.....</i>	33
3.4.2	<i>Sujets.....</i>	33
3.4.3	<i>Procédure .....</i>	34
3.4.4	<i>Analyses statistiques.....</i>	35
3.5	RÉSULTATS .....	36
3.6	DISCUSSION ET CONCLUSIONS .....	38
<b>4</b>	<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>45</b>
<b>5</b>	<b>ANNEXES.....</b>	<b>59</b>

# 1 Introduction

Avant d'entrer dans le vif de l'étude, la validation de la traduction française d'une échelle d'auto-évaluation de la dépression, nous allons prendre en compte dans quels contextes se situe cette maladie psychiatrique.

Nous traiterons tout d'abord le contexte historique. Ensuite, nous aborderons la définition actuelle complexe de la dépression, en prenant en compte la façon dont celle-ci est perçue et traitée par la psychiatrie actuelle, selon les principaux courants conceptuels, psychanalytiques, cognitivo-comportementalistes et systémiques. Nous terminerons cette entrée en matière avec l'épidémiologie de la dépression.

## 2 Différents contextes de la dépression

### 2.1 Historique de la dépression

Evolution de la description des dépressions jusqu'à la classification athéorique de la psychiatrie moderne :

La conception des troubles de l'humeur a évolué au fil des siècles tout comme les termes utilisés pour les décrire. Cette description visait aussi à distinguer les troubles observés, comme la mélancolie et la dépression, la folie circulaire et le trouble bipolaire, la différenciation entre les troubles de l'humeur, les troubles psychotiques et les démences. Ces distinctions ont permis de différencier des sous-types de troubles de l'humeur comme la dépression unipolaire et bipolaire. Ainsi, depuis l'Antiquité gréco-latine jusqu'au XIXe siècle, début de la psychiatrie moderne, les différents auteurs décrivent des troubles de l'humeur similaires aux troubles que nous nommons aujourd'hui troubles bipolaires (Bourgeois, 2007).

Arétée de Cappadoce, au Ier siècle avant J.-C., relève la succession de la mélancolie et d'états exaltants. Hippocrate, au IVe siècle avant J.-C., propose la théorie des humeurs ; il décrit la *mélancolie* (bile noire en grec), ce que nous appelons actuellement la dépression, sous la forme d'une douleur morale qui se manifeste par la tristesse et l'abattement, mais note aussi certains accès de rage (manie). Selon lui, la mélancolie est une conséquence de la réaction du corps et de l'âme du malade à un excès dans le sang d'une humeur, d'une substance (bile) noire. La folie, maladie de l'âme est ainsi indissociable de celle du corps (Postel, Quétel, 2012).

Au VIe siècle, Alexandre de Tralles décrit une manie intermittente.

Le Moyen Âge est l'époque où dominent la religion et le christianisme. La maladie mentale n'est pas considérée comme une maladie du corps mais comme une maladie de l'âme, assimilée à une possession démoniaque. Des prêtres pratiquent l'exorcisme et vont jusqu'à brûler des possédés qu'ils considèrent comme des sorciers et des sorcières (Postel, Quétel, 2012).

Le traitement est limité à la réclusion à domicile, dans les communautés religieuses ou en prison. Les malades mentaux sont gardés et attachés lors des crises ou lors des risques d'automutilation (Postel, Quétel, 2012).

En 1815, J.-E. Esquirol crée le concept de *lipémanie* ou *lypémanie* qui correspond à une tristesse massive et injustifiée avec souffrance morale, des troubles du sommeil et de l'alimentation, un ralentissement comportemental, des idées ou tentatives de suicide.

La mélancolie se définit dans les années 1830 en une « douleur morale » et un « délire partiel » (Ehrenberg, 1998).

Avant 1854, la manie et la mélancolie sont considérées comme deux maladies différentes qui surviennent chez un même sujet. Ce n'est qu'en 1854 que J.-P. Falret (Falret, 1854) les décrit comme deux phases cycliques appartenant à une même maladie qu'il nomme la *folie circulaire* (E. Kraepelin la nommera en 1889 *psychose maniaco-dépressive*, en incluant la mélancolie). J. Baillarger (1854), l'élève d'Esquirol, décrit la même année la *folie à double forme* faisant aussi de la mélancolie et la manie les deux périodes d'un seul accès. J. Guislain décrit l'état mixte où on trouve des éléments maniaques associés à des éléments dépressifs (Potel, Quétel, 2012).

Les douleurs morales sont définies comme moins graves que la folie et sont dépourvues de délires ou d'hallucinations. Elles sont des maladies fonctionnelles, sans causes organiques et sont nommées, selon la situation, neurasthénie ou psychasthénie. Le terme de névrose regroupe toutes ces entités. Les types neurasthéniques de névrose sont considérés comme la deuxième source de dépression (Ehrenberg, 1998).

En 1920, Adolf Meyer, psychiatre suisse, propose le terme de *dépression* à la place de mélancolie.

En 1980, dans le DSM-III, le terme de *trouble bipolaire* remplace celui de trouble maniaco-dépressif.

Au XXe siècle, la découverte des neurotransmetteurs (noradrénaline, sérotonine, dopamine) et leurs altérations dans les maladies mentales a fait avancer les théories biologiques en psychiatrie. En ce qui concerne les troubles de l'humeur et la dépression, la découverte du premier traitement antidépresseur, l'imipramine (Tofranil®) a eu lieu dans les années 1950, à partir de l'étude de

l'activité noradrénergique et sérotoninergique. Cette découverte a permis de mieux comprendre les mécanismes de la maladie, les causes restant inconnues.

L'anomalie d'une neurotransmission est alors avancée dans la pathogenèse de la dépression ; celle-ci est attribuée soit à une déplétion noradrénergique soit à une déplétion sérotoninergique (Missa, 2006 ; Postel, Quétel, 2012). Le modèle sérotoninergique se développe dans un deuxième temps. Des antidépresseurs sérotoninergiques ayant de plus faibles effets secondaires que les tricycliques sont développés, puis de nouveaux antidépresseurs à double action qui sont actifs sur les deux neuromédiateurs, noradrénergiques et sérotoninergiques.

A la fin des années 1960, le trouble dépressif est conceptualisé et classé en trois catégories : la dépression endogène, la dépression névrotique et la dépression exogène ou réactionnelle. La première est le résultat d'un trouble constitutionnel, la deuxième met l'accent sur la notion psychopathologique de personnalité et le conflit intrapsychique amenant aux symptômes dépressifs. La dépression réactionnelle est une réponse non adaptative à une cause externe, atteignant même les sujets les plus équilibrés psychologiquement (Ehrenberg, 1998).

Les manifestations cliniques de la dépression sont variées, ce qui rend la classification difficile. Dans le souci de mettre à la disposition des cliniciens et des chercheurs des critères diagnostiques plus fiables, dans la deuxième partie du XXe siècle, on assiste au développement des systèmes de classification internationaux : aux Etats-Unis le DSM (manuel statistique et diagnostique des maladies mentales) ainsi que la CIM (classification internationale de l'Organisation Mondiale de la Santé). La dépression est alors définie lorsque le nombre minimum des symptômes est réuni et que la durée minimale de deux semaines des symptômes dépressifs est présente. Elle est classée selon trois intensités : légère, moyenne et sévère. Dès le deuxième épisode dépressif, on parle de trouble dépressif récurrent.

Les critères diagnostiques des troubles de l'humeur subissent des modifications avec le développement des versions successives du DSM et de la CIM. Ainsi, dans le DSM-IV et le DSM-IV-R, la dépression est classée dans les troubles de l'humeur incluant le trouble bipolaire, alors que dans le DSM-5, le trouble bipolaire est classé dans une nouvelle catégorie spécifique et est placé immédiatement après les troubles schizophréniques et autres troubles psychotiques.

La psychiatrie contemporaine intègre différentes approches dans le cadre d'un modèle biopsychosocial. Selon ce modèle, la maladie mentale peut être expliquée par une interaction entre des causes biologiques, psychologiques et sociales. Le sujet souffrant d'une maladie

mentale peut présenter une modification de son comportement qui à son tour va avoir une influence sur son entourage.

En résumé, bien qu'aujourd'hui la définition des critères diagnostiques en psychiatrie, y compris des troubles de l'humeur, bénéficie des développements de la recherche, de nombreuses découvertes en neurobiologie (imagerie cérébrale, neurochimie), en neuropsychologie et en génétique, le diagnostic d'un état dépressif demeure un acte éminemment clinique.

## **2.2 Clinique de la dépression**

### **2.2.1 Différents tableaux cliniques de la dépression**

Le tableau clinique de la dépression varie en fonction de différents critères (sa sévérité, l'âge du sujet, la présence ou non de maladies comorbides ...). Pour être fidèle à cette notion, nous aborderons le trouble dépressif sous ses diverses formes, ce qui nous amène à parler plutôt au pluriel de cette pathologie (les dépressions) ; le point commun étant que ces dépressions surviennent généralement à la suite d'une perte.

Il nous est apparu utile d'appréhender les différents tableaux cliniques de la dépression selon les individus et leur âge ; dans cette étude la population ciblée appartient à la tranche d'âge 18-65 ans.

Le tableau clinique varie selon les individus : il peut être dominé par une anxiété, une agitation psychomotrice ou être masqué par une irritabilité, une consommation excessive d'alcool, un comportement histrionique, une exacerbation de symptômes phobiques ou obsessionnels préexistants, ou de préoccupations hypocondriaques.

Le tableau varie selon le sexe : la dépression chez l'homme est plus souvent masquée par une hyperactivité (dans le domaine professionnel ou sportif ...) et par des passages à l'acte (violence, conduites dangereuses, alcoolisation, etc.).

Le tableau clinique varie également selon l'âge :

- Il est souvent atypique chez les adolescents et marqué par un trouble de comportement (une irritabilité, une agressivité, une consommation excessive d'alcool et/ou des substances toxiques, un comportement transgressif et/ou délictueux...) et/ou un abaissement de performances scolaires.

- Chez les personnes âgées, le tableau clinique de la dépression est différent de celui observé chez les adultes. Certains des symptômes peuvent être apparentés à des signes du vieillissement normal, tel qu'un manque d'appétit, une apathie, un ralentissement psychomoteur, des pertes de

mémoire, et des troubles du sommeil (Hoepflinger & Stuckelberger, 1998 ; Frémont, 2004). Ceci engendre des difficultés diagnostiques de cette pathologie chez les sujets âgés malgré une fréquence élevée de dépressions (Lleshi & Bizzozzero, 2009). Les troubles cognitifs peuvent être aussi très importants et dominant le tableau clinique de dépression (Katona et al, 1997 cités dans Lleshi & Bizzozzero, 2009). De nombreuses plaintes somatiques et une grande agitation avec de l'anxiété sont aussi associées. La dépression peut être aussi une source de confusion avec d'autres situations telles que l'alcoolisme, la maladie somatique, le syndrome de glissement<sup>1</sup> ou encore le deuil dû à la disparition d'un conjoint(e) ou d'amis (Lleshi & Bizzozzero, 2009).

Le passage à l'acte suicidaire et sa réussite sont plus élevés chez les personnes âgées, malgré le fait que des idées suicidaires sont moins présentes que chez l'adulte (Conwell et al, 2002 ; Lleshi & Bizzozzero, 2009). Ce grand taux de réussite serait en lien avec une sous-estimation du risque suicidaire par les cliniciens, par l'équipe soignante et leurs proches, du fait du diagnostic difficile devant un tableau clinique atypique.

## **2.2.2 Différentes approches conceptuelles de la dépression selon les grands courants psychiatriques actuels**

### **2.2.2.1 La dépression selon l'approche psychanalytique**

L'approche psychanalytique est centrée sur le monde interne de l'individu et son objet (la vie fantasmatique inconsciente) ; la dépression est définie en rapprochement avec l'expérience du deuil et la mélancolie. Les apports théoriques que nous retiendrons proviennent des travaux freudiens (deuil, mélancolie et dépression), de la recherche kleinienne (la notion de la position dépressive) et des concepts de D. W. Winnicott.

La théorie freudienne des pulsions invite à percevoir toutes les formes d'attachement à un objet comme l'expression et la déclinaison de la libido, d'une énergie commune, dont le rôle est de maintenir le lien entre le moi et ses objets. La perte d'un être aimé et, par extension, d'un objet particulièrement investi, conduit à un état affectif caractéristique, le deuil. La dépression apparaît lorsque le sujet endeuillé reste fixé intensément à la perte de l'objet ainsi qu'à l'objet perdu.

Dans « Deuil et mélancolie », en 1915, S. Freud, rapproche deuil et mélancolie du fait de la similitude de leurs tableaux cliniques et des facteurs qui les déterminent. Dans le deuil comme dans la mélancolie, le processus psychique mis en mouvement est réactionnel à la perte d'un

---

<sup>1</sup> Le syndrome de glissement se caractérise par une altération rapide de l'état général de certaines personnes âgées suite à une affection aiguë en voie de guérison ou à un événement perturbant. Il est marqué par une détérioration globale des fonctions intellectuelles, un désintérêt général, un refus de se mouvoir, de s'alimenter, de boire, un certain mutisme, un syndrome confus ou dépressif et surtout des manifestations de régression psychomotrice.

objet aimé. Cette perte entraîne chez le sujet un double mouvement psychique : d'une part l'illusion que cet objet n'a jamais disparu et d'autre part la réalité de cette perte objectivée par la réalité de la vie quotidienne. Cette confrontation est douloureuse et engendre des symptômes dépressifs (humeur dépressive, un désinvestissement de la relation et du monde extérieur, perte de la capacité d'amour, inhibition de l'activité, abaissement de l'estime de soi sous forme d'auto-accusations). La résolution du deuil ne peut se faire qu'après l'acceptation de la réalité de la perte. Le désinvestissement puis le détachement des liens avec l'objet perdu, ainsi que l'intériorisation de sa représentation (dite aussi introjection), peuvent alors se réaliser pour faire place à de nouveaux investissements, à d'autres attachements ou désirs.

S. Freud souligne que le mécanisme essentiel de *la dépression*, dans la mélancolie et dans tous les deuils pathologiques, est une problématique de perte, mêlée à un conflit d'ambivalence vis-à-vis de l'objet d'amour perdu. En effet, tout objet est à la fois aimé et haï s'il est perdu, il doit être saisi dans son ambivalence pour que le travail de deuil puisse se réaliser. Si le sujet ne peut vivre le conflit d'ambivalence, il ne peut garder en lui, introjecter les aspects bons de l'objet. Le sujet se sent alors mauvais et la dépression s'installe. La dépression est alors définie comme une fixation pathologique à un état de deuil non mené à terme.

Selon S. Freud, le deuil est une réaction normale, alors que la mélancolie révèle une pathologie dépressive : « Dans le deuil, le monde est devenu pauvre et vide, dans la mélancolie, c'est le moi lui-même. » Dans le deuil, la perte est une perte objectale, alors que dans la mélancolie, la perte est une perte narcissique. Le sujet, parce qu'il a investi narcissiquement l'objet, comme une partie de lui, parce qu'il en est dépendant, vit alors sa perte comme une perte d'une partie de lui-même. Ne pouvant diriger sa haine contre l'objet perdu à l'extérieur de lui, il la dirige contre l'objet perdu en lui, d'où les attaques contre lui-même, coupable de choses impensables ayant provoqué la perte de l'objet. C'est dans cette logique que le mélancolique peut chercher à se suicider.

Mélanie Klein, dans une approche similaire, introduit le concept de *position dépressive* en 1934. Cette position est le résultat d'un conflit d'ambivalence (la haine et l'amour) lors de l'élaboration d'une relation à un objet qui devient total, non plus soit bon, soit mauvais, mais bon et mauvais. La position dépressive est caractérisée par une peur (angoisse dépressive) d'avoir abîmé l'objet par des pulsions agressives, qui induisent la peur de le perdre. Le moi se protège de l'angoisse dépressive par deux mécanismes de défense : la défense maniaque ou la réparation (fantasmatique) de l'objet. Ces défenses ont pour but de réparer l'objet interne maternel, un objet qui, incorporé, deviendra l'objet idéal interne de l'individu. Une présence maternelle suffisante

en qualité et en quantité permettra au bébé d'intégrer cette position dépressive pour avancer dans son processus de développement. Le bébé qui en reste au clivage de l'objet maternel, ne parvient pas à le représenter pour lui-même comme ambivalent. Il n'accède pas à la position dépressive où l'objet peut être réparé et risque de développer plus tard des dépressions ou d'autres troubles. Dans ce cas précis, la dépression restera latente et, la perte d'un objet aimé risquera de déclencher des réactions pathologiques dans l'enfance, l'adolescence et à l'âge adulte lorsqu'il sera confronté à la perte réelle d'un objet aimé : cette perte ne sera que réelle, pas fantasmatique, et de plus irréparable. Ainsi, pour Mélanie Klein, le deuil normal, le deuil pathologique et l'état maniaco-dépressif ont une origine commune, liée à une difficulté de bien organiser la position dépressive. Ce point de vue théorique de M. Klein, enrichit ainsi la compréhension de la réaction à la perte en complémentarité des théories freudiennes.

D. W. Winnicott, avance le terme de « stade de l'implication » (concern) qui correspond à la position dépressive décrite par M. Klein. Cette position dépressive se situe entre six et douze mois à l'âge du sevrage du nourrisson. Ce stade est un processus normal et nécessaire au développement affectif de l'enfant. Selon Winnicott, ce stade débute seulement quand l'enfant a acquis une capacité à se représenter, lui-même et son entourage, comme des personnes totales entretenant des relations totales ; alors seulement une dépression peut subvenir à la suite d'une perte. L'introjection de l'objet perdu suite à un deuil va induire un déséquilibre dangereux dans le monde interne, puisque les éléments persécuteurs internes vont attaquer cet objet et les forces de soutien s'affaiblissent.

Pour Winnicott (1954-1955), la dépression en réaction à ce déséquilibre est un mécanisme de guérison spontané puisque, en ralentissant l'individu, elle va lui permettre d'élaborer des nouveaux mécanismes de défenses.

Ainsi, selon Winnicott, la dépression reflète aussi un bon développement émotionnel de l'individu qui arrive à assumer le sentiment de culpabilité provoqué par les fantasmes et les pulsions agressives. Le processus de croissance de l'individu est lié à « sa capacité de se sentir coupable, de douter et de se sentir déprimé. » La dépression est un état émotionnel qui est ainsi en lien avec des pulsions agressives et destructives de l'individu. Lorsque ces pulsions sont profondément refoulées et trop massives, une mélancolie peut se développer.

