

# **ÉCHELLES D'ÉVALUATION DE LA PSYCHOPATHOLOGIE**

**Auteurs : P. HARDY, D. SERVANT (texte initial)**

**P. CIALDELLA (pour la révision de 1999)**

**Dernières modifications : 31/10/2000 (paragraphe consacré à l'Alzheimer)**

**Pour me faire part de vos remarques, écrivez-moi : cialdella@bigfoot.com**

**NB : ce document de travail a été présenté au cours d'un séminaire de formation du FUAG à Lyon, le 12 mars 1999**

---

## **PLAN**

### **1. DÉFINITIONS**

#### **1.1. DÉFINITION GÉNÉRALE D'UNE ÉCHELLE D'ÉVALUATION**

#### **1.2. RAPPEL SUR LA MESURE**

#### **1.3. TYPES D'ITEMS UTILISÉS DANS LES INSTRUMENTS D'ÉVALUATION PSYCHOPATHOLOGIQUE STANDARDISÉS**

### **2. QUALITÉS MÉTROLOGIQUES DES ÉCHELLES**

#### **2.1. LA VALIDITÉ**

#### **2.2. LA FIABILITÉ**

#### **2.3. LA SENSIBILITÉ AU CHANGEMENT**

### **3. PRÉSENTATION DES ÉCHELLES**

#### **3.1. CRITÈRES DE CLASSEMENT DES DIVERSES ÉCHELLES EXISTANTES**

##### **3.1.1. Selon la symptomatologie évaluée**

##### **3.1.2. Selon l'utilisateur**

#### **3.2. INSTRUMENTS D'ÉVALUATION GLOBALE**

##### **3.2.1. Impression clinique globale ou Clinical Global Impression (Guy, 1976)**

##### **3.2.2. Evaluation du fonctionnement global (EGF) du DSM-IV (APA, 1994)**

##### **3.2.3. Echelle de santé-maladie de Luborski (Luborsky, 1962)**

#### **3.3. INSTRUMENTS DE PSYCHOPATHOLOGIE GÉNÉRALE**

**3.3.1. Instruments d'hétéro-évaluation**

**3.3.2. Instruments d'auto-évaluation**

**3.4. ECHELLES DE DÉPRESSION**

**3.4.1. Instruments d'hétéro-évaluation**

**3.4.2. Instruments d'auto-évaluation**

**3.5. ECHELLES D'ANXIÉTÉ**

**3.5.1. Instruments d'hétéro-évaluation**

**3.5.2. Instruments d'auto-évaluation**

**3.6. ECHELLES MIXTES**

**3.7. ECHELLES UTILISÉES DANS LES PSYCHOSES**

**3.7.1. Dans la schizophrénie**

**3.7.2. Dans la manie**

**3.8. AUTRES DOMAINES EXPLORÉS PAR LES ÉCHELLES ET QUESTIONNAIRES**

**3.8.1. En psychopathologie**

**Alzheimer**

**3.8.2. Selon les âges**

**3.8.3. Aspects sociaux**

**4. UTILISATION DES ECHELLES**

**4.1. RECHERCHE CLINIQUE**

**4.2. RECHERCHE ÉPIDÉMIOLOGIQUE**

**4.3. ESSAIS THÉRAPEUTIQUES**

**4.3.1. Lors de l'inclusion**

**4.3.2. Mesure de l'efficacité des traitements**

**4.3.3. Evaluation des effets indésirables**

**5. RÈGLES GÉNÉRALES D'UTILISATION DES ECHELLES**

**6. CONCLUSIONS**

**7. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

---

**1. DÉFINITIONS**

Deux approches principales sont possibles concernant les instruments d'évaluation psychopathologique standardisée :

- L'**approche catégorielle** étudie les phénomènes psychiques comme des catégories distinctes d'autres catégories. L'approche syndromique rentre dans ce cadre. Les instruments d'évaluation standardisée correspondants sont destinés à établir la présence ou l'absence d'une catégorie quelconque. Actuellement, on utilise pour ce faire des systèmes de critères diagnostiques dits opérationnels et athéoriques (**DSM-IV, ICD-10**).
- L'**approche dimensionnelle** étudie les phénomènes psychiques comme des grandeurs non directement mesurables, mais liées au cumul d'indicateurs directement mesurables, les items. Les instruments d'évaluation standardisée correspondants sont destinés à évaluer la grandeur à partir des indicateurs. Actuellement, on utilise pour ce faire des échelles et questionnaires de sévérité clinique (exemple: l'**échelle d'Hamilton**).