D. W. Winnicott (1965) caractérise plusieurs formes de dépression plus pathologiques : la mélancolie sévère, la dépression en alternance avec des épisodes maniaques ou hypomaniaques (nommée aussi « déni de la dépression »), la dépression chronique avec angoisse paranoïaque.

Les différentes modalités de défense face à la perte d'objet aux différents stades de développement individuel ont été abordées par d'autres auteurs contemporains : de la dépression anaclitique du nourrisson (Spitz, 1946) à celle de fin de vie (David, 2007) marquée par le deuil de soi-même, etc.

De la même manière, pour Racamier (1992, 1995), le travail de deuil commence au début de la vie psychique du bébé. Il crée le concept de *deuil originnaire* qui fait allusion à ce travail de deuil précoce. L'enfant et la mère vivent une fusion interpsychique dès le début de la vie. Le détachement de cette fusion originnaire indifférenciée est une première expérience de perte, perte essentielle qui permettra de se découvrir et de découvrir l'objet. Le travail de séparation aboutissant au deuil originnaire ne termine jamais et perdure toute la vie.

R. Spitz (1946) décrit une *dépression anaclitique* qui apparaît lorsque l'objet d'étayage fait défaut ou n'est pas satisfaisant. Ses travaux se basent sur des observations des nourrissons âgés de six à huit mois privés de leur mère pendant une durée de trois à cinq mois. Ils reçoivent des soins médicaux adéquats par des substituts maternels mais gravement carencés au niveau affectif. Ces bébés manifestent des signes de dépression : des pleurs, de la tristesse, de l'agitation, ils ont des mouvements stéréotypés et souffrent d'anorexie, d'insomnie ; ils refusent le contact, se mettent en retrait, ils accumulent des retards qui peuvent aller jusqu'à l'arrêt du développement, aboutissant finalement à la mort. Cette évolution déficitaire est appelée *le syndrome d'hospitalisme*. La guérison est obtenue rapidement lorsque le nourrisson établit à nouveau un contact satisfaisant avec sa mère, ou avec des substituts maternels, à condition que la durée de la séparation n'excède pas trois mois. Au-delà de cinq mois de séparation, le rétablissement devient presque impossible.

#### **2.2.2.2 La dépression selon l'approche cognitive et comportementale**

Se basant sur des travaux effectués avec des patients adultes dépressifs, Beck (1963, 1964, 1967) considère que la distorsion cognitive joue un rôle crucial dans l'origine et le maintien des symptômes dépressifs. Il met en évidence des caractéristiques cognitives chez les patients dépressifs au niveau de leur fausse perception des événements et leur tendance à les interpréter négativement. Le sujet dépressif attribue des significations non adaptatives aux événements et aux pertes (soit une perte réelle, d'une personne aimée, d'un travail ou soit une pseudo-perte, d'objectifs irréalistes et d'attentes démesurées). Ces interprétations dysfonctionnelles participent ainsi à l'apparition d'une tristesse pathologique menant à la dépression.

Sur la base de ces observations, Beck élabore la théorie cognitive de la dépression (Beck, 1967, 1976 ; Beck et al., 1979) faisant appel au modèle du traitement de l'information. Beck et al.

constatent que le vécu dépressif est dominé par le traitement des cognitions négatives qui se manifestent sous la forme de pensées automatiques. La théorie de Beck se base sur trois aspects inséparables du mode de penser du patient dépressif : les schémas cognitifs, les distorsions (erreurs) cognitives et la triade cognitive.

Les schémas cognitifs déforment la perception et le traitement de l'information selon le processus cognitif d'assimilation forcée du réel aux schémas dépressogènes. Beck (1967) suppose que ces schémas cognitifs négatifs qui caractérisent la dépression sont issus des expériences et des vécus négatifs de la petite enfance. Ces schémas cognitifs intensifient l'information négative au détriment de l'information positive (blocage cognitif) ; les personnes dépressives perçoivent alors les situations négativement même si les interprétations plus positives seraient aussi possibles.

Les distorsions cognitives décrites par Beck, sont une série de règles qui influencent de manière négative et biaisée la lecture de différentes situations de la part de la personne déprimée. On décrit *l'abstraction sélective* (le sujet ne perçoit qu'un aspect de la situation, celui qui lui est défavorable), *l'interférence arbitraire* (le sujet tire des conclusions systématiquement négatives à partir d'un détail de la situation), *la surgénéralisation* (le sujet généralise ce qui est négatif à toutes situations), *la personnalisation* (le sujet est fautif de tout ce qui arrive de négatif) et *la pensée dichotomique* (pensée de type tout ou rien) sous ses deux formes : maximisation des échecs ou des événements négatifs et minimisation des réussites, des situations heureuses ou des qualités personnelles.

Les distorsions cognitives se manifestent sous forme d'événements cognitifs, soit des pensées automatiques prenant la forme verbale de dialogues intérieurs négatifs (« je ne vauds rien » « je suis nulle », etc.) ou la forme imagée de visions désastreuses.

La triade cognitive, proposée par Beck en 1976, est caractérisée par des pensées négatives issues des schémas dépressogènes portant sur soi-même, sur le monde et sur le futur.

Plus tard, Beck (1983, 1984 a) nuancera les concepts de schémas et de distorsions cognitives, en soulignant que ces mécanismes ne sont pas la cause en soi de la dépression mais ne représentent que des composantes qui maintiennent le syndrome dépressif. Les différents paramètres (une vulnérabilité innée, le vécu de l'individu et des stimuli contextuels actuels) peuvent interagir avec le mécanisme dysfonctionnel cognitif pour induire un état dépressif.

Seligman (1975) démontre la plus grande fréquence des *attributions pessimistes* chez les sujets à risque de dépression ou de troubles psychosomatiques. Ces attributions sont caractérisées par des déformations systématiques du jugement. Les sujets à risque de dépression attribuent

systématiquement ce qui est négatif à des causes internes à eux-même ou des causes générales donc stables et permanentes. En ce qui concerne des événements positifs, ils les attribuent à des causes externes et spécifiques, donc non susceptibles de se répéter. Cette théorie d'attribution pessimiste se base sur des expériences effectuées sur les animaux (Seligman et Maier, 1967) : la théorie de l'impuissance apprise. Dans ses travaux, des chiens sont soumis aux chocs électriques. Lors de leur première exposition, ils ne peuvent pas se soustraire de ces chocs et lors de leur deuxième exposition, ces chiens conditionnés à l'impossibilité d'échapper, se montrent apathiques, se résignent et ne cherchent pas à se mettre à l'abri, tout le contraire de ses congénères qui n'ont pas été soumis à la première exposition. Les auteurs y voient un modèle simplifié de la dépression. Selon Seligman, chez l'être humain, pour qu'une dépression soit déclenchée, l'association d'événements négatifs incontrôlables à des attributions pessimistes est nécessaire.

Le modèle comportemental et cognitif de Lewinsohn (1974) prend en compte la diversité des causes de la dépression. La rencontre de nombreuses séries de facteurs est nécessaire pour produire une dépression. Selon Lewinsohn, une quantité minimale des renforcements positifs, garants du plaisir et de valorisation, est nécessaire pour maintenir l'humeur normale. La diminution de ces renforcements positifs peut favoriser l'émergence d'une dépression. Le modèle de Lewinsohn peut se produire également dans les situations stressantes ou déprimantes (deuils, échecs, difficultés professionnelles, etc.).

### **2.2.2.3 La dépression selon l'approche systémique**

Selon l'approche systémique, le trouble émotionnel ou la maladie d'une personne sont conceptualisés comme étant un symptôme qui révèle l'organisation dysfonctionnelle du système ainsi que l'interaction de la personne souffrante (le patient désigné) avec le système qui l'entoure.

Dans le modèle systémique, l'individu fait partie d'un système, familial ou conjugal, réglementé par des valeurs et des règles spécifiques (Elkaïm, 1995). Un individu vit en interaction avec son environnement significatif (le contexte familial) mais aussi dans d'autres contextes bien complexes (contexte socioculturel, religieux, ethnique, politique, économique, etc.).

Porot (1979) met l'accent sur l'importance du rôle et de la structure de la famille dans le développement et la stabilité affective d'un individu. Les quatre rôles du système familial sont tenus par les membres de la famille et maintenus en équilibre par pairs (l'équilibre entre l'amour et l'autorité, entre la solidarité et la rivalité). Le rôle essentiel de chacun (l'autorité du père,

l'amour de la mère, la rivalité des frères et sœur, la solidarité du foyer) n'est cependant pas exclusif. Quand des événements extérieurs, des étapes du cycle de vie de la famille viennent perturber l'harmonie familiale, un meilleur équilibre du système peut être assuré quand chaque membre de la famille prend bien connaissance de son rôle et l'accomplit d'une manière adéquate.

Le cadre sécurisant est nécessaire pour assurer le bon développement de l'enfant. Cette sécurité, selon Preston (1943) repose sur trois éléments essentiels qui sont l'amour, l'acceptation et la stabilité. L'amour (amour vrai et non des manifestations extérieures affectives forcées et « déguisées ») que les parents portent à leur enfant ne peut apporter la sécurité que si ce dernier se sent accepté au sein de sa famille. Cette acceptation doit être portée sur ce que l'enfant est et non sur ce qu'il fait. La stabilité du milieu familial apporte le cadre sécurisant important à l'enfant.

L'interaction entre l'individu et son système se fait d'une manière circulaire : l'individu agit sur le système qui agit sur l'individu qui agit de nouveau sur le système familial/conjugal, et ainsi de suite... Ces interactions se font sous formes de communications verbales et non verbales. Le maintien de l'équilibre d'un système, l'homéostasie (en respectant des règles) ou le changement vers un nouvel équilibre (en transformant et en adaptant des règles) est régulé par le phénomène de rétroaction.

Ainsi, le symptôme, même s'il apparaît chez un seul membre de la famille, est alors perçu comme appartenant au système. Il est en même temps le résultat de son dysfonctionnement/déséquilibre mais aussi le meilleur moyen qu'a trouvé le système pour maintenir une forme d'équilibre et pour survivre. Le membre de la famille souffrant du symptôme est nommé patient désigné, ce qui témoigne bien que c'est le système qui a intérêt à ce que le patient porte le symptôme, pour sauvegarder son existence et/ou pour retrouver un sentiment d'appartenance à minima, celui d'être une famille qui se regroupe autour d'un membre qui souffre.

Watzlawick et al. (1974) intègre une vision interactionnelle en tenant compte les deux aspects, systémique et constructiviste ; le sujet fait ainsi partie d'un système qui codifie son comportement (aspect systémique) et a ses propres croyances (aspect constructiviste) qui influence à son tour le système. Pour ces auteurs « le problème, c'est la solution. » Lorsqu'une difficulté est considérée comme un problème, le patient et son entourage tentent de trouver des solutions ; ils créent ainsi un cercle vicieux par des rétroactions positives inadaptées (cycle problème – tentatives de solution). Watzlawick et al. constatent alors que le symptôme (dépression) est maintenu au sein du système par ces rétroactions. Le patient se force à oublier sa

tristesse et à être heureux ; chaque membre de la famille tend à apporter une solution en adoptant une attitude (soutien, encouragement, sollicitude, stimulation, etc.) qui vise à aider le patient. Cependant, l'entourage exige ainsi inconsciemment que le patient ne manifeste que des sentiments positifs. Ce dernier, qui vit au début une tristesse passagère, va ressentir des sentiments d'échec et de culpabilité envers son entourage soutenant. Le patient développe dès lors une dépression ; son état ne s'améliore pas, voire s'aggrave. Les proches vont renforcer les efforts et, l'attitude bienveillante au départ se transforme en des mesures malveillantes ou directives. L'absence d'efficacité des actions déclenchera du côté de la famille des sentiments d'incapacité, de frustrations suivies de colère.

Watzlawick et al. développent, sur ces observations, l'approche paradoxale visant à prescrire le symptôme : « Il est important que M. X vive ce moment de dépression. » Dans cette approche, le thérapeute, par son recadrage, tend à modifier l'interprétation du problème en le connotant de façon positive et en permettant au patient d'exprimer sa souffrance. Le thérapeute met en garde le patient de certain danger lors de la résolution du problème. Le but visé est d'interrompre les tentatives de solution trouvées par l'entourage du patient.

Dans une approche similaire, Selvini-Palazzolini et al. (1978) prescrit le non changement et recadre le problème des patients désignés en faisant des prescriptions paradoxales. La prescription pourrait être : « il est dangereux pour certaines familles qu'un de ses membres trouve une occupation loin d'elle, il vaut mieux que celui-ci reste dans la famille pour l'occuper et s'occuper d'elle. »

Boszormenyi-Nagy et Spark (1973) mettent l'accent sur les *loyautés invisibles* qui se transmettent d'une génération à l'autre. Ces auteurs notent que l'enfant, pris dans le conflit de loyautés, est vulnérable n'arrivant pas à prendre parti de ses parents en désaccord.

Boszormenyi-Nagy (1986) souligne l'importance du principe éthique d'équité et de réciprocité dans les échanges. Le respect de ce principe garantit le maintien ou la restauration d'une relation de confiance entre les membres d'une famille de même génération et ceux de différentes générations. Le non respect aux règles de l'échange peut générer de grandes souffrances et alimenter des sentiments d'injustice menant aux désirs de vengeance ou d'autodestruction. La notion de *légitimité destructive* voit ainsi le jour et engendre la dépression, le désespoir ainsi que des conflits entre les générations ou à l'intérieur d'une même génération. L'auteur propose la thérapie contextuelle (Michard, 2005) ; il s'agit de reconnaître l'injustice s'il en a eu dans le passé et de rééquilibrer les dettes et les mérites du passé, entre les membres de la famille. Il est important de repérer des actions de vengeance que la personne lésée exerce sur un membre de la

famille qui ne l'a pas lésé. Le thérapeute en donnant l'importance de la reconnaissance du droit destructeur, peut aider la personne à sortir de la *légitimité destructive*.

Bowen (1978) conçoit le concept de *différenciation du soi* et se penche sur le processus de transmission transgénérationnelle et d'évolution de la différenciation au sein de la famille. La définition de Bowen de la *projection familiale* est un mécanisme, faisant partie des processus de différenciation, par lequel les problèmes des parents sont projetés sur l'enfant. Il remarque que le bas niveau de différenciation chez un individu, en particulier un enfant ou un adolescent, est un facteur de vulnérabilité aux stress et de prédisposition aux maladies.

Utilisant les concepts de Bowen, Cain (1982) relève la position adaptative du sujet dépressif dans la famille. Tant qu'il se maintient dans cette position, peut-être pour épargner le système, il perd sa capacité de se différencier par rapport aux autres membres de la famille et perd ainsi sa capacité de fonctionner. Un autre membre de la famille peut être perçu comme dominant. Le processus risque d'évoluer dans la chronicité.

Le contexte social et familial de la personne dépressive est souvent perturbé. La dépression est une des pathologies psychiatriques la plus fréquemment associée à des dysfonctionnements du système familial, comparée à d'autres pathologies (la schizophrénie, les troubles anxieux, l'alcoolisme, troubles du comportement) (Crowther, 1985 ; Miller et al., 1986).

Différentes études ont montré le rôle important du fonctionnement familial dans la dépression. Il est altéré par la pathologie dépressive et peut aussi constituer un facteur de risque de rechutes dépressives. Le risque de rechute dépressive est influencé par les attitudes émotionnelles (« émotions exprimées ») des familles à l'égard du patient dépressif ; plus les familles sont critiques et hostiles, plus grand est le risque (Vaughn & Leff, 1976 ; Hooley et al., 1986).

Coyne (1976) note une interaction pathologique entre le patient et son entourage qui maintient, voire amplifie la dépression. Il démontre ainsi le processus interactionnel de cette maladie. Le sujet, devant le manque, voire l'absence de soutien et de reconnaissance de son entourage, développe des symptômes dépressifs. En réponse à cette détresse perçue, l'entourage tend à le soutenir et à le rassurer, mais avec des sentiments de culpabilité et d'irritation. Ce dernier se manifeste alors des attitudes non verbales de rejet ; les messages non verbaux maintiennent le sujet dépressif dans l'insécurité et la dépression.

Selon le modèle de dépression du système conjugal de Feldman (1976), une personne dépressive vit dans un système complexe. Les interactions entre le patient et son conjoint ont une influence réciproque et circulaire dans le déclenchement et le maintien de la dépression. Leur interaction

déclenche les schémas cognitifs complémentaires chez les deux conjoints et amènent à des répétitions de stimulations et de renforcements réciproques. Le conjoint non dépressif, par son comportement (une remarque ou un acte) qui touche le point sensible et fragile, représentatif du sentiment de valeur, du conjoint dépressif, déclenche une réaction dépressive chez ce dernier (tristesse, culpabilité, dévalorisation, etc.). Cette réponse déclenche chez le conjoint non dépressif un schéma cognitif de surprotection, qui à son tour, induit un comportement (inquiétude et attention exagérées) renforçant la dépression. La sollicitude extrême du conjoint non dépressif renforce la frustration et les sentiments d'impuissance chez le dépressif qui à son tour réagit par différents comportements (retrait, agressivité ouverte, ou affirmation de son indépendance). Chacun de ces comportements provoque un schéma d'autodépréciation chez le conjoint non dépressif qui par sa réaction va induire une dépression, le cycle d'interaction recommence ainsi. Ce processus peut débiter à n'importe quel point du cycle.

Feldman met l'accent sur les schémas d'autodépréciation existant chez les deux conjoints qui manifestent cependant différemment : le sujet dépressif vit consciemment l'état d'autodépréciation en alternance à des périodes d'agressivité passive ou active envers son conjoint. Le partenaire non dépressif adopte son image de protecteur et vit rarement l'autodépréciation de manière consciente. Lorsque sa propre image est menacée par l'hostilité ou l'affirmation du conjoint dépressif, il tend à déclencher le cycle de la dépression dans le but de rétablir son rôle de protecteur.

Les événements de vie, des étapes du cycle de vie de la famille (naissance, adolescence, mariage, séparation, divorce, la mort), constituent des changements contextuels perturbant l'équilibre du système. Ces changements du contexte provoquent soit des rétroactions positives amenant à un changement adaptatif du fonctionnement du système soit des rétroactions négatives (symptôme dépressif apparu chez un membre de la famille) maintenant le système à un non changement, voire un arrêt dans le temps.

De nombreuses perturbations se présentent dans la famille des adolescents traversant différentes étapes du cycle de vie : les adolescents évoluent vers une autonomie croissante et s'éloignent de leurs parents en élargissant leurs relations sociales extérieures alors que leurs parents sont confrontés à leur angoisse du temps par rapport à leur propre vieillissement, à l'usure du couple, et en même temps au vieillissement, à la maladie, voire à l'approche de la mort des grands-parents. Dans ce contexte, le changement de mode de fonctionnement du système familial devient nécessaire. Quand une perturbation menace la rupture de l'équilibre familial, le symptôme dépressif chez l'adolescent a fonction de mobiliser à nouveau la famille et à arrêter le

temps, la famille vivra alors en crise au rythme des symptômes de l'adolescent (fugues, tentatives de suicide, anorexie, etc.) (Pittman, 1987).

Goldbeter-Merinfeld (1997) observe la dépression réactionnelle chez les enfants-patients désignés lors d'une perte (séparation, divorce, etc.) ou d'un abandon. En 1998, ses travaux portant sur des adultes font le lien entre la présence d'un sujet dépressif dans une famille et des deuils non faits ou pathologiques. Le même auteur (1994) souligne que la dépression apparue chez un membre de la famille endeuillée peut refléter une souffrance de l'incapacité de la famille de faire le deuil d'un tiers dont la fonction était importante et irremplaçable au sein de celle-ci.

Rosenthal (1980) étudie la dépression chez l'enfant et l'adolescent lors d'un deuil pathologique d'un parent en réaction au décès de l'autre parent. L'attitude de ce parent en difficulté face à ce deuil va empêcher l'initiation ou la poursuite du travail de deuil des autres membres de la famille, en particulier les enfants. Ainsi, une attitude trop protectrice vis-à-vis des enfants, le manque d'explication d'une absence, le silence, l'évitement de parler de la douleur pourtant manifeste dans la famille endeuillée risquent d'induire la dépression chez les enfants. Le tableau dépressif peut se manifester par l'apparition des cauchemars, une diminution du rendement scolaire, de l'appétit, une apathie, etc. L'auteur note que le lien des enfants avec le parent survivant est renforcé parfois d'une manière excessive. Il remarque également l'apparition de la culpabilité chez l'adolescent après le décès du parent avec lequel il maintenait une relation conflictuelle.

Après ces éléments historiques et ces éléments conceptuels de la psychiatrie moderne, nous allons aborder le point de vue épidémiologique sur la dépression, qui va nous permettre de faire la transition avec notre étude.

### **2.3 Epidémiologie de la dépression**

D'un point de vue épidémiologique, la dépression majeure représente une des pathologies mentales les plus fréquentes et engendre des répercussions importantes tant au niveau individuel, social, qu'au niveau économique pour la santé publique. En effet, cette maladie entraîne des coûts importants, directs pour les soins médicaux (hospitalisations, soins ambulatoires et suivis sociaux) et indirects par l'absentéisme, baisse de productivité, incapacité de travail et invalidité. La dépression engendre d'importantes souffrances psychiques et mènent à des conséquences souvent désastreuses, tels que des problèmes relationnels et professionnels, le repli sur soi, voire l'isolement social, l'exclusion du marché de l'emploi ou l'invalidité (OCDE, 2012). Gustavsson

et al. (2011) estiment que les maladies dépressives sont les maladies psychiatriques les plus coûteuses en Europe mais aussi dans le monde vu leur forte prévalence, leur survenue précoce, leur chronicité et les handicaps qui s'ensuivent. Selon les estimations de l'OMS en 2012<sup>2</sup>, la dépression touche mondialement plus de 350 millions de personnes. Elle est la première cause d'incapacité dans le monde et contribue fortement à la charge mondiale de la maladie. Le nombre de décès par suicide dans le contexte de dépression sévère est estimé à un million par an.

La prévalence annuelle établie par la recherche épidémiologique est à 6,9% en Europe (Wittchen et Jacobi, 2005) et à 6,6% aux Etats-Unis (Kessler et al, 2005 a, b). La prévalence annuelle est faible chez les enfants des deux sexes à environ 1% et atteint 8% chez les adolescents, avec une augmentation plus forte chez les filles (Keenan et al., 2008 ; Kessler et al., 2001). Selon le rapport récent de l'OMS<sup>3</sup>, la dépression unipolaire touche 7% des personnes âgées de 60 ans et plus et représente 1,6% des incapacités totales de cette population.

En Suisse, l'enquête de la santé publiée en 2013<sup>4</sup>, qui exclut les personnes séjournant dans un établissement médico-social, montre que sur une année, 5,2% de la population suisse souffre d'une dépression majeure.

Les troubles dépressifs touchent une personne sur cinq (20%) au cours de sa vie, atteignant 21% des femmes et 13% des hommes (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009). Cette prévalence de la dépression sur la période de l'adolescence est estimée à 15%.

Dans la population suisse, de multiples liens existent entre la dépression et différents facteurs sociodémographiques et socio-économiques. Le taux de la dépression est plus élevé selon le sexe (comme sus-citée, la prévalence - vie de la dépression majeure est plus élevée chez les femmes) mais aussi selon l'état civil (les sujets vivant seuls, séparés ou divorcés, présentent les taux de dépression deux fois plus élevés que ceux observés chez les sujets mariés ou vivant en

---

<sup>2</sup> Organisation Mondiale de la Santé. La dépression. Aide-mémoire N° 369. Octobre 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/fr/> (consulté le 01.02.2014).

<sup>3</sup> Organisation Mondiale de la Santé. Santé mentale et vieillissement. Aide-mémoire n° 381. Septembre 2013. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/fr/> (consulté le 01.02.2014).

<sup>4</sup> Niklas Baer, Daniela Schuler, Sylvie Füglistler-Dousse, Florence Moreau-Gruet. La dépression dans la population suisse. Données concernant l'épidémiologie, le traitement et l'intégration socioprofessionnelle. Obsan rapport 56. Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé, 2013.

concubinage) et un statut socio-économique bas (formation professionnelle limitée, couche sociale défavorisée, chômage, faible statut professionnel ou bas revenu) (Fasel et al., 2010). Selon la même étude, la migration est également un facteur défavorable précipitant l'apparition de la maladie dépressive.

Le trouble dépressif débute en moyenne à l'âge de 30 ans. L'âge moyen de la première maladie varie, selon le pays et parmi les 17 pays étudiés, entre 25 et 45 ans, la fréquence des maladies dépressives reste minimale jusqu'à l'adolescence puis augmente rapidement jusqu'à l'âge moyen (Kessler et al., 2007). La caractéristique de la maladie dépressive est généralement récidivante ou chronique. Son pronostic dépend de la précocité de la maladie : plus elle débute précocement, plus défavorable est son évolution et ses effets handicapants. La probabilité d'évoluer vers un trouble récurrent à l'âge adulte est estimée à 20% chez des sujets à la suite d'un épisode dépressif aigu (Hölzel et al., 2011), elle augmente jusqu'à 30 - 50% si la dépression débute dans l'enfance et la jeunesse (Angst et al., 1990 ; Lewinsohn et al., 2000 ; Costello et al., 2002). Le risque d'interruption de la formation professionnelle augmente d'une manière significative si le trouble dépressif apparaît dans l'enfance, l'adolescence ou les premières années de l'âge adulte (Lee et al., 2009). Deux études publiées en 2011 montrent que la survenue précoce de la maladie engendre des problèmes sociaux plus importants (handicaps, faible taux de mariage, risque de divorce augmenté) (Breslau et al., 2011) et des problèmes psychiques accrus (qualité de vie diminuée, comorbidité psychiatrique et somatique associée plus élevée, nombre plus important d'épisodes dépressifs sévères et des tentatives de suicide) (Richards, 2011).

Le taux de rechute de la dépression augmente après chaque rechute (Richards, 2011) et les symptômes résiduels ainsi que les handicaps psychosociaux persistants constituent des facteurs de risque qui ont une grande influence sur le taux de récurrence (Judd et al., 2000 ; Solomon et al., 2008).

Les principaux facteurs de risque de la dépression sont le sexe féminin, une anamnèse familiale positive au premier degré (Hölzel et al., 2011) et des antécédents personnels de dépression ainsi que, comme sus-mentionné, l'absence de rémission complète entre les épisodes dépressifs. D'autres facteurs de risques comprennent les expériences négatives précoces (violence et abus subis, décès d'un des parents, maladies des parents, conflits entre parents ou dysfonctionnement de la parentalité). Le risque est également augmenté par le manque de soutien social, un

important stress quotidien, un stress chronique dans les relations interpersonnelles (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2009), l'abus de l'alcool ou d'autres substances.

La dépression se trouve fréquemment associée avec d'autres troubles psychiatriques et somatiques (annexe 1). Les comorbidités psychiatriques les plus fréquentes sont les troubles anxieux, les troubles ou accentuations de certains traits de la personnalité (Green et al., 2010) et les problèmes de dépendance. La comorbidité entre la dépression et les troubles de la personnalité est particulièrement handicapante, en effet dans l'analyse des nouveaux cas AI pour troubles psychiques en Suisse (Baer et al., 2009), le diagnostic le plus fréquent amenant à une rente d'invalidité est une dépression chronique chez un sujet souffrant de trouble de personnalité. La dépression favorise également l'émergence et le développement de maladies particulières, telles que les maladies cardiovasculaires (Sullivan et al., 1997 cité dans Blazer & Hybels, 2005) ; D'autres études montrent que la prévalence de la dépression est élevée, estimée de 15 à 20% chez les patients souffrant de maladie coronarienne, associée à des complications cardiaques (Frasure-Smith et al., 1995 ; Thombs et al., 2008 ; Meijer et al., 2011). Il en est de même pour le diabète (Blazer et al., 2002 a cité dans Blazer & Hybels, 2005) ; les adultes souffrant de dépression ont un risque de développer un diabète augmenté de 37%, selon Knol et al. (2006).

D'autres comorbidités somatiques sont également à relever comme l'obésité, le cancer, l'hypothyroïdie, la fibromyalgie ou autres douleurs somatiques chroniques (Romano & Turner, 1985 ; Bair et al., 2003 ; Bondolfi, 2004). Selon le rapport suisse établi par Schuler et Burla (Schuler & Burla, 2012), les personnes traitées pour des maladies somatiques chroniques telles que la migraine, le diabète, l'hypertension artérielle, l'infarctus du myocarde, l'accident vasculaire cérébral ou le cancer sont aussi plus fréquemment traitées pour la dépression. La dépression peut aussi être primaire mais révélatrice d'une maladie organique ou endocrinienne, ou secondaire en réaction à une maladie somatique.

La comorbidité influence négativement les conséquences de la dépression sur la vie des patients. La comorbidité de la dépression et des maladies somatiques cause plus d'absentéisme au travail (Buist-Bouwman et al., 2005). La dépression est un facteur pronostique aggravant des maladies somatiques chroniques : le processus de guérison des maladies somatiques chroniques, en présence de la dépression, est plus difficile et les troubles physiques aggravent l'évolution de la dépression (Katon, 2011). La corrélation entre dépression et handicap (difficultés professionnelles, arrêts de travail, invalidité) semble être liée particulièrement à l'existence des maladies comorbides (McIntyre et al., 2011).

Il y a un plus grand risque de mortalité du fait de maladie somatique chez des sujets dépressifs, incluant tout degré d'intensité de dépression de sévère à subclinique, que pour des sujets qui ne sont pas dépressifs (Cuijpers & Smit, 2002). Ces résultats sont confirmés par d'autres études : la mortalité est plus élevée en cas de comorbidité ; les sujets dépressifs meurent plus tôt que ceux qui ne souffrent pas de dépression, notamment suite à des maladies somatiques comorbides comme l'asthme, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le diabète, les maladies cardiovasculaires, ou le cancer (Katon, 2011) ; l'espérance de vie des patients ayant eu un infarctus du myocarde est diminuée s'ils souffrent d'une dépression sévère (Lespérance et al., 2002).

Le traitement de la dépression consiste en une psychothérapie, individuelle ou avec les proches et/ou traitement antidépresseur. La stigmatisation sociale de cette maladie reste présente et fait partie des obstacles à l'accès aux traitements, on constate ainsi qu'une personne sur deux seulement recourt à un traitement médical et il s'écoule en moyenne dix ans entre l'apparition de la maladie et le début du traitement (Kessler & Wang, 2008). Seulement 15% des personnes souffrant des problèmes psychiques ont eu un suivi médical pendant l'année précédente (OCDE, 2012 ; Kessler et al., 2005 c ; Lecrubier, 2007; Alonso et al., 2004). Le taux de traitement reste très bas chez les jeunes et lors des troubles psychiques faibles à moyennement sévères. Sur 50% des sujets souffrant de dépression qui ont un suivi médical, seulement un sur deux traitements correspond aux normes minimums par rapport au traitement médicamenteux, à sa durée et à la quantité des séances pendant le suivi (Kessler et al., 2005 c). Nous pouvons espérer que cette proportion soit plus grande actuellement, 9 ans après cette étude, cependant nous ne possédons pas de données plus récentes.

Dans notre pratique ambulatoire, les patients dépressifs occupent une place prépondérante (environ 1/3 de nos consultations). Au vu de ce qui précède, l'identification de la dépression, la mise en place d'un traitement adéquat ainsi que le suivi de son évolution est important. La rémission totale d'un épisode dépressif est à viser afin de garantir un bon pronostic à moyen et à long terme.

Dans ce contexte, l'évaluation psychométrique de l'évolution clinique de la dépression en cours de traitement est importante. Cela permet au thérapeute d'évaluer la sévérité de l'état dépressif ainsi que l'efficacité des traitements médicamenteux et/ou psychothérapeutiques proposés et guide ainsi ses décisions, notamment pour adapter le dosage ou changer d'antidépresseur.

Le clinicien a souvent recours à des instruments divers pour évaluer l'évolution de la sévérité de l'état dépressif et la réponse aux traitements ; il peut s'agir tant d'auto- que d'hétéro-questionnaires et un certain nombre de ces instruments sont disponibles et validés. L'utilisation d'auto-questionnaires pour l'évaluation de la sévérité d'un état dépressif permet indiscutablement de gagner du temps dans le suivi des patients. Par ailleurs, les auto-évaluations ont également l'avantage de favoriser l'investissement du patient dans ses soins, ce qui peut avoir une valeur thérapeutique. Ces auto-évaluations sont également utiles lorsque les patients sont suivis sur de longues périodes pour donner des points de repères dans des suivis qui ont tendance à se chroniciser.

Pour la dépression, l'instrument d'auto-évaluation le plus répandu est indiscutablement le « Beck Depression Inventory » (BDI) (Beck et al., 1961). En dépit de la disponibilité de cet instrument, accessible aussi en version française, trois raisons nous ont conduits à vouloir, traduire en français et valider le MADRS-S (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale Self-Assessment) (Svanborg & Asberg, 1994). Le MADRS-S est la version d'auto-évaluation de l'échelle MADRS (Montgomery Asberg Depression Rating Scale) (Montgomery & Asberg, 1979). Les deux premières raisons ont trait à des caractéristiques psychométriques de l'instrument : dans sa version anglaise, le MADRS-S fait preuve d'une bonne sensibilité au changement et possède des propriétés reconnues et analogues à d'autres instruments d'évaluation de la dépression dont notamment le BDI (Svanborg & Asberg, 2001). La troisième raison est inhérente à notre pratique clinique dans les programmes spécialisés pour les patients présentant des troubles de l'humeur ; nous avons recours, depuis plusieurs années déjà, au MADRS pour évaluer leurs symptomatologies et leurs réponses au traitement. Pouvoir disposer de cet instrument déjà bien connu dans ces unités, tant par les soignants que par les patients, dans une version d'auto-évaluation en français et validée, constitue dès lors un atout dans la pratique clinique.

Cette version pourrait permettre aussi de réaliser des études sur l'efficacité des traitements employés chez un nombre plus grand de patients.

## 3 Etude

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

#### 3.1.1 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.

La version française du MADRS est annexée (Annexe 3).

## **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  $\geq 28$  alors que pour Schatzberg et les collaborateurs, cette valeur était  $\geq 25$  pour le HAMD -17 et  $\geq 33$  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  $\geq 35$  et  $\geq 28$ . 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  $\geq 28$  et celle du MADRS  $\geq 35$ , et concluent que la valeur seuil qui semble appropriée pour le MADRS se situe à  $\geq 32$ , ce qui correspond à celle pour le HAMD-17 à  $\geq 25$  et le CGI à  $\geq 6$ ).

### **3.1.2 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 ½ 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 versions anglaise et française du MADRS-S sont annexées respectivement (Annexe 4 et 5).

#### **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).

### **3.2 Contexte de l'étude**

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.

Etonnamment, lors de l'introduction de ces échelles, les résultats de nombreuses études n'ont pas mis en évidence l'efficacité des antidépresseurs. La méthode même de ces recherches a donc été remise en question et les échelles d'évaluation appliquées par les cliniciens ont été critiquées dans le cadre de recherche à grande échelle. Les difficultés associées aux échelles d'hétéro-évaluation qui ont été invoquées comme source possible d'erreurs, sont notamment, la fiabilité inter-juge, la partialité de l'évaluateur et les compétences cliniques variables des enquêteurs. Plusieurs enquêtes ont montré que ces critères sont sources possibles d'erreurs (Khan et al., 2002 ; Kobak et al., 2007).

Dans ce contexte, d'autres pistes d'évaluations psychométriques de la symptomatologie dépressive ont été explorées. Le côté économique des échelles d'auto-évaluation et l'avantage de ne plus faire appel à un clinicien, en évitant ainsi le problème de fiabilité inter-juge, ont été souvent soulignés (Moller, 2000). 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).

Dunlop et al. (2010), ont évalué les corrélations, de faible à moyenne, entre les différentes d'échelles d'évaluation. Ils expliquent la bonne corrélation trouvée par Rush et al. (Rush et al., 2006 a ; 2006 b) par le fait que les différentes échelles d'hétéro- et d'auto-évaluation ont toutes été menées par téléphone dans cette étude, ce qui a limité certains problèmes de compréhension et de lecture, inhérents aux échelles d'auto-évaluation. Dunlop et coll. (2010) mettent l'accent sur l'influence probable de l'ordre de passation des échelles : si le patient répond d'abord aux questions du clinicien, les résultats de l'auto-évaluation seraient modifiés.