Il importe d'apporter des **nuances** à cette dichotomie :

- Les frontières entre troubles psychiques sont extrêmement floues, et l'approche catégorielle trouve ses limites dans l'existence d'une très **importante comorbidité syndromique**.
- L'introduction de **niveaux de sévérité** au sein de certaines catégories diagnostiques comme l'EDM dans l'ICD ou le DSM a ajouté une note dimensionnelle au sein d'un système majoritairement catégoriel.
- L'existence de conditions de nombre minimal de critères au sein des listes de critères polythétiques (DSM ou ICD) est implicitement une sommation d'items, et définit donc un **score-seuil**.
- **Certaines échelles permettent de classer les sujets dans des classes diagnostiques** (ex: échelle de Newcastle).

### 1.1. DÉFINITION GÉNÉRALE D'UNE ÉCHELLE D'ÉVALUATION

---

**Une échelle d'évaluation clinique est une formalisation standardisée de l'évaluation d'une (ou plusieurs) caractéristique(s) non mesurable(s) directement, au moyen d'indicateurs ou item(s) mesurables directement, permettant d'attribuer en fonction de règles logiques une ou plusieurs valeurs numériques à la caractéristique étudiée**

---

Cette définition est très générale et dans le cas particulier de la psychiatrie, les caractéristiques non mesurables directement sont des phénomènes cliniques, dont on pense qu'ils ont un caractère continu, comme l'anxiété, la dépression, etc. On voit aussi que la mesure psychopathologique est difficile à distinguer de la mesure en psychologie (c'est-à-dire celle qui concerne des caractéristiques normales, comme les

aptitudes ou les intérêts. On retrouve cette difficulté de distinction quand on aborde des phénomènes tels que la qualité de vie).

### **Différences entre échelles et tests mentaux**

Les échelles proviennent d'une évolution des tests mentaux d'intelligence (Binet-Simon) et d'aptitude. Dans un test, les items sont des épreuves, basées sur un support (ex : figures géométriques à classer en suite), et sont parfois chronométrées. L'item est le plus souvent binaire (réussite ou échec de l'épreuve). La somme des réussites (score global) est en général standardisée par rapport à la population de référence.

### **Echelles -check-lists et scores globaux**

Le terme d'échelle sous-entend l'utilisation de la somme des scores des items. C'est ce qui la différencie de la check-list où on vérifie la présence et/ou l'intensité des items, sans chercher à faire une sommation. Dans une échelle on suppose qu'il y a quelque chose de commun entre les items la composant, qu'on appelle une dimension latente, plus ou moins théorique (**construct**). En revanche, une check-list peut être composée d'items disparates.

Cette somme des scores des items est de nature ordinale, quelle que soit la nature des items la composant. Un sujet ayant obtenu le score de "40" sur l'échelle X n'est pas deux fois plus malade qu'un sujet coté "20", il est simplement plus malade.

Une échelle peut donner lieu au calcul de plusieurs scores si elle mesure plusieurs domaines ou dimensions (échelles multidimensionnelles), et/ou donner lieu à des profils de scores (c'est par exemple souvent le cas pour les échelles de qualité de vie).

## **1.2. RAPPEL SUR LA MESURE**

On distingue plusieurs types de variables

- Les variables dites **binaires** (présence/absence d'une caractéristique) : donnent lieu à des opérations de comptage (en 1/0)
- Les variables dites **catégorielles** ou nominales (exemple: la couleur des cheveux) : donnent lieu à des opérations de comptage par catégorie.
- Les variables dites **ordinales** (il existe un ordre de grandeur entre les catégories). Ce type de variable est un des plus utilisés dans les échelles d'évaluation psychiatriques. Ces variables permettent de classer les sujets selon un ordre de grandeur; par exemple, l'intensité de la tristesse exprimée peut-être définie par des paliers reflétant une intensité elle-même croissante au moyen de chiffres (0-1-2-3-4). La valeur "4" ne signifie pas que le sujet est deux fois plus triste qu'un sujet coté "2", mais "plus triste" que le second (et

plus triste qu'un sujet coté "3"). Ce type de variable donne lieu à des opérations de description plus complexes (médianes, quartiles).