D'autre part, 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 Prusolf, 1973 ; Enns et al., 2000 ; Cunningham, 2013) ; l'âge, le statut marital et l'occupation (Dorz et al., 2004) ; ainsi dans cette étude, les patients dépressifs, hospitalisés, âgés, mariés et n'ayant pas de travail fixe, tendent à sous-estimer leurs symptômes dépressifs. La variable « genre » entre également en ligne de compte pour la concordance (Carter et al., 2010 ; Cunningham, 2013), Shain et al. (1990) observent une meilleure corrélation entre les deux échelles chez les adolescentes

dépressives. Le faible niveau d'éducation est associé à un plus faible score sur l'échelle d'auto-évaluation en comparaison à l'hétéro-évaluation (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. En effet, pour mesurer l'influence des variables, Dorz et al. ont établi une distinction plus précise entre les participants qui sous estiment leurs symptômes et ceux qui les surestiment, ce qui aurait pour effet de masquer la perception de l'influence des variables en question.

D'autres études ont ciblé l'évolution de la corrélation entre les échelles d'auto et d'hétéro-évaluation lors de suivis longitudinaux.

Différentes études ont décrit une faible corrélation entre l'auto et l'hétéro-évaluation au temps d'inclusion des patients et au début des études (Domken et al., 1994; Dunlop et al., 2010 ; Cunningham et al., 2011). Pour Cunningham et al., cette faible corrélation est due à la surcotation des symptômes du patient par le clinicien lors de l'inclusion ; l'hypothèse avancée est que le clinicien a tendance à surévaluer les symptômes dépressifs lors de ce premier entretien car il les recherche. L'amélioration ultérieure de la corrélation est observée (Dunlop et al., 2010 ; Cunningham et al., 2011), le clinicien ne surcote plus et les patients acquièrent une meilleure capacité à identifier leurs symptômes. Dunlop et al. (2010) avance en plus l'hypothèse de distorsions cognitives ; les patients seraient sujets à ces distorsions au début de l'étude, du fait de leurs troubles dépressifs. L'état du patient s'améliorant, il perçoit de façon plus adéquate les expériences au quotidien et il évalue mieux ses symptômes dépressifs. La corrélation entre l'auto- et l'hétéro-évaluation est ainsi plus forte lorsque le patient est en rémission, que lorsqu'il est seulement répondeur.

Les auteurs (Dunlop et al., 2010) avancent l'hypothèse que la faible corrélation entre les deux types d'échelles est due à la différence de points de vue : le patient évalue la sévérité de ses symptômes dépressifs en se basant sur ses propres expériences, alors que l'évaluation du clinicien se fait en relation avec les normes de la population des patients dépressifs qu'il a observées.

Les auto-évaluations ont montré des limites ou plutôt des différences en comparaison aux hétéro-évaluations. Bien connaître ces différences devrait permettre une utilisation plus efficace des échelles d'auto-évaluation dans la pratique clinique. Ainsi, par exemple, les études ont établi la tendance générale des patients à surcoter leurs symptômes dépressifs en comparaison à la cotation des cliniciens. Cet écart s'amenuise au fur et à mesure de l'étude longitudinale, et ce d'autant plus que l'état des patients s'améliore. Au vu de ces résultats, une auto-évaluation de la rémission peut être prise en considération comme significative par le clinicien, puisque l'hétéro-évaluation aura sans doute noté une rémission avec des scores plus bas.

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).

Dans la pratique de la médecine de premier recours, un questionnaire d'auto-évaluation a été validé et adopté dans le cadre d'une utilisation systématique (9-points Patient Health Questionnaire, PHQ-9), encore plus apprécié lorsque les ressources sont limitées. Ce questionnaire a été considéré comme un bon outil clinique, facilitant les prises de décisions et impliquant le patient dans sa prise en charge thérapeutique (Duffy et al., 2008).

Pour revenir à notre sujet d'étude, c'est en 1994 que le MADRS-S en langue anglaise apparaît 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).

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

### **3.3 Objectif de l'étude**

Dans le cadre de notre pratique clinique, nous avons voulu à ce stade :

- Évaluer l'applicabilité et la fiabilité de cette échelle dans sa version française, traduite avec l'accord de son auteur.
- Répliquer les analyses effectuées dans les études originales, pour vérifier le degré de concordance entre les échelles en auto- et hétéro-passation ainsi que la sensibilité au

changement de l'échelle dans sa version française sur une population psychiatrique adulte.

Nous avons donc examiné les propriétés psychométriques de la version française du MADRS-S et mesuré les corrélations avec la version française du MADRS. Les résultats sont ceux obtenus lors de la passation successive des deux échelles pour chaque patient, reproduite un mois plus tard.

### **3.4 Méthode de validation**

#### **3.4.1 Traduction du MADRS-S**

Pour produire la version française du MADRS-S, nous avons mis en œuvre la procédure de traduction/contre-traduction. Les 2 personnes impliquées dans la traduction étaient compétentes dans le domaine de la pathologie spécifique évaluée. Chaque item de la version anglaise a été traduit en français par une psychologue bilingue, en privilégiant une traduction de sens plutôt que littérale. La retraduction de la version française en anglais a été effectuée par un psychiatre de langue maternelle anglaise qui n'a pas été associée à la première phase de la traduction. Si lors de cette étape, la signification initiale de l'item semblait avoir été perdue ou altérée, l'item a été repassé dans tout le procédé en entier jusqu'à ce que la traduction soit jugée satisfaisante respectant au mieux la version originale. La clarté de la version française finale a été examinée en ce qui concerne le langage utilisé et la présentation des consignes pour compléter l'outil.

La version française du MADRS-S est annexée (Annexe 5).

#### **3.4.2 Sujets**

Soixante-trois sujets adultes francophones (32 hommes, 31 femmes) ont été recrutés en 2006 parmi les patients en suivi ambulatoire dans deux centres de soins de santé mentale de la Suisse francophone (Hôpitaux Universitaires de Genève et Centre Neuchâtelois Psycho-Social de la Chaux-de-Fonds).

L'âge des sujets varie de 18 ans à 65 ans, l'âge moyen (SD) est de 43,9 ans (11,2). Ils sont répartis selon les critères diagnostics de CIM-10 (Organisation Mondiale de la Santé, 1994) comme suit :

- Trouble dépressif récurrent (F33, n = 31).
- Episode dépressif (F32, n = 27).
- Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression moyenne à sévère (F31.3 et F31.4, n = 3).

- Trouble schizo-affectif de type dépressif (F25.1, n = 2).

Les sujets sont inclus indépendamment du fait qu'ils débutent un traitement ou ont un traitement en cours. Au cours de l'étude, le médicament est prescrit comme d'habitude (antidépresseurs seulement n = 43, 68% ; antidépresseurs et stabilisateurs de l'humeur n = 10, 16% ; antipsychotiques seulement n = 2, 3%, pas de médicaments psychotropes, à l'exception de tranquillisants et hypnotiques, n = 8, 13%).

### **3.4.3 Procédure**

Le protocole d'étude a été approuvé par le comité de l'éthique des Hôpitaux Universitaires de Genève (l'échantillon de Genève) et du Canton de Neuchâtel (l'échantillon de la Chaux-de-Fonds). Les patients ont donné leur consentement éclairé, et ils n'ont pas reçu de rémunération pour leur participation.

Préalablement au démarrage de l'étude, les deux psychiatres responsables de l'inclusion des sujets de deux centres différents, ont été formés à l'évaluation de la dépression à l'aide du MADRS par des entraînements à la cotation du MADRS (sur la base de cassettes audio-visuelles d'interviews conduits par un psychiatre bien entraîné à la passation de cette échelle d'évaluation) et des supervisions. Au cours de cette formation initiale et sur la base de la cotation indépendante, l'un et l'autre, ont enregistré des interviews vidéo dans lesquelles des patients ont été évalués au moyen du MADRS. La fidélité inter-juge a été ainsi vérifiée, afin d'assurer, préalablement au démarrage de la recherche, une cohérence suffisamment bonne des cotations faites par deux évaluateurs de notre étude.

En se basant sur la démarche expérimentale de Svanborg et Asberg pour valider l'échelle d'auto-évaluation MADRS-S dans sa version anglaise (1994), nous avons mis en place le protocole selon lequel la passation successive de deux échelles d'évaluation (auto et hétéro) a été effectuée par chaque patient et ce en deux occasions : au Temps 1 (l'inclusion de l'étude) et au Temps 2 (4 semaines plus tard) ; l'intervalle de temps moyen est de  $25,4 \pm 7,9$  jours.

A chaque passation, le patient a rempli dans un premier temps le MADRS-S. Un psychiatre était présent dans la salle et disponible pour toute question. Après ce questionnaire, le patient a été reçu en entretien par le même psychiatre qui remplit le MADRS ; cette hétéro-évaluation a été effectuée à l'aveugle, le résultat de l'auto-passation du MADRS-S préalablement complété par le patient, n'étant pas connu de l'évaluateur.

Vingt trois de ces entretiens ont été filmés et visionnés indépendamment de la part des trois psychiatres différents. Chaque patient filmé a donc bénéficié de trois évaluations MADRS pour établir le coefficient d'objectivité (fidélité inter-juge).

#### **3.4.4 Analyses statistiques**

Cette étude mesure la cohérence interne, la dimensionnalité, la validité concurrente et la sensibilité au changement de la version française de la MADRS-S, et étudie les corrélations des scores obtenus (global et par item) lors de la passation du MADRS, avec ceux obtenus au MADRS-S pour chaque sujet.

- Le coefficient de corrélation intra-classe (ICC Shrout et Fleiss, 1979), obtenu entre les notes des 3 examinateurs sur les 23 entretiens filmés, a permis d'estimer la fidélité inter-juge du MADRS.
- La cohérence interne a été évaluée par l'intermédiaire du coefficient alpha de Cronbach afin de vérifier si tous les items étaient tous en relation avec un même thème. Pour être renseigné sur l'homogénéité des items de l'échelle, nous avons calculé aussi les coefficients de corrélation entre les items, ou entre les items et les scores totaux si l'item est supprimé ; il s'agit de déterminer si les résultats des items ont des liens significatifs entre eux.
- En ce qui concerne la dimensionnalité, nous avons utilisé le test statistique de l'analyse de facteur principal pour déterminer si les variations dans les résultats sont dues à un ou plusieurs facteurs.
- La validité concurrente démontre combien un test (ou une échelle) est corrélé avec un autre test qui a été validé auparavant, les deux tests étant présumés évaluer des éléments dans des domaines similaires. Pour mesurer la validité concurrente entre le MADRS-S et le MADRS, nous avons utilisé les coefficients de corrélation de Pearson entre les items correspondants et les scores totaux.
- Le coefficient de corrélation de Pearson a été utilisé pour étudier la sensibilité au changement. Nous avons ainsi calculé les variations en pourcentage de chaque échelle, entre les 2 passations espacées de 4 semaines, puis calculer la corrélation entre ces deux pourcentages.

Pour affiner l'évaluation de la capacité de l'échelle à être sensible au changement, nous avons observé si l'échelle a été sensible aux améliorations significatives de la gravité de la dépression. Pour déterminer si la sévérité de l'épisode dépressif a diminué de façon significative, nous avons calculé le coefficient kappa de Cohen, en fixant le seuil

significatif à une diminution  $\geq 50\%$  entre les deux passations de la même échelle sur les deux temps différents. Ce seuil est le seuil admis dans les recherches pour considérer que les sujets ont répondu favorablement au traitement antidépresseur (Fava et Davidson, 1996). Les données sont analysées avec SPSS version 15 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

### 3.5 Résultats

- Le MADRS-S a reçu un accueil favorable, les patients l'ont rempli sans difficultés et ont répondu à chaque item. Au Temps 1, le score moyen de MADRS (SD) était de 28.6 (9.8, 11-55) et celui de MADRS-S était de 13.6 (4.4, 5.5-25.0). Au Temps 2, le score de MADRS était de 25.6 (13.0, 4-57), celui de MADRS-S était de 11.6 (5.9, 0.5-26.5).
- Le coefficient d'objectivité (fidélité inter-juge) était excellent (ICC = 0.87).
- En ce qui concerne la cohérence interne, pour le MADRS-S, les valeurs du coefficient alpha de Cronbach étaient de 0.85 au Temps 1 et de 0.94 au Temps 2. Les valeurs de ces coefficients ont été très proches pour le MADRS (0.84 au Temps 1 ; 0.91 au Temps 2). La cohérence interne a été ainsi évaluée comme bonne à excellente pour chaque échelle.
- L'homogénéité des items a été confirmée, puisque les corrélations entre les items de MADRS-S et les scores totaux si l'item est supprimé, sont entre 0.50 et 0.77 au Temps 1 et entre 0.70 et 0.83 au Temps 2.
- Pour la dimensionnalité, l'analyse du facteur principal du MADRS-S a mis à jour l'influence de deux facteurs : au Temps 1, elle a indiqué que le premier facteur (valeur propre 4.2, variance expliquée 47.0%) était beaucoup plus grand que le second (1.1, 12.5%), avec une influence du premier facteur ( $> 0.58$ ) pour tous les items. Au Temps 2, seulement un facteur exerçait son influence ( $> 0.76$ ) pour tous les items (première valeur propre de 6.2, 68.8% ; deuxième valeur propre de 0.75, 8.4%). Les résultats de l'analyse de la dimensionnalité pour le MADRS établissaient des valeurs similaires, à la fois au Temps 1 (4.2, 42.3% ; 1.3, 12.6%) et au Temps 2 (5.8, 57.6% ; 0.86, 8.6%).
- La validité concurrente : le tableau présente ci-dessous les coefficients de corrélation de Pearson entre les items correspondants du MADRS et du MADRS-S au Temps 1 et Temps 2. La corrélation a été établie entre presque tous les items correspondants de chaque échelle, puisque tous les coefficients étaient compris entre 0.46 et 0.85 et étaient statistiquement significatifs ( $p < 0.001$ ). Une exception était notée pour l'item « initiative » du MADRS-S au Temps 1 ( $r = 0.16$ ,  $p = 0.22$ ). Les scores totaux de chaque échelle étaient également corrélés, avec des coefficients de corrélation de 0.81 ( $p < 0.001$ ) au Temps 1 et de 0,91 ( $p < 0.001$ ) au Temps 2.

**Tableau récapitulatif des résultats concernant la validité concurrente**

Scores des items, score total du MADRS-S et corrélations avec les scores du MADRS correspondant (n= 63).

MADRS item	MADRS-S item	Time 1		Time 2	
		MDRS-S moyen (SD)	Coefficient de corrélation de Pearson	MDRS-S moyen (SD)	Coefficient de corrélation de Pearson
Tristesse apparente	<sup>a</sup>				
Tristesse exprimée	Humeur	1.46 (0.69)	0.61 ***	1.20 (0.88)	0.69 ***
Tension intérieure	Sentiment de malaise	1.78 (0.66)	0.46 ***	1.55 (0.78)	0.75 ***
Réduction du sommeil	Sommeil	1.32 (0.76)	0.60 ***	1.21 (0.88)	0.80 ***
Réduction de l'appétit	Appétit	1.03 (0.93)	0.73 ***	0.84 (0.92)	0.85 ***
Difficultés de concentration	Capacité de concentration	1.55 (0.65)	0.73 ***	1.47 (0.72)	0.75 ***
Lassitude	Initiative	1.61 (0.67)	0.16	1.37 (0.74)	0.74 ***
Incapacité à ressentir	Implication émotionnelle	1.53 (0.72)	0.55 ***	1.29 (0.74)	0.67 ***
Pensées pessimistes	Pessimisme	1.94 (0.67)	0.55 ***	1.63 (0.79)	0.63 ***
Idées de suicide	Élan vital	1.34 (0.72)	0.77 ***	1.08 (0.71)	0.72 ***
<i>Score total</i>	<i>Score total</i>	<i>13.56 (4.40)</i>	<i>0.81 ***</i>	<i>11.63 (5.93)</i>	<i>0.91 ***</i>

<sup>a</sup> L'item « tristesse apparente » a été exclu du MADRS-S pour des raisons évidentes.

\*\*\*  $p < 0.001$ .

- La sensibilité au changement : entre les deux temps de passation, l'évolution du score du MADRS-S était représentée par un pourcentage ; les valeurs obtenues étaient comprises entre -90.9% (soit une amélioration) et +77,3% (soit une aggravation), avec une valeur moyenne de -7,7%. Pour le MADRS, les pourcentages étaient compris entre -84.4% et +114,3%, avec une valeur moyenne de -15,4%. Le coefficient de corrélation entre le changement de scores sur les deux échelles était de 0.71 ( $p < 0.001$ ).

La sensibilité au changement de l'échelle était confirmée par sa sensibilité à mesurer les évolutions significatives ; ainsi une corrélation a été observée entre l'échelle auto-évaluée par le patient et celle évaluée par le clinicien puisque le coefficient kappa de Cohen est de 0.69. En effet, parmi 12 patients qui ont évolué favorablement d'après le MADRS, 9 étaient dans la même catégorie selon le MADRS-S (sensibilité 75.0%) ; parmi 51 patients qui sont repérés comme n'ayant pas eu une évolution favorable par le MADRS, 48 ont la même évaluation pour le MADRS-S (spécificité 94.1%).

### **3.6 Discussion et conclusions**

Dans cette étude portant sur notre version traduite en français du MADRS-S, il convient d'abord de souligner la faisabilité de cet outil dans la population étudiée, l'essentiel des sujets ayant répondu de manière aisée à cet instrument simple et rapide à compléter. Tout comme dans la version anglaise, la clarté du texte d'introduction donnant les consignes pour compléter l'instrument, le choix d'une terminologie accessible, la formulation brève des questions semblent contribuer à une bonne compréhension et acceptation du questionnaire. Pour valider cette version française du MADRS-S, nous nous sommes intéressés à sa cohérence interne, sa dimensionnalité, sa validité concurrente en croisant ses résultats à ceux du MADRS et sa sensibilité au changement.

Nous avons constaté que la cohérence interne était bonne à excellente, les coefficients alpha de Cronbach étant similaires à ceux rapportés pour le MADRS (Carmody et al., 2006 ; Kobak et al., 2008). L'homogénéité de l'échelle a été confirmée par la bonne corrélation entre les scores de chaque item.

En ce qui concerne la dimensionnalité, bien qu'un facteur secondaire soit apparu pour les deux échelles au Temps 1, il est resté d'une influence très restreinte. Un seul facteur dominant a donc été établi dans la version française du MADRS-S expliquant une grande partie de la variabilité. Les résultats des études antérieures sur les facteurs influençant le MADRS étaient également dans le sens d'une structure unidimensionnelle (Carmody et al, 2006 ; Uher et al, 2008). Les mêmes résultats sont obtenus dans des études plus récentes (Fantino & Moore, 2009 ; Cunningham et al., 2011).

Pour la validité concurrente, les coefficients de corrélation des scores totaux des deux échelles étaient fortement corrélés ( $> 0.80$ ), la validité concurrente du MADRS-S et du MADRS est donc confirmée à ce niveau, conformément aux recherches menées avec les échelles en langue

anglaise (Svanborg et Asberg, 1994 ; Mattila-Evenden et al., 1996 ; Cunningham et al., 2011). Fantino et Moore (2009) trouvent une corrélation seulement moyenne entre les deux échelles (0.54). Pour ces auteurs, les deux échelles, le MADRS-S et le MADRS, mesurent la sévérité des symptômes de la dépression mais pas de la même façon ; ainsi le MADRS-S ne fait pas la distinction entre un patient qui souffre d'un premier épisode dépressif et un patient dépressif ayant connu plusieurs hospitalisations. Par contre, les deux échelles ont permis d'apprécier de la même manière la sévérité du score au « baseline ». Pour ces auteurs donc, les deux évaluations sont complémentaires et non pas redondantes.

De leur côté, Cunningham et al. (2011) remarque que la cotation des cliniciens reste d'une façon générale inférieure à celle des patients.

En ce qui concerne les coefficients de corrélations item par item équivalent, ils étaient de modérés à élevés, à l'exception, au Temps 1, de l'item « Initiative » du MADRS-S qui correspond à l'item « Lassitude » du MADRS. La notation de cet item était donc différente suivant qu'elle était auto-évaluée par le patient, ou faite par le clinicien. De façon singulière, cette même paire d'items a affiché un faible coefficient de corrélation lors d'une passation avec un sous-groupe de patients présentant un trouble de la personnalité (Mattila-Evenden et al., 1996). Etant donné que dans notre étude nous n'avons pas réalisé une évaluation du profil de la personnalité des participants et qu'il n'y a pas eu non plus une appréciation diagnostique d'éventuels troubles de la personnalité, il est possible que la mauvaise corrélation entre l'item « Initiative » du MADRS-S et l'item « Lassitude » du MADRS, puisse être attribué à la présence d'un trouble de la personnalité chez certains sujets de notre échantillon. Par ailleurs, nous pouvons aussi avancer l'hypothèse de Cunningham et al. (2011) que cet item nécessite une évaluation plus qualitative et de ce fait difficilement chiffrable, ce qui rend les corrélations entre l'auto- et l'hétéro-évaluation plus aléatoires. Cette hypothèse peut être indirectement appuyée par d'autres études qui mettent en évidence une meilleure et bonne corrélation pour des items du MADRS/MADRS-S dont l'évaluation est quantitative et ainsi facilement repérable tant par le clinicien que par le patient : les items « Réduction du sommeil »/« Sommeil » (nombre des heures de sommeil) et « Réduction de l'appétit »/« Appétit » (nombre de repas ; prise ou perte de poids en kilogrammes) (Mattila-Evenden et al., 1996 ; Mundt et al, 2006 ; Cunningham et al., 2011).

Une autre hypothèse pourrait être que la faible corrélation de l'item « Initiative »/« Lassitude » du MADRS-S/MADRS proviendrait d'un problème linguistique ou de traduction de la version

originale en français ; comme cette même faible corrélation existe dans la version originale (Cunningham et al., 2011), nous pouvons écarter cette hypothèse.

Dans notre étude, comme dans celle de Cunningham et al. (2011), la faible corrélation de l'item « Initiative »/« Lassitude » est à son minimum au début de l'étude. La meilleure corrélation de cet item dans l'évaluation ultérieure peut être expliquée par le fait que le patient parvient mieux à identifier ses symptômes au fur et à mesure que son état psychopathologique s'améliore (Dunlop et al., 2010).

Cunningham et al. (2011) constatent le même phénomène pour l'item « Humeur » du MADRS-S qui correspond à l'item « Tristesse exprimée » du MADRS qui est surcoté par le clinicien et ce pendant les deux premières semaines de l'étude. Pour les items « Implication émotionnelle » et « Pessimisme » du MADRS-S qui correspondent aux items « Incapacité à ressentir » et « Pensées pessimistes » du MADRS, ils observent une plus faible corrélation entre les deux échelles mais cotés plus bas par les cliniciens ; ces mêmes résultats sont observés dans d'autres études (pour l'item « Implication émotionnelle »/« Incapacité à ressentir » selon Mattila-Evenden et al., 1996 ; Mundt et al., 2006 ; pour l'item « Pessimisme »/« Pensées pessimistes » selon Mundt et al., 2006 ; Fantino & Moore, 2009). Les hypothèses avancées par Cunningham et al., (2011), comme nous avons mentionné en partie ci-dessus, sont que l'évaluation de ces items est plus qualitative, faisant appel aux contextes et aux valeurs du patient alors que le clinicien va en faire une évaluation normative. La plus faible corrélation de l'item « Elan vital »/« Idées de suicide » du MADRS-S/MADRS dans l'étude de Cunningham et al. (2011), diffère par rapport aux résultats d'autres études (Mattila-Evenden et al., 1996 ; Mundt et al., 2006 ; Bondolfi et al., 2010) ; ces différences pourraient être en lien avec leur critère d'exclusion, car les patients avec risques suicidaires étaient sortis de l'étude.

Dans notre étude, globalement, la validité concurrente était aussi confirmée entre les items correspondant des deux échelles.

Dans notre étude, le MADRS-S a montré qu'il était sensible au changement au cours du suivi d'une durée de quatre semaines. Quand ses variations de scores étaient comparées à celles du MADRS, le coefficient de corrélation moyen entre ces variations indiquait pourtant que seulement 50% de la variance est commune. Les deux échelles étaient donc sensibles aux changements, mais repéraient en commun seulement la moitié des changements ; autrement dit, le clinicien repérait des changements, le patient aussi, mais ils n'étaient statistiquement d'accord que sur la moitié des changements.

L'inclusion des patients de cette étude était destinée à effectuer le suivi de l'évolution de l'intensité de l'épisode dépressif. Cependant chaque patient était dans une situation particulière au niveau des soins reçus pour sa maladie : traitement antidépresseur ou non, différence dans le traitement antidépresseur et sa durée, autres traitements psychiatriques associés. Ces variables peuvent avoir contribué aux différences d'évaluations des changements dans les 2 échelles.

L'étude de Fantino et Moore (2009) confirme la sensibilité au changement du MADRS-S, version anglaise, au cours du suivi des patients dépressifs sous un traitement antidépresseur, tout comme celle du MADRS.

La corrélation de la sensibilité au changement entre le MADRS et le MADRS-S, en anglais, a été étudiée récemment (Cunningham et al., 2011). Il s'agit d'une étude longitudinale sur une grande cohorte de patients, la réponse au traitement et la rémission ont pu être évaluées pour chaque échelle. Les deux échelles sont sensibles au changement et notent la même tendance mais selon des proportions différentes. Ces résultats confirment ceux que nous avons observés dans notre étude. En plus des hypothèses susmentionnées, les auteurs expliquent ces différences par le fait que ces échelles ne sont pas cotées de façon similaire (MADRS-S score 0 à 3 pour chaque item et MADRS de 0 à 6), que les évaluations ne sont pas jalonnées de la même façon pour le patient que pour le clinicien. Par exemple, pour l'item « Initiative » du MADRS-S, le patient, pour estimer sa capacité à prendre une initiative, peut se référer à son état antérieur à sa dépression ou à son entourage, alors que le clinicien évalue selon des critères de normalité. Le patient peut aussi oublier la consigne qui est de prendre en compte son état seulement sur les trois derniers jours.

Les auteurs (Cunningham et al., 2011) font remarquer que l'évaluation du clinicien se base sur l'auto-évaluation du patient et se demandent laquelle est la plus pertinente. Ils concluent que les deux échelles sont complémentaires, le clinicien se réfère à un concept général de normalité, tandis que l'évaluation faite par les patients a l'avantage d'être plus économique, tout en restant relativement fiable par rapport à celle effectuée par le clinicien.

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.

Nous avons observé quelques *limitations* à la présente étude.

Tout d'abord, le MADRS-S est validé dans notre étude pour une population de patients de 18 à 65 ans, en suivi ambulatoire, modérément à sévèrement déprimés sans symptômes psychotiques ; la généralisation de cette validation restent donc à explorer, étant donné, par exemple, que les limites des échelles d'auto-évaluation ont été reconnues chez les patients psychotiques et atteints de troubles cognitifs (Rush et al., 2005).

Une deuxième limitation concerne la proximité de passation des deux échelles : la passation du MADRS immédiatement après le MADRS-S a peut-être créé des interférences qui ont eu pour effet d'amplifier la validité concurrente. Le fait de répondre aux deux échelles successivement a peut-être augmenté les interférences *test-retest*, en permettant un meilleur apprentissage des réponses ; il est ainsi moins aisé pour le patient de donner de nouvelles réponses à la passation au Temps 2.

Une autre limitation est liée à l'évaluation de la sensibilité au changement dans la pratique clinique plutôt que dans une étude sur l'efficacité du traitement, alors que les 2 paramètres étaient présents et interagissaient.

Une quatrième limitation est en relation avec des structures différentes du MADRS-S et du MADRS, qui rend plus difficile leur comparaison (nombre d'items et système de notation). Un MADRS-S modifié, en adoptant une notation équivalente à celle du MADRS, a été présenté pour augmenter la comparabilité avec les scores du MADRS (Andersson et al., 2005). La différence du nombre d'items persiste et ce MADRS-S modifié n'a pas été testé au niveau psychométrique.

Finalement, pour valider les capacités du MADRS-S, dans sa version française, à mesurer les changements dans le cadre de recherche sur l'efficacité des antidépresseurs, des études supplémentaires doivent être réalisées pour tester la sensibilité et la spécificité de la détection de la réponse au traitement, avec la présence de groupe placebo. La capacité du MADRS-S à mesurer les changements pourrait être étudiée en comparaison avec le BDI, autre échelle d'auto-évaluation déjà validée dans cette capacité, comme cela a déjà été fait en langue anglaise (Svanborg et Asberg, 2001).

En conclusion, le MADRS-S dans sa version française est apparu, dans notre étude, comme un outil simple, bref, bien accepté par les sujets et présentant les qualités d'une échelle psychométrique fiable :

- sa cohérence interne est bonne à excellente,
- ses items sont homogènes, sa validité concurrente avec le MADRS est fortement corrélée,
- son unidimensionnalité est confirmée,
- il est sensible au changement comme le MADRS mais avec une variance commune en ce qui concerne le changement seulement de 50%.

Le MADRS-S se présente donc comme un complément valable au MADRS, utile à intégrer dans la pratique clinique et dans la recherche, pour évaluer l'intensité de la dépression, et son évolution. Il pourrait permettre ainsi de réduire le temps, les efforts et les coûts, dans ces champs d'application.

L'utilisation d'instruments standardisés de quantification des symptômes constitue un progrès indéniable. Lors du recours à ceux-ci, tant dans la prise en charge clinique courante que dans des projets de recherche, leur application doit cependant être réfléchie, rigoureuse et identique au cours du temps, sous peine d'introduire des biais significatifs liés notamment au mode d'application (auto ou hétéro-passation) du questionnaire. Lors de la discussion de la validité concurrente, nous avons pu signaler que la cotation des cliniciens restait d'une façon générale inférieure à celle des patients (Cunningham et al., 2011). Dans une étude portant sur des symptômes somatiques, des biais significatifs inverse dans ce cas entre les évaluations du clinicien versus du patient étaient également démontrés, le patient évaluant significativement plus faiblement que ne le faisait le clinicien, la symptomatologie liée à son hyperplasie de la prostate (Ruffion et al., 2005). Il convient de ne pas négliger ces biais, sachant que dans cette dernière étude, il était statistiquement significatif et cliniquement pertinent car se situant dans la

fourchette des variations produites par l'effet des traitements médicaux. Le recours combiné à des instruments en auto- et hétéro-administration, bien qu'alourdissant la démarche d'évaluation, mérite alors parfois d'être considérée, voire est même recommandée avec l'idée que le recours à un mode d'administration unique présente le risque de limiter le recueil d'informations cliniquement pertinentes (Uher et al., 2012).

Des études futures devront vérifier les capacités psychométriques de l'échelle sur une population plus élargie que celle que nous avons incluse, c'est-à-dire des patients âgés de 18 à 65 ans, souffrant de dépression d'intensité moyenne à sévère, sans symptômes psychotiques.

Comme nous l'avons vu, des investigations supplémentaires sont nécessaires pour remédier aux limitations sus mentionnées, et confirmer certaines propriétés psychométriques de la version française MADRS-S, comme la capacité à mesurer le changement dans le cadre d'études sur les antidépresseurs.

Pour clore cette étude, il est intéressant de noter quelques développements inattendus.

Le MADRS-S a été utilisé pour évaluer l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale sur un site internet (Andersson et al., 2005).

Par ailleurs, un nouveau type d'échelle interactive a vu le jour. Il s'agit d'une échelle sous une forme vocale interactive (Réponse Vocale Interactive, IVR) se rapprochant d'une version en auto-évaluation du MADRS, puisqu'elle comprend 10-item, noté chacun de 0 à 6. Des premières études révéleraient des capacités psychométriques intéressantes, proches des celles de l'échelle hétéro évaluée (Mundt et al., 2006).

La version électronique du MADRS-S a été développée également, elle conserve ses propriétés psychométriques en comparaison à sa version en papier et permet ainsi une utilisation encore plus pratique (Holländare et al., 2010). A noter que le BDI-II (Beck et al., 1996) en version électronique possède également les mêmes propriétés psychométriques que sa version papier bien que des investigations soient nécessaires ; en effet l'item mesurant la suicidalité est coté significativement plus bas dans dans la version électronique (Holländare et al., 2010).

### **Rôle de la source de financement**

Il n'y a pas de source de financement ou un intérêt financier dans cette recherche.

### **Conflit d'intérêts**

Il n'y a pas de conflit d'intérêts dans cette recherche.

## 4 Références bibliographiques

1. Alexopoulos, G.S., Abrams, R.C., Young, R.C., Shamoian, C.A. Cornell scale for depression in dementia. *Biological Psychiatry* 1988 a ; 23 : 271-284.
2. Alexopoulos, G.S., Abrams, R.C., Young, R.C., Shamoian, C.A. Use of the Cornell scale in nondemented patients. *J Am Geriatr Soc* 1988 b ; 36 : 230-236.
3. Alonso J, Angermeyer M, Bernert S, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004 ; 420 : 21-27.
4. Alonso, J., Lépine, J.-P. Overview of Key Data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *The Journal of Clinical Psychiatry* 2007 ; 68 : 3-9.
5. American Psychiatric Association. DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Washington, DC, 1994. Traduction française. Masson : Paris, 1996.
6. American Psychiatric Association. Mini DSM-IV-TR. Critères diagnostiques (Washington DC, 2000). Traduction française par Guelfi, J.-D., et al. Masson : Paris, 2004.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. DSM-5. 2013.
8. Andersson, G., Bergstrom, J., Hollandare, F., Carlbring, P., Kaldø, V., Ekselius, L. Internet-based self-help for depression: randomised controlled trial. *Br. J. Psychiatry* 2005 ; 187 : 456-461.
9. Angermann CE, Gelbrich G, Störk S, Fallgatter A, Deckert J, Faller H, et al. Rationale and design of a randomised, controlled, multicenter trial investigating the effects of selective serotonin re-uptake inhibition on morbidity, mortality and mood in depressed heart failure patients (MOOD-HF). *Eur J Heart Fail* 2007 ; 9 : 1212-1222.
10. Angst, J., Merikangas, K., Scheidegger, K., & Wicki, W. Recurrent brief depression: a new subtype of affective disorder. *Journal of Affective Disorders* 1990 ; 19 : 87-98.
11. Angst, J., Amrein, R., Stabl, M. Moclobemide and tricyclic antidepressants in severe depression: meta-analysis and prospective studies. *J. Clin. Psychopharmacol.* 1995 ; 15 (2) : 16S-23S.
12. Baillarger. De la folie à double forme. *Annales medico-psychologiques*, 1854, t. VI, 368. In : Postel, J., Quétel, C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Dunod : Paris, 2012.

13. Bair, M.J., Robinson, R.L., Katon, W., & Kroenke, K. Depression and pain comorbidity : a literature review. *Archives of Internal Medicine* 2003 ; 163 : 2433-2445.
14. Bandura, A. Auto-efficacité : Le sentiment d'efficacité personnelle. Traduction Jacques Lecomte, [« Self-efficacy »], Paris : De Boeck, 2007.
15. Barca, M.L., Engedal, K., Selbaek, G. A reliability and validity study of the Cornell scale among elderly inpatients, using various clinical criteria. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 2011 ; 29 : 438-447.
16. Baumeister, H., Härter, M. Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2007 ; 42 : 537-546.
17. Bech P, Rafaelsen O. The use of rating scales exemplified by a comparison of the Hamilton and Bech-Rafaelsen Melancholia Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1980 ; 62 : 128-131.
18. Bech P, Allerup P, Gram LF, Reisby N, Rosenberg R, Jacobsen O, et al. The Hamilton Depression Scale. Evaluation of objectivity using logistic models. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1980 ; 63 : 290-299.
19. Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J., An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 1961 ; 4 : 561-571.
20. Beck, A.T. Thinking and depression : I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry* 1963 ; 9 : 324-333.
21. Beck, A.T. Thinking and depression: II. Theory and Therapy. *Archives of General Psychiatry* 1964 ; 10 : 561-571.
22. Beck, A.T. Depression : clinical, experimental and theoretical aspects. Harper and Row : New York, 1967.
23. Beck, A.T. La thérapie cognitive et les troubles émotionnels. Traduction de Pascal B. Carrefour des psychothérapies. Edition De Boeck Université, 2010. Ouvrage original : *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press : New York, 1976.
24. Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.T., Emery, G. *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press : New York, 1979.
25. Beck, A.T. Cognitive therapy of depression : New perspectives. In Clayton, P. J. & Barrett, J. E. (Eds.), *Treatment of depression : Old controversies and new approaches*. New York : Raven Press, 1983.
26. Beck, A.T. Cognitive therapy, behaviour therapy, psychoanalysis and pharmacotherapy : the cognitive continuum. In : Williams, J. et Spitzer, R. (eds). *Psychotherapy Research*. Guilford Press : New York, 1984 a : 114-135.