- Les variables **quantitatives** (échelles d'intervalle ou de ratio) sont bien plus rares en psychiatrie. Citons les mesures biologiques, par exemple la lithiémie sérique. Une lithiémie de 1,2 mEq/l mesure une concentration deux fois plus importante qu'une lithiémie de 0,6 mEq/l.

### 1.3. TYPES D'ITEMS UTILISÉS DANS LES INSTRUMENTS D'ÉVALUATION PSYCHOPATHOLOGIQUE STANDARDISÉS

- Items **binaires**. Les alternatives peuvent être "oui/non", "présent/absent", "d'accord/pas d'accord", "juste/faux"). Ce type d'item est parfois rencontré en auto-évaluation, mais plus rarement en hétéro-évaluation.
- Items **ordinaux** (échelles dites de Likert). Ce type d'item est bien plus souvent rencontré que les items binaires et aussi bien en auto qu'en hétéro-évaluation. Les paliers d'intensité ou points d'ancrage peuvent être simplement définis à l'aide d'adjectifs (du type "absent, léger, moyen, sévère", par exemple) ou en référence à des exemples ou à des descriptions élaborées, notamment dans les échelles modernes (**PANSS**), ce qui évite certaines ambiguïtés. La **MADRS** est un des rares exemples où seuls certains paliers sont définis (pour les valeurs 0, 2, 4, 6).
- Items dits **visuels-analogiques**: on situe la réponse sur une ligne continue allant en général de 0 à 100 (absent à maximum). Parfois, certaines valeurs sont repérées par des exemples ou des descriptions. Les items visuels-analogiques sont de faux items quantitatifs.

## 2. QUALITÉS MÉTROLOGIQUES DES ÉCHELLES

### 2.1. LA VALIDITÉ (Nunnally, Carmines et Zeller)

C'est la qualité de loin la plus importante. L'échelle mesure-t-elle bien ce qu'elle est censée mesurer ?

- La **validité apparente** (de contenu) est insuffisante.
- la **validité de critère**: cette propriété s'évalue par rapport à un critère extérieur. En psychiatrie, on manque de critères de comparaison objectifs. En revanche, certaines échelles peuvent être comparées à un jugement clinique (validité discriminante).
- la **validité de construct** : concerne essentiellement le choix des items composant l'échelle - la

construction de l'échelle - cette validité s'étudie de deux façons :

- soit en vérifiant empiriquement si les items se regroupent bien selon les dimensions postulées au départ. On peut distinguer deux cas de figures selon que l'échelle est censée suivre un modèle unidimensionnel (auquel cas on utilise les méthodes d'analyse de **Rasch -Wright et Masters**) ou un modèle pluridimensionnel (on utilise alors plutôt l'**analyse factorielle - Harman**).
- soit en examinant les corrélations de l'échelle avec d'autres échelles, évaluant le même construct (si cette dernière a valeur de référence, on parle de validité concurrente), et si possible avec des échelles mesurant des constructs différents. On parle alors de **validité convergente et divergente**, la question étant de savoir si l'instrument évalue spécifiquement le phénomène considéré ou s'il est contaminé par d'autres ? Pour les questionnaires d'auto-évaluation, il peut être utile de voir si l'instrument est contaminé par des phénomènes de désirabilité sociale. On mesure alors la corrélation de l'instrument avec un questionnaire établi de désirabilité sociale. Enfin, on peut proposer parfois d'étudier simultanément l'influence de la méthode de recueil (auto versus hétéro-évaluation) et la validité convergente et divergente, dans de véritables protocoles multitrait-multiméthodes.

## 2.2. LA FIABILITÉ

L'échelle est-elle précise ?

- La fiabilité temporelle (**fidélité test-retest**) est surtout utile pour les auto-questionnaires de personnalité ou tous les autres phénomènes stables. En effet, si l'évolution clinique est rapide, cette source de changement va artificiellement dégrader les coefficients de fidélité test-retest.
- La cohérence interne (ou **homogénéité**) est utile à la fois pour les échelles d'auto ou hétéro-évaluation, et se mesure globalement par le niveau moyen des corrélations entre items. (Coefficient alpha de **Cronbach**).

- La **fidélité inter