27. Beck, A.T. Cognition and therapy. *Archives of General Psychiatry* 1984 b ; 41 : 1112-1114.
28. Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K. *Manual for the beck depression inventory (BDI-II)*. 2nd ed. San Antonio, TX : The Psychological Association, 1996.
29. Bernstein, I.H., Rush, A.J., Carmody, T.J., Woo, A., Trivedi, M.H. Clinical vs. self-report versions of the quick inventory of depressive symptomatology in a public sector sample. *J. Psychiatr. Res.* 2007 ; 41 : 239-246.
30. Bondolfi G. *Traitement intégré de la dépression, de la résistance à la prévention de la rechute*. Edition Steinkopff Darmstadt, 2004 : 5-7.
31. Bondolfi, G., Jermann, F., Weber Rouget, B., Gex-Fabry, M., Mc-Quillan, A., Dupont-Willmin, A., Aubry J-M., Nguyen, C. Self- and clinician-rated Montgomery-Asberg Depression Rating Scale : Evaluation in clinical practice. *J. of Affective Disorders* 2010 ; 121 : 268-272.
32. Bourgeois, M. L. *Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires*. Odile Jacob, Janvier 2007.
33. Boszormenyi-Nagy, I., Spark, G. M. *Invisible Loyalties : Reciprocity in Intergenerational Family Therapy*. Harper & Row : New York, 1973.
34. Boszormenyi-Nagy, I. & Krasner, B. *Between Give and Take*. Brunner/Mazel : New York, 1986.
35. Bowen, M. *Family Therapy and Family Group Therapy*. In Bowen, M. *Family Therapy in Clinical Practice*. Jason Aronson : New York, 1978.
36. Buist-Bouwman, M., de Graf, R., Vollebergh, W., Ormel, J. Comorbidity of physical and mental disorders and the effect on work-loss days. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2005 ; 111 : 436-443.
37. Bunevicius, A., Staniutea, M., Brozaitiene, J. M. Pommerc, A., Popc, V. J.M., Montgomery, S. A. and Buneviciusa, R. Evaluation of depressive symptoms in patients with coronary artery disease using the Montgomery Asberg Depression Rating Scale. *International Clinical Psychopharmacology* 2012 ; 27 : 249-255.
38. Cain, A. O. Bowen Theory and the treatment of depression. In : Gurman, A. S. (ed). *Questions & Answers in the practice of Family Therapy*, volume 2 : 196-202. Brunner/Mazel : New York, 1982.
39. Carmody, T. J., Rush, A., Bernstein, I., Warden, D., Brannan, S., Burnham, D., Woo, A., Trivedi, M. H. The Montgomery Asberg and the Hamilton ratings of depression : a comparison of measures. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 2006 ; 16 : 601-611.

40. Carter, J. D., Frampton, C. M., Mulder, R. T., Luty, S. E., Joyce, P. R. The relationship of demographic, clinical, cognitive and personality variables to the discrepancy between self and clinician rated depression. *Journal of Affective Disorders* 2010 ; 124 : 202-206.
41. Conwell, Y., Duberstein, P. & Caine, E. Risk factors for suicide in later life. *Biological Psychiatry* 2002 ; 52 : 193-204. In Blazer, A. & Hybels, C. Origin of depression in later life. *Psychol. Medecine* 2005 ; 35 : 1-12.
42. Corruble, E., Legrand, J. M., Duret, C., Charles, G., Guelfi, J. D. IDS-C and IDS-sr: psychometric properties in depressed in-patients. *Journal of Affective Disorders* 1999 a ; 56 : 95–101.
43. Corruble, E., Legrand, J. M., Zvenigorowski, H., Duret, C., & Guelfi, J. D. Concordance between self-report and clinician's assessment of depression. *Journal of Psychiatric Research* 1999 b ; 33 : 457-465.
44. Costello, J., Pine, D., Hammen, C. et al. Development and Natural History of Mood Disorders. *Biological Psychiatry* 2002 ; 52 : 529-542.
45. Croyne, J. C. Toward an interactional description of depression. *Psychiatry* 1976 ; 39 : 28-40.
46. Crowther, J. H. The relationship between depression and marital maladjustment. A descriptive study. *J. Nerv. Mental. Dis.* 1985 ; 173 : 227-231.
47. Cuijpers, P. & Smit, F. Excess mortality in depression : a meta-analysis of community studies. *Journal of Affective Disorders* 2002 ; 72 : 227-236.
48. Cunningham, J. L., Wernroth, L., von Knorring, L., Berglund, L., Ekselius, L. Agreement between physicians' and patients' ratings on the Montgomery–Åsberg Depression Rating Scale. *Journal of Affective Disorders* 2011 ; 135 : 148-153.
49. Cunningham, J. L., Wernroth, L., von Knorring, L., Berglund, L., and Ekselius, L. Predicting disagreement between physicians and patients on depression response and remission. *International Clinical Psychopharmacology* 2013 ; 28 : 134-140.
50. David, C. *Le Mélancolique sans mélancolie*. L'olivier : Paris, 2007.
51. Depression Guideline Panel. Clinical Practice Guideline. Number 5. Depression in Primary Care : Vol 1. Detection and Diagnosis, AHCPR Publication No. 93-0550 US. Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD, 1993.
52. Domken, M., Scott, J., Kelly, P. What factors predict discrepancies between self and observer ratings of depression? *J. Affect. Disord.* 1994 ; 31 : 253-259.

53. Dorz, S., Borgherini, G., Conforti, D., Scarso, C., Magni, G. Comparison of self-rated and clinician-rated measures of depressive symptoms : a naturalistic study. *Psychol Psychother.* 2004 Sep ; 77 : 353-361.
54. Duberstein, P. R., Heisel, M. J. Personality traits and the reporting of affective disorder symptoms in depressed patients. *J Affect Disord.* 2007 ; 103 : 165-171.
55. Duffy, F.F., Chung, H., Trivedi, M., Rae, D.S., Regier, D.A., Katzelnick, D.J. Systematic use of patient-rated depression severity monitoring: is it helpful and feasible in clinical psychiatry ? *Psychiatr. Serv.* 2008 ; 59 : 1148-1154.
56. Dunlop, B. W., Li, T., Kornstein, S. G., Friedman, E. S., Rothschild, A. J., Pedersen, R., Ninan, P., Keller, M. Correlation between patient and clinician assessments of depression severity in the PREVENT study. *Psychiatry Res.* 2010 ; 177 : 177-183.
57. Elkaïm M. Panorama des thérapies familiales. Seuil : Paris, 1995.
58. Ehrenberg, A. La fatigue d'être soi. Dépression et société. Editions Odile Jacobs, 1998.
59. Engedal, K., Kvaal, K., Korsnes, M., Lage Barca, M., Borza, T., Selbaek, G., Aakhus, G. The validity of the Montgomery–Aasberg depression rating scale as a screening tool for depression in later life. *Journal of Affective Disorders* 2012 ; 141 : 227-232.
60. Enns, M. W., Larsen, D. K., Cox, B. J. Discrepancies between self and observer ratings of depression. The relationship to demographic, clinical and personality variables. *J. Affect. Disord.* 2000 ; 60 : 33-41.
61. Falret, J.-P. De la folie circulaire. *Bull. Académie de médecine*, 1854, t. XIX, 382. In : Postel, J., Quétel, C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Dunod : Paris, 2012.
62. Fantino, B., Moore, N. The self-reported Montgomery-Åsberg depression rating scale is a useful evaluative tool in major depressive disorder. *BMC Psychiatry* 2009 ; 9 : 26.
63. Fasel, T., Baer, N., Frick, U. Dynamik der Inanspruchnahme bei psychischen Problemen: Soziodemographische, regionale, krankheits- und systembezogene Indikatoren. BFS, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2010.
64. Fava, M., Davidson, K. G. Definition and epidemiology of treatment resistant depression. *Psychiatr. Clin. North Am.* 1996 ; 19 : 179-200.
65. Feldmann, L. B. Depression and marital interaction. *Family Process* 1976 ; 15 (4) : 389-395.
66. Ferreri, M., Cousin, F. R., Rufin, J. C., Alby, J. M. Validation of HARD (Hamilton depression rating scale) : a diagram of the evaluation of depression by MADRS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale). *Encephale* 1986 ; 12 : 343- 350.
67. Fraguas, R, da Silva Telles, R. M, Alves, T. C, Andrei, A. M, Rays, J., Iosifescu, D. V. et al. A double-blind, placebo-controlled treatment trial of citalopram for major depressive

- disorder in older patients with heart failure : the relevance of the placebo effect and psychological symptoms. *Contemp Clin Trials* 2009 ; 30 : 205-211.
68. Frasura-Smith, N., Lespérance, F., Talajic, M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation* 1995 ; 91 : 999-1005.
69. Frémont P. Aspects cliniques de la dépression du sujet âgé. *Psychologie & Neuropsychiatrie Vieillesse* 2004 ; 2 : 19-27.
70. Freud Sigmund. Deuil et mélancolie, in *Œuvres complètes*, vol. XIII, 1914-1915, PUF, 1988.
71. Goldbeter- Merinfeld, E. Tiers pesant et tiers absent dans le système. *Thérapie familiale* 1994 ; 15(4) : 373-380.
72. Goldbeter-Merinfeld, E. Approche systémique des familles d'enfants et adolescents déprimés. In Mouren-Simeoni, M. C. & Klein, R. G. (Eds.) : *Les dépressions chez l'enfant et l'adolescent : faits et questions*. Expansion Scientifique Publication, p. 359-372. Paris, 1997.
73. Goldbeter-Merinfeld, E. Deuils et fantômes. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de Réseaux* 1998 ; 20 : 51-87.
74. Green, J. G., McLaughlin, K., Berglund, P. et al. Childhood Adversities and Adult Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey Replication I. *Archives of General Psychiatry* 2010 ; 67(2) : 113-123.
75. Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F. et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* 2011 ; 21 : 718-779.
76. Hamilton, M. A rating scale for depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 1960 ; 23 : 56-62.
77. Hoepflinger, F. & Stuckelberger, A. *Alter Anziani Vieillesse. Principaux résultats et perspectives du programme national de recherche*. PNR32, 1998.
78. Holländare, F., Andersson, G. and Engström, I. A. Comparison of Psychometric Properties Between Internet and Paper Versions of Two Depression Instruments (BDI-II and MADRS-S) Administered to Clinic Patients. *Journal of Medical Internet Research* 2010 Oct-Dec ; 12 (5) : e49.
79. Hölzel, L., Härter, M., Reese, C. et al. Risk factors for chronic depression – A systematic review. *Journal of Affective Disorders* 2011 ; 129 : 1-13.
80. Hooley, J. M., Orley, J., Treasdale, J. D. Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *Br J Psychiatry* 1986 ; 148 : 642-647.

81. Jacobi, F, Wittchen, H.-U., Höltling, C. et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population : results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine* 2004 ; 34 : 597-611.
82. Judd, L., Akiskal, H., Zeller, P. et al. Psychosocial Disability During the Long-term Course of Unipolar Major Depressive Disorder. *Archives of General Psychiatry* 2000 ; 57 : 375-380.
83. Katon, W. Epidemiology and treatment of of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2011 ; 13 : 7-23.
84. Keenan, K., Hipwell, A., Feng, X. et al. Subthreshold Symptoms of Depression in Preadolescent Girls are stable and predictive of Depressive Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2008 ; 47(12) : 1433-1442.
85. Kearns, N. P., Cruickshank, C. A., McGuigan, K. J., Riley, S. A., Shaw, S. P., Snaith, R. P. A comparison of depression rating scales. *Br. J. Psychiatry* 1982 ; 141 : 45-49.
86. Kessler, R., Avenevoli, S., Merikangas, K. Mood disorders in children and adolescents : an epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry* 2001 ; 49 : 1002-1004.
87. Kessler, R., Berglund, P., Demler, O. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 2005 a ; 62 : 593-602.
88. Kessler, R., Chiu, W. T., Demler, O. et al. Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 2005 b ; 62 : 617-627.
89. Kessler, R., Demler, O., Frank, R. et al. US prevalence and treatment of mental disorders: 1990–2003. *The New England Journal of Medicine* 2005 c ; 352(24) : 2515-2523.
90. Kessler, R., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S. et al. Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry* 2007 ; 20(4) : 359-364.
91. Kessler, R., Angermeyer, M., Anthony, J. et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007 ; 6(3) : 168-176.
92. Kessler, R., Wang, P. The Descriptive Epidemiology of Commonly Occurring Mental Disorders in the United States. *Annual Review of Public Health* 2008 ; 29 : 115-129.
93. Khan, A., Khan, S., Shankles, E., Polissar, N. Relative sensitivity of the Montgomery–Asberg Depression Rating Scale, the Hamilton Depression rating scale and the Clinical Global Impressions Rating Scale in antidepressant clinical trials. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 2002 ; 17 : 281-285.

94. Khan, A., Brodhead, A. E., Kolts, R. L. Relative sensitivity of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, the Hamilton Depression Rating Scale and the Clinical Global Impressions Rating scale in antidepressant clinical trials : a replication analysis. *International Clinical Psychopharmacology* 2004 ; 19 : 157-160.
95. Knapskog, A.-B., Maria Lage Barca, M. L., Knut Engedal, K. The Cornell Study Group. A Comparison of the Validity of the Cornell Scale and the MADRS in Detecting Depression among Memory Clinic Patients. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2011 ; 32 : 287-294.
96. Knol, M. J., Twisk, J. W., Beekman, A. T., Heine, R. J., Snoek, F. J. & Pouwer, F. Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis. *Diabetologia* 2006 ; 49(5) : 837–845.
97. Klein, M. Deuil et dépression. Payot, coll. Petite Bibliothèque Payot, 2004.
98. Kobak, K. A., Kane, J. M., Thase, M. E., Nierenberg, A. A. Why do clinical trials fail ? The problem of measurement error in clinical trials: time to test new paradigms ? *J. Clin. Psychopharmacology* 2007 ; 27 : 1-5.
99. Kobak, K. A., Williams, J. B., Jeglic, E., Salvucci, D., Sharp, I. R. Face-to-face versus remote administration of the Montgomery–Asberg Depression Rating Scale using videoconference and telephone. *Depress. Anxiety* 2008 ; 25 : 913-919.
100. Kraepelin, E. *Psychiatrie*. Leipzig, Barth., 1909-1915, 8è édition, 4 vol., 2372 p. In : Postel, J., Quétel, C. *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Dunod, Paris. 2012.
101. Lecrubier, Y. Widespread Underrecognition and Undertreatment of Anxiety and Mood Disorders : Results from 3 European Studies. *Journal of Clinical Psychiatry* 2007 : Vol. 68, Suppl. 2 : 36-41.
102. Lee, S., Tsan, A., Breslau, J. Mental disorders and termination of education in high-income and low and middle-income countries: epidemiological study. *British Journal of Psychiatry* 2009 ; 194 : 411-417.
103. Lenderking, W. R., Hu, M., Tennen, H., Cappelleri, J. C., Petrie, C. D., Rush, A. J. Daily process methodology for measuring earlier antidepressant response. *Contemp. Clin. Trials* 2008 ; 29 : 867-877.
104. Lespérance, F., Frasura-Smith, N., Talajic, M., Bourassa, M. G. Five-year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction. *Circulation* 2002 ; 105 : 1049-1053.
105. Lewinsohn, P., Rohde, P., Seeley, J. et al. Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample : predictors of recurrence in young adults. *American Journal of Psychiatry* 2000 ; 157 : 1584-1591.

106. Lleshi, V. & Bizzozzero, T. La dépression du sujet âgé. *Rev Med Suisse* 2009 ; 5: 1785-1789.
107. Mattila-Evenden, M., Svanborg, P., Gustavsson, P., Asberg, M. Determinants of self-rating and expert rating concordance in psychiatric out-patients, using the affective subscales of the CPRS. *Acta Psychiatr. Scand.* 1996 ; 94 : 386-396.
108. Maier, W., Philipp, M. Comparative analysis of observer depression scales. *Acta Psychiatr. Scand.* 1985 ; 72 : 239-245.
109. McIntyre, R., Liauw, S., Taylor, V. Depression in the workforce : the intermediary effect of medical comorbidity. *Journal of Affective Disorders* 2011 ; 128S1 : S29-S36.
110. Meijer, A., Conradi, H. J., Bos, E. H., Thombs, B. D., van Melle, J. P., de Jonge, P. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events : a meta-analysis of 25 years of research. *Gen Hosp Psych.* 2011 ; 33 : 203-216.
111. Michard, P. La thérapie contextuelle de Boszormenyi-Nagy. Une nouvelle figure de l'enfant dans le champ de la thérapie familiale. Editions De Boeck Université : Bruxelles, 2005.
112. Miller, I. W., Kabacoff, R. I., Keitner, G. I., Epstein, N. B., Bishop, D. S. Family functioning in the families of psychiatric patients. *Compr. Psychiatry* 1986 ; 27 : 302-312.
113. Missa, J.-N. Naissance de la psychiatrie biologique. Histoire des traitements des maladies mentales au XXe siècle. Presses Universitaires de France, 2006 : 319-327 et 366-368.
114. Mittmann, N., Mitter, S., Borden, E. K., Herrmann, N., Naranjo, C. A., Shear, N. H. Montgomery-Asberg severity gradations. *Am. J. Psychiatry* 1997 ; 154 : 1320-1321.
115. Moller, H. J., Steinmeyer, E. M. Mood curves of neurotic-depressive patients undergoing treatment with antidepressants : time-series analyses of experience with HTAKA model. *Pharmacopsychiatry* 1990 ; 23 : 215-221.
116. Moller, H. J., & von Zerssen, D. Self-rating procedures in the evaluation of antidepressants : Review of the literature and results of our studies. *Psychopathology* 1995 ; 28 : 291-306.
117. Moller, H. J. Rating depressed patients: observer-vs self-assessment. *Eur. Psychiatry* 2000 ; 15 : 160-172.
118. Moller, H. J. Methodological aspects in the assessment of severity of depression by the Hamilton Depression Scale. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2001 ; 251 Suppl. 2 : II/13-II/20.
119. Montgomery, S. A. Measures of Depression. London: Fulcrum Press, 1978.

120. Montgomery, S. A., Asberg, M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br. J. Psychiatry* 1979 ; 134 : 382-389.
121. Montgomery, S. A., Smeyatsky, N., de Ruiter, M., Montgomery, D. B. Profiles of antidepressant activity with the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1985 ; 320 : 38-42.
122. Moore, N., Verdoux, H., Fantino, B. Prospective, multicentre, randomized, double-blind study of the efficacy of escitalopram versus citalopram in outpatient treatment of major depressive disorder. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 2005 ; 20 : 131-137.
123. Müller, M. J., Szegedi, A., Wetzel, H., Benkert, O. Moderate and severe depression Gradations for the Montgomery–Asberg Depression Rating Scale. *Journal of Affective Disorders* 2000 , 60 : 137-140.
124. Müller, M. J., Himmerich, H., Kienzle, B., Szegedi, A. Differentiating moderate and severe depression using the Montgomery–Asberg depression rating scale (MADRS). *Journal of Affective Disorders* 2003 ; 77 : 255-260.
125. Mundt, J. C., Katzelnick, D. J., Kennedy, S. H., Eisfeld, B. S., Bouffard, B. B., Greist, J. H. Validation of an IVRS version of the MADRS. *J. Psychiatr. Res.* 2006 ; 40 : 243-246.
126. Nolen-Hoeksema, S., Hilt, L. Gender Differences in Depression. In : Gotlieb, I., Hammen (Hrsg.), *C. Handbook of Depression*. The Guilford Press : New York, 2009.
127. OECD. *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*, Mental Health and Work, OECD Publishing, 2012.
128. Organisation Mondiale de la Santé. CIM-10/ICD-10. Classification internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Masson, 1994.
129. Paykel, E. S., & Norton, K. R. W. Self-report and clinical interview in the assessment of depression. In : Sartorius, N. & Ban, T. A. (Eds.). *Assessment of depression*, 356–366. Berlin : Springer, 1986.
130. Paykel, E. S., & Prusoff, M. A. Response set and observer set in the assessment of depressed patients. *Psychological Medicine* 1973 ; 3 : 209-216.
131. Pellet, J., Bobon, D. P., Mormont, I., Lang, F., Massardier, A. Étude Princeps de Validation Française de la MADRS : Sous-Échelle Dépression de la CPRS., Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Reims, 1980.
132. Pellet, J., Decrat, M., Lanf, F., Chazot, L., Tatu, P., Blanchon, Y., Berlier, J. M. Description of a sample of 300 MADRS scales on depressive patients. *Ann Med Psychol.* 1987 ; 145(2) : 170-175.

133. Peyre, F., Martinez, R., Calache, M., Verdoux, H., Bourgeois, M. New validation of the Montgomery and Asberg Depression Scale (MADRS) on a sample of 147 hospitalized depressed patients. *Ann. Med.-Psychol.* 1989 ; 147 : 762-767.
134. Pittman, F. S. *Turning points. Treating Families in Transition and Crisis.* W W Norton & Company Incorporated, 1987.
135. Porot, M. *L'enfant et les relations familiales.* PUF, 1979.
136. Postel, J., Quétel, C. *Nouvelle histoire de la psychiatrie.* Dunod : Paris, 2012.
137. Prusoff, B. A., Klerman, G. L., Paykel, E. S. Concordance between clinical assessments and patients' self-report in depression. *Arch Gen Psychiatry* 1972 ; 26 : 546-552.
138. Racamier, P. C. *Le génie des origines.* Paris : Payot, 1992.
139. Racamier, P. C. « Questions à Paul-Claude Racamier à propos des processus de deuil et résurgences familiales », *Groupal* 1995 ; 1 : 47-65.
140. Rosenthal, P. A. Short-term Family Therapy and Pathological Grief. Resolution with Children and Adolescents. *Family Process* 1980 , 19(2) : 151-160.
141. Richards, D. Prevalence and clinical course of depression: A review. *Clinical Psychology Review* 2011 ; 31 : 1117-1125.
142. Romano, J. M., & Turner, J. A. Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship ? *Psychological Bulletin* 1985 ; 97 : 18-34.
143. Ruffion, A., Marionneau, N., Taïeb, C., Perrin, P. Comparaison de la réponse à l'I-PSS selon le mode d'administration du questionnaire : en hétéro ou auto évaluation. *Progrès en Urologie* 2005 ; 15 : 1080-1084.
144. Rush, A. J., Hiser, W., & Giles, D. A. A comparison of self-reported versus clinician-rated symptoms in depression. *Journal of Clinical Psychiatry* 1987 ; 48(6) : 246-248.
145. Rush, A. J., Trivedi, M. H., Carmody, T. J., Ibrahim, H. M., Markowitz, J. C., Keitner, G. I., Kornstein, S. G., Arnow, B., Klein, D. N., Manber, R., Dunner, D. L., Gelenberg, A. J., Kocsis, J. H., Nemeroff, C. B., Fawcett, J., Thase, M. E., Russell, J. M., Jody, D. N., Borian, F. E., Keller, M. B. Self-reported depressive symptom measures : sensitivity to detecting change in a randomized, controlled trial of chronically depressed, nonpsychotic outpatients. *Neuropsychopharmacology* 2005 ; 30 : 405-416.
146. Rush, A. J., Bernstein, I. H., Trivedi, M. H., Carmody, T. J., Wisniewski, S., Mundt, J. C., Shores-Wilson, K., Biggs, M. M., Woo, A., Nierenberg, A. A., Fava, M. An evaluation of the quick inventory of depressive symptomatology and the Hamilton rating scale for depression: a sequenced treatment alternatives to relieve depression trial report. *Biol. Psychiatry* 2006 a ; 59 : 493-501.

147. Rush, A. J., Carmody, T. J., Ibrahim, H. M., Trivedi, M. H., Biggs, M. M., Shores-Wilson, K., Crismon, M. L., Toprac, M. G., Kashner, T. M. Comparison of self-report and clinician ratings on two inventories of depressive symptomatology. *Psychiatr. Serv.* 2006 b ; 57 : 829-837.
148. Schatzberg, A. F. Antidepressant effectiveness in severe depression and melancholia. *J. Clin. Psychiatry* 1999 ; 60(4) : 14-21.
149. Seligman, M. E. P., et Maier, S. F. Failure to escape to traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology* 1967 ; 74 : 1-9.
150. Seligman, M. E. P. depression and learned helplessness. In Feldmann, R. J., et Katz, M. M. (sous la dir. de). *The psychology of depression. The contemporary theory and research.* New York : Wiley, 1975.
151. Selvini-Palazzolini, M., Boscolo L., Cecchin, G. & Parta, G. *Paradoxe et contre-paradoxe.* ESF : Paris, 1978.
152. Senay, E. General System Theory and Depression. In Scott, J. & Senay, E. (Eds): *Separation and Depression : Clinical and Research Aspects* American Association for the Advancement of Science : Washington D. C., 1973.
153. Senra Rivera, C., Rancano Perez, C., Sanchez Cao, E., Barba Sixto, S. Use of three depression scales for evaluation of pretreatment severity and of improvement after treatment. *Psychol. Rep.* 2000 ; 87 : 389-394.
154. Santen, G., Danhof, M., Della Pasqua, O. Sensitivity of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale to response and its consequences for the assessment of efficacy. *Journal of Psychiatric Research* 2009 ; 43 : 1049-1056.
155. Schuler, D., Burla, L. *La santé psychique en Suisse. Monitorage 2012 (Obsan Rapport 52).* Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé 2012 ; 29.
156. Shain, B. N., Naylor, M. & Alessi, N. Comparison of self-rated and clinician-rated measures of depression in adolescents. *American Journal of Psychiatry* 1990 , 147(6) : 793-795.
157. Shrout, P. E., Fleiss, J. L. Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychol. Bull.* 1979 ; 86 : 420-428.
158. Snaith, R. P., Harrop, F. M. , Newby, D. A., Teale, C. Grade scores of the Montgomery-Asberg Depression and the Clinical Anxiety Scales. *Br J Psychiatry* 1986 ; 148 : 599-601.
159. Snaith, R. P. Present use of the Hamilton Depression Rating Scale: observation on method of assessment in research of depressive disorders. *Br. J. Psychiatry* 1996 ; 68 : 594-597.

160. Solomon, D., Leon, A., Coryell, W. et al. Predicting recovery from episodes of major depression. *Journal of Affective Disorders* 2008 ; 107 : 285-291.
161. Spitz, R. A. De la naissance à la parole. Paris : PUF, 1993.
162. Svanborg, P., Asberg, M. A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1994 ; 89 : 21-28.
163. Svanborg, P., Asberg, M. A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS-S). *J. of Affective Disorders* 2001 ; 64 : 203-216.
164. Svanborg, P., Ekselius, L. Self-assessment of DSM-IV criteria for major depression in psychiatric out- and inpatients. *Nord J Psychiatry* 2003 ; 57 : 291-296.
165. Tamako, W., Schubert, D. S., Mentari, A., Lee, S., Taylor, C. Assessing depression in the medical patient using the MADRS, a sensitive screening scale. *Integrative Psychiatry* 1992 ; 8 : 264-270.
166. Thombs, B.D., de Jonge, P., Coyne, J. C., Whooley, M. A., Frasure-Smith, N., Mitchell, A. J., et al. Depression screening and patient outcomes in cardiovascular care : a systematic review. *JAMA* 2008 ; 300 : 2161-2171.
167. Trivedi, M. H., Rush, A. J., Ibrahim, H. M., Carmody, T. J., Biggs, M. M., Suppes, T., Crismon, M. L., Shores-Wilson, K., Toprac, M. G., Dennehy, E. B., Witte, B., Kashner, T. M. The Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (IDS-C) and Self-Report (IDS-SR), and the Quick Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (QIDS-C) and Self-Report (QIDS-SR) in public sector patients with mood disorders: a psychometric evaluation. *Psychol. Med.* 2004 ; 34 : 73-82.
168. Trivedi, M. H., Rush, A. J., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Warden, D., Ritz, L., Norquist, G., Howland, R. H., Lebowitz, B., McGrath, P. J., Shores-Wilson, K., Biggs, M. M., Balasubramani, G. K., Fava, M. Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR\*D: implications for clinical practice. *American Journal of Psychiatry* 2006 ; 163 : 28-40.
169. Uher, R., Farmer, A., Maier, W., Rietschel, M., Hauser, J., Marusic, A., Mors, O., Elkin, A., Williamson, R. J., Schmael, C., Henigsberg, N., Perez, J., Mendlewicz, J., Janzing, J. G., Zobel, A., Skibinska, M., Kozel, D., Stamp, A. S., Bajcs, M., Placentino, A., Barreto, M., McGuffin, P., Aitchison, K. J. Measuring depression : comparison and integration of three scales in the GENDEP study. *Psychol. Med.* 2008 ; 38 : 289-300.

170. Uher, R., Perlis, R. H., Placentino, A., Dernovšek, M. Z., Henigsberg, N., Mors, O., Maier, W., McGuffin, P., Farmer, A. Self-report and clinician-rated measures of depression severity : can one replace the other. *Depression and Anxiety* 2012 ; 29 : 1043-104.
171. University of Michigan health system depression Guidelines. A Guide to Diagnosis and Treatment, Brigham and Women's Hospital, June 1998.
172. Vaughn, C. E. & Leff, G. P. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness : A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *British Journal of psychiatry* 1976 ; 129 : 125-137.
173. Watzlawick, P., Weakland, J. & Fisch, R. Change, Principles of Problem Formation and Problem Resolution. New York : Norton, 1974. Traduction française : Changements, paradoxes et psychothérapie. Paris : Seuil, 1975.
174. Winnicott, D. W. La position dépressive dans le développement affectif normal. 1954-1955. In : De la pédiatrie à la psychanalyse. 1958. Editions Payot. Traduction française, 1969.
175. Winnicott, D. W. La famille suffisamment bonne. 1965. Editions Payot & Rivages. Traduction française. 2010.
176. Wittchen, H.-U., Jacobi, F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 2005 ; 15 : 357-376.
177. Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Rehm, J. et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropharmacology* 2011 ; 21 : 655-679.
178. Zigmond, A. S., Snaith, R. P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983 ; 67 : 361-370.
179. Zimmerman, M., Posternak, M. A., Chelminski, I. Defining remission on the Montgomery-Asberg depression rating scale. *J Clin Psychiatry* 2004 a ; 65 : 163-168.
180. Zimmerman, M., Posternak, M. A., Chelminski, I. Implications of using different cut-offs on symptom severity scales to define remission from depression. *Int Clin Psychopharmacol.* 2004 b ; 19 : 215-220.

## **5 Annexes**

## Annexe 1

### Facteurs associés avec la dépression (Depression Guideline Panel, 1993)

#### 1. Conditions médicales

- a) Hypothyroïdie
- b) Cancer
- c) Maladie de Parkinson
- d) Infarctus du myocarde
- e) Accident vasculaire-cérébral
- f) Maladies endocriniennes (syndrome de Cushing, insuffisance surrénalienne, tumeur carcinoïde, hyperparathyroïdie)
- g) Infections (hépatite, mononucléose, influenza ou autres maladies virales)
- h) Maladies chroniques (insuffisance cardiaque congestive, diabète, lupus érythémateux systémique, arthrite rhumatoïde)
- i) Ethylisme ou abus/dépendance des substances toxiques
- j) Fibromyalgie/syndrome de fatigue chronique
- k) Déficit en vitamines B12 ou folate
- l) Troubles du sommeil

#### 2. Médicaments

- a) Abus de substances toxiques (alcool, amphetamines, cocaïne, marijuana)
- b) Traitement anti-hypertensive (réserpine, methyldopa, bêta-bloquants)
- c) Traitement psychoactif (analgésiques, sédatifs/hypnotiques, anxiolytiques)
- d) Traitement stéroïde (prednisone, contraceptif oral)
- e) Chimiothérapie
- f) Lévodopa
- g) Traitement d'hyperchololémié

#### 3. Maladies psychiatriques

- a) Trouble bipolaire
- b) Dysthymie
- c) Deuil
- d) Trouble anxieux
- e) Stress post-traumatique
- f) Troubles somatoformes
- g) Troubles alimentaires
- h) Troubles du sommeil
- i) Abus de substances toxiques

#### 4. Contexte de vie

- a) Confrontation avec la maladie
- b) Conflit conjugal
- c) Difficultés avec ses enfants
- d) Stress professionnel
- e) Maltraitance, abus sexuel

Adapté de :

A Guide to Diagnosis and Treatment, Brigham and Women's Hospital. University of Michigan health system depression Guidelines, June 1998.

## **Annexe 2**

---

### **Evaluation du risque suicidaire (Depression Guideline Panel, 1993)**

#### **1. Facteurs démographiques**

- a) Isolement social (célibat, vit seul) et manque du soutien familial
- b) Homme âgé
- c) Deuil récent

#### **2. Anamnèse**

- a) Tentative de suicide antérieur spécialement si elle est multiple et sévère
- b) Histoire familiale de suicide
- c) Abus/dépendance de substance
- d) Présence de maladies somatiques

#### **3. A évaluer**

- a) Sévérité de la dépression
- b) Anxiété
- c) Désespoir
- d) Symptômes psychotiques en particulier les hallucinations avec recommandations

#### **4. A questionner sur les idées suicidaires**

- a) Présence de projet suicidaire spécifique
- b) Moyens disponibles pour mener à terme le projet suicidaire
- c) Absence des facteurs qui pourraient empêcher le sujet de passer à l'acte
- d) Répétitions du projet incluant les préparations telles que les lettres

Adapté de :

Clinical Practice Guidelines on Depression, Ministry of Health Singapore, March 2004.

## Annexe 3

### Echelle d'hétéro-évaluation de la dépression selon Montgomery Asberg MADRS (Montgomery Asberg Depression Rating Scale)

NOM et PRENOM du patient :

<p><b>M A D R S</b></p> <p>Montgomery S. et Asberg A., 1979 (traduction de Bobon D.P. : in Bouvard M. et Cottraux J. : Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie, Paris, Masson, 1996</p>
--

(entretien standardisé d'après Corruble et Guelfi (1997), dernière adaptation mars 2000,  
adapté par G. Bertschy, S. Favre, S. Mohr, Ch. Osiek)

#### **Recommandations générales**

- L'évaluation est basée sur un entretien clinique structuré qui aborde d'une part des questions générales sur les symptômes et, d'autre part, des questions plus détaillées qui permettent une évaluation précise de leur sévérité. L'évaluation doit porter sur l'état du patient depuis la dernière évaluation (ou sinon la semaine précédente).

- Pour chaque item, l'examineur doit décider si l'évaluation doit reposer sur les points de l'échelle bien définis (0, 2, 4, 6) ou sur les points intermédiaires (1, 3, 5). Pour chaque rubrique, il faut cocher le chiffre qui caractérise le mieux l'état du patient. Si vraiment l'hésitation est totale entre deux chiffres, la consigne est de toujours utiliser le chiffre le plus élevé.

QUESTION INITIALE	
Comment vous êtes-vous senti au cours de la semaine passée ?	

<b>1. TRISTESSE APPARENTE</b>	Correspond au découragement, à la dépression et au désespoir (plus qu'un cafard passager) reflétés par la parole, la mimique et la posture. Coter selon la profondeur et l'incapacité à se déridier.
Repose sur l'observation	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Pas de tristesse</li> <li>1.</li> <li>2. Semble découragé mais peut se déridier sans difficulté.</li> <li>3. Paraît triste et malheureux la plupart du temps</li> <li>4.</li> <li>5. Semble malheureux tout le temps. Extrêmement découragé.</li> <li>6.</li> </ol>
<b>2. TRISTESSE EXPRIMEE</b>	Correspond à l'expression d'une humeur dépressive, que celle-ci soit apparente ou non. Inclut le cafard, le découragement ou le sentiment de détresse sans espoir. Coter selon l'intensité, la durée et le degré auxquels l'humeur est dite être influencée par les événements.
<p>Aviez-vous le moral cette dernière semaine ?</p> <p>Vous êtes-vous senti triste au cours des derniers jours ? tous les jours ? toute la journée ?</p> <p>Vous êtes-vous senti désespéré au cours de ces derniers jours ? tous les jours ? toute la journée ?</p> <p>Votre humeur est-elle influencée par les circonstances extérieures ?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Tristesse occasionnelle en rapport avec les circonstances</li> <li>1.</li> <li>2. Triste ou cafardeux, mais se déride sans difficulté.</li> <li>3.</li> <li>4. Sentiment envahissant de tristesse ou de dépression.</li> <li>5. Tristesse, désespoir ou découragement permanents ou sans fluctuation.</li> <li>6.</li> </ol>
<b>3. TENSION INTERIEURE</b>	Correspond aux sentiments de malaise mal défini, d'irritabilité, d'agitation intérieure, de tension nerveuse allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse. Coter selon l'intensité, la fréquence, la durée, le degré de réassurance nécessaire.
<p>Vous êtes-vous senti particulièrement tendu ou irritable cette dernière semaine ?</p> <p>Avez-vous eu des sentiments de malaise mal définis, d'agitation intérieure, de tension nerveuse, allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse ?</p> <p>Ces sentiments sont-ils occasionnels, fréquents ou permanents ?</p> <p>Pouvez-vous ou non les maîtriser ?  <u>Si oui</u>, comment ?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Calme. Tension intérieure seulement passagère.</li> <li>1.</li> <li>2. Sentiments occasionnels d'irritabilité et de malaise mal défini.</li> <li>3.</li> <li>4. Sentiments continuels de tension intérieure ou panique intermittente que le malade ne peut maîtriser qu'avec difficulté.</li> <li>5.</li> <li>6. Effroi ou angoisse sans relâche. Panique envahissante.</li> </ol>

<b>4. REDUCTION DU SOMMEIL</b>	Correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade
<p>Comment avez-vous dormi au cours de cette dernière semaine ?</p> <p>Votre sommeil est-il différent par comparaison avec votre sommeil lorsque vous n'étiez pas malade ?</p> <p>Combien d'heures par nuit dormiez-vous avant d'être malade ?</p> <p>Actuellement, votre sommeil est-il réduit ou interrompu ?  <u>Si oui</u>, pendant combien d'heures ?</p> <p>Combien d'heures par nuit avez-vous dormi cette dernière semaine ?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Dort comme d'habitude</li> <li>1.</li> <li>2. Légère difficulté à s'endormir ou sommeil légèrement réduit, léger ou agité.</li> <li>3.</li> <li>4. Sommeil réduit ou interrompu au moins deux heures.</li> <li>5.</li> <li>6. Moins de deux ou trois heures de sommeil</li> </ol> <p><b>NDLR :</b>  <b>NE PAS TENIR COMPTE DE LA PRISE DE SOMNIFERE</b></p>

<b>5. REDUCTION DE L'APPETIT</b>	Correspond au sentiment d'une perte de l'appétit comparé à l'appétit habituel. Coter l'absence de désir de nourriture ou le besoin de se forcer pour manger
<p>Avez-vous eu de l'appétit au cours de la semaine passée ?</p> <p>Etait-il comparable à votre appétit habituel ?</p> <p>Est-ce que la nourriture a du goût pour vous ?</p> <p>Avez-vous dû vous forcer pour manger ?</p> <p>D'autres personnes ont-elles dû vous pousser à manger ?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Appétit normal ou augmenté.</li> <li>1.</li> <li>2. Appétit légèrement réduit.</li> <li>3.</li> <li>4. Pas d'appétit. Nourriture sans goût.</li> <li>5.</li> <li>6. Ne mange que si on le persuade.</li> </ol>

<p><b>6. DIFFICULTES DE CONCENTRATION</b></p>	<p>Correspond aux difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité à se concentrer. Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité.</p>
<p>Est-ce que vous avez des difficultés pour rassembler vos pensées ou pour vous concentrer ?  <u>Si oui</u>, quelles sont les tâches pour lesquelles vous êtes gêné ? est-ce que cela vous perturbe pour la lecture, pour suivre un programme télévisé ou pour soutenir une conversation ?  <u>Si oui</u>, jusqu'à quel point ?</p> <p>Les difficultés que vous décrivez sont-elles occasionnelles ou plutôt permanentes ?</p>	<p>0. Pas de difficultés de concentration.  1.  2. Difficultés occasionnelles à rassembler ses pensées.  3.  4. Difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à soutenir une conversation.  5.  6. Incapable de lire ou de converser sans grande difficulté.</p>
<p><b>7. LASSITUDE</b></p>	<p>Correspond à une difficulté à se mettre en train ou une lenteur à commencer et à accomplir les activités quotidiennes.</p>
<p>La semaine dernière, avez-vous eu des activités dans la journée ? lesquelles ?</p> <p>Avez-vous eu des difficultés à vous mettre en route, à entreprendre ces activités ?</p> <p>Avez-vous eu des difficultés à accomplir les activités quotidiennes ?  <u>Si oui</u>, avez-vous besoin d'aide ?  <u>Si oui</u>, jusqu'à quel point ?</p>	<p>0. Guère de difficultés à se mettre en route. Pas de lenteur.  1.  2. Difficultés à commencer des activités.  3.  4. Difficultés à commencer des activités routinières qui sont poursuivies avec effort.  5.  6. Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.</p>
<p><b>8. INCAPACITE A RESENTIR</b></p>	<p>Correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant, ou les activités qui donnent normalement du plaisir. La capacité à réagir avec une émotion appropriée aux circonstances ou aux gens est réduite.</p>
<p>Est-ce que vous avez de l'intérêt pour le monde environnant, pour les gens et pour les amis ?</p> <p>Est-ce que vous prenez plaisir à vos intérêts habituels ?</p> <p>Etes-vous émotionnellement paralysé ou ressentez-vous des émotions telles que la colère, le chagrin ou le plaisir ?</p>	<p>0. Intérêt normal pour le monde environnant et pour les gens.  1.  2. Capacité réduite à prendre plaisir à ses intérêts habituels  3.  4. Perte d'intérêt pour le monde environnant. Perte de sentiment pour les amis et les connaissances.  5.  6. Sentiment d'être paralysé émotionnellement, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir et impossibilité complète ou même douloureuse de ressentir quelque chose pour les proches parents et amis.</p>

<b>9. PENSEES PESSIMISTES</b>	Correspond aux idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de péché, de remords et de ruine.
<p>Vous êtes-vous senti particulièrement négatif vis-à-vis de vous-même au cours de la semaine ?</p> <p>Avez-vous éprouvé un sentiment d'échec ?</p> <p>Vous êtes-vous senti coupable d'avoir fait ou de ne pas avoir fait quelque chose ?</p> <p>Vous accusez-vous de certaines choses ? <u>Si oui</u>, lesquelles ?</p> <p>Etes-vous pessimiste à propos de votre futur ? <u>Si oui</u>, jusqu'à quel point ?</p> <p>Toutes ces idées sont-elles intermittentes ou persistantes ?</p> <p>Que pensez-vous de la réalité de ces idées ?</p>	<p>0. Pas de pensées pessimistes.</p> <p>1.</p> <p>2. Idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation ou d'auto-dépréciation.</p> <p>3.</p> <p>4. Auto-accusations persistantes ou idées de culpabilité ou péché, précises mais encore rationnelles. Pessimisme marqué à propos du futur.</p> <p>5.</p> <p>6. Idées délirantes de ruine, de remords ou de péché inexpiable. Auto-accusations absurdes et inébranlables.</p> <p><u>NDLR</u> :</p> <p><b>5. et 6. correspondent à une rupture avec la réalité : 5 le patient peut critiquer, 6 il ne le peut pas.</b></p>

<b>10. IDEES DE SUICIDE</b>	Correspond au sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, idées de suicide et préparatifs au suicide. Les tentatives de suicide ne doivent pas, en elles-mêmes, influencer la cotation.
<p>Au cours de la semaine écoulée, vous est-il arrivé de penser que la vie ne valait pas la peine d'être vécue, que vous préféreriez être mort ? avez-vous eu envie de vous suicider ?</p> <p><u>Si oui</u>, avec quelle fréquence ?</p> <p>Considérez-vous le suicide comme une solution ?</p> <p><u>Si oui</u>, avez-vous pensé à un projet ou fait des préparatifs de suicide ?</p>	<p>0. Jouit de la vie ou la prend comme elle vient.</p> <p>1.</p> <p>2. Fatigué de la vie, idées de suicide seulement passagères.</p> <p>3.</p> <p>4. Il vaudrait mieux être mort. Les idées de suicide sont courantes et le suicide est considéré comme une solution possible mais sans intention ou projet précis.</p> <p>5.</p> <p>6. Projets explicites de suicide si l'occasion se présente. Préparatifs de suicide.</p>

## Annexe 4

### 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.

*This is an EXAMPLE of how the items are set out. Try answering this item first, and ask for help if anything seems at all unclear.*

#### *Staying power*

Here you should try to assess your staying power and whether you feel you tire easier than usual.

- |     |   |
|-----|---|
| 0   | My staying power is about normal  |
| 0,5 |   |
| 1   | I tire more easily than usual, but I am able to complete whatever I have begun  |
| 1,5 |   |
| 2   | My staying power is much reduced, so I often have to stop what I am doing and take a break or move on to something else |
| 2,5 |   |
| 3   | I am barely able to start anything, because of extreme fatigue  |

#### *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 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  |

## 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 thoroughly useless, and that there is no chance of forgiveness for the awful things I have done

### 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

## Annexe 5

### Echelle d'auto-évaluation de la dépression selon Montgomery Asberg

#### MADRS-S (Montgomery Asberg Depression Rating Scale Self-assessment)

Le but de ce questionnaire est de donner une image précise de votre état mental actuel. Il vous est demandé d'essayer d'évaluer comment vous vous êtes senti **au cours de ces 3 derniers jours**. Le questionnaire consiste en une série d'items. Des numéros associés à des descriptions d'états possibles sont donnés pour vous permettre d'indiquer votre condition. Les énoncés recouvrent divers degrés de détresse, variant de aucun (0) au maximum (3). Pour chaque item, encerclez sur l'échelle le numéro que vous pensez indique le mieux votre état au cours de ces 3 derniers jours. Ne consacrez pas trop de temps à réfléchir à vos réponses, mais essayez de remplir le questionnaire assez rapidement.

Ceci est un **EXEMPLE** pour comprendre comment les items sont conçus. Essayez déjà de répondre à cet item et demandez de l'aide si quelque chose ne devait pas vous sembler clair du tout.

#### *Capacité à maintenir une activité*

Ici, il vous est demandé d'essayer d'évaluer votre énergie et si vous sentez que vous vous fatiguez plus facilement que d'habitude.

- |     |   |
|-----|---|
| 0   | Mon énergie est à peu près normale  |
| 0,5 |   |
| 1   | Je me fatigue plus facilement que d'habitude, bien que je sois capable d'accomplir ce que j'ai commencé   |
| 1,5 |   |
| 2   | Mon énergie est fortement réduite, ce qui fait que je dois souvent interrompre ce que je suis en train de faire pour me reposer ou passer à autre chose |
| 2,5 |   |
| 3   | Je suis à peine capable de commencer quelque chose, à cause d'une extrême fatigue   |

#### *1. Humeur*

Ici, il vous est demandé d'essayer d'indiquer votre humeur, si vous vous êtes senti triste ou sombre. Essayez de vous rappeler comment vous vous êtes senti au cours de ces 3 derniers jours, que votre humeur ait été variable ou plutôt la même tout le temps. En particulier, essayez de vous rappeler si vous vous êtes senti plus gai lorsque quelque chose de bien s'est produit.

- |     |  |
|-----|--|
| 0   | Je peux être gai ou triste, selon les circonstances  |
| 0,5 |  |
| 1   | Je me sens un peu abattu la plupart du temps, bien que parfois cela s'améliore un peu  |
| 1,5 |  |
| 2   | Je me sens complètement abattu et sombre. Même les choses qui normalement me remontent le moral ne me procurent pas de plaisir |
| 2,5 |  |
| 3   | Je me sens si abattu et malheureux que je ne peux rien imaginer de pire  |

## 2. *Sentiments de malaise*

Ici, il vous est demandé d'indiquer dans quelle mesure vous avez eu des sentiments de tension intérieure, de malaise, d'anxiété ou de peur diffuse, au cours des ces 3 derniers jours. Prêtez particulièrement attention à l'intensité de l'un ou l'autre de ces sentiments, s'ils sont venus puis repartis ou s'ils ont persisté tout le temps.

- 0 Je me sens calme la plupart du temps  
0,5  
1 J'ai parfois des sentiments désagréables de malaise  
1,5  
2 Je suis constamment tourmenté par des sentiments de malaise qui peuvent être très forts et je dois faire un effort pour le surmonter  
2,5  
3 J'ai des sentiments d'anxiété terribles, persistants ou insupportables

## 3. *Sommeil*

Ici, il vous est demandé d'indiquer comment vous dormez – combien de temps vous dormez et quelle était la qualité de votre sommeil au cours de ces 3 dernières nuits. Votre évaluation devrait refléter comment vous avez réellement dormi, indépendamment de votre éventuel recours à des somnifères. Si vous avez dormi plus que d'habitude, vous devriez indiquer le chiffre zéro (0) sur l'échelle.

- 0 Je n'ai aucun problème de sommeil et dors autant que j'ai besoin. Je n'ai aucune difficulté d'endormissement  
0,5  
1 J'ai quelques problèmes de sommeil. Il m'est parfois difficile de m'endormir, ou mon sommeil est plus léger ou plus agité que d'habitude  
1,5  
2 Je dors en tout cas 2h de moins que d'habitude par nuit, même si rien ne m'a dérangé  
2,5  
3 Je dors très mal, pas plus de 2-3 h par nuit

## 4. *Appétit*

Ici, il vous est demandé d'indiquer comment était votre appétit et d'essayer de vous rappeler s'il était d'une quelconque manière différente de la normale. Si votre appétit était meilleur que d'habitude, vous devriez indiquer le chiffre zéro (0) sur l'échelle.

- 0 Mon appétit a été à peu près le même que d'habitude  
0,5  
1 Mon appétit a été moins bon que d'habitude  
1,5  
2 Je n'ai eu presque aucun appétit. La nourriture me semble fade et je dois me forcer à manger  
2,5  
3 Je n'ai eu aucune envie de manger. J'ai besoin de persuasion pour parvenir à avaler quoi que ce soit

**5. Capacité de concentration**

Ici, il vous est demandé d'essayer d'indiquer votre capacité à rassembler vos pensées, à vous concentrer sur ce que vous êtes en train de faire. Essayez de vous rappeler dans quelle mesure vous êtes parvenu à faire face aux tâches exigeant des degrés divers de concentration – par exemple, comparez votre capacité à lire un texte complexe ou un passage plus facile dans le journal, ou à maintenir votre attention sur la télévision.

- 0 Je n'ai aucune difficulté de concentration  
 0,5  
 1 Par moment, j'éprouve des difficultés à me concentrer sur des choses que je trouverais habituellement intéressantes (p.ex., lire, ou regarder TV)  
 1,5  
 2 Je trouve qu'il m'est particulièrement difficile de me concentrer sur des choses qui habituellement ne demandent aucun effort (p.ex., lire, ou parler avec d'autres gens)  
 2,5  
 3 Je suis tout à fait incapable de me concentrer sur quoi que ce soit

**6. Initiative**

Ici, il vous est demandé d'essayer d'évaluer votre capacité à accomplir des choses. Cet item concerne votre difficulté ou facilité à commencer les choses que vous estimez devoir faire et dans quelle mesure vous sentez que vous devez surmonter une résistance intérieure afin de commencer quoi que ce soit.

- 0 Je n'ai aucune difficulté à commencer de nouvelles tâches  
 0,5  
 1 Quand je dois réaliser quelque chose, cela m'est plus difficile que d'habitude  
 1,5  
 2 Débuter de simples tâches, que j'exécute normalement sans trop y penser, me demande un effort considérable  
 2,5  
 3 Je ne peux commencer les tâches quotidiennes les plus simples

**7. Implication émotionnelle**

Ici, il vous est demandé d'évaluer votre intérêt pour votre environnement, pour d'autres personnes ou pour des tâches qui vous procurent normalement du plaisir.

- 0 Je suis intéressé et impliqué dans mon environnement et ceci me procure du plaisir  
 0,5  
 1 Je ressens moins d'intérêt pour les choses qui normalement éveillent mon intérêt; il m'est plus difficile que d'habitude d'être gai, ou d'être en colère quand cela se justifie  
 1,5  
 2 Je ne ressens aucun intérêt envers mon environnement, même pas pour des amis et des connaissances  
 2,5  
 3 Je n'ai plus aucun sentiment. Je me sens désespérément indifférent, même envers ceux qui me sont les plus proches

### 8. Pessimisme

Ici, il vous est demandé de considérer comment vous voyez votre futur et ce que vous pensez de vous-même. Examinez dans quelle mesure il vous arrive de vous sentir critique envers vous-même, envahi par des sentiments de culpabilité et plus inquiet que d'habitude – par exemple, au sujet de vos finances ou de votre santé.

- 0 Je vois le futur avec confiance. Dans l'ensemble, je suis assez satisfait de la vie  
0,5
- 1 Il m'arrive parfois d'être auto-critique et de penser avoir moins de valeur que les autres  
1,5
- 2 Je ressasse sans arrêt mes échecs et me sens inférieur ou sans valeur, même si d'autres personnes ne partagent pas cet avis  
2,5
- 3 Tout me paraît noir et je ne vois aucune lueur d'espoir. J'ai l'impression d'être complètement inutile et qu'il n'y a aucune chance de pardon pour les choses terribles que j'ai commises

### 9. Elan vital

Cet item concerne votre goût à la vie et si vous vous êtes senti lassé et fatigué de la vie. Avez-vous eu des idées de suicide et si oui, dans quelle mesure considérez-vous qu'il constitue une échappatoire réaliste ?

- 0 Mon goût à la vie est normal  
0,5
- 1 La vie ne me semble pas avoir particulièrement de sens, bien que je ne souhaite pas être mort  
1,5
- 2 Je pense souvent qu'il serait mieux d'être mort, et bien que je n'aie pas réellement envie de me suicider, ceci semble être une solution possible  
2,5
- 3 Je suis tout à fait convaincu que ma seule solution est de mourir et je consacre beaucoup de temps à penser au meilleur moyen de mettre fin à mes jours

Version originale : Svanborg, P., Asberg, M., 1994. A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 : 21-28.

Traduction française: Bondolfi, G., Jermann, F., Weber Rouget, B., Gex-Fabry, M., McQuillan, A., Dupont-Willemin, A., Aubry, J.-M., Nguyen, C. (2010). Self- and clinician-rated Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale: Evaluation in clinical practice. *Journal of Affective Disorders*, 121 : 268-272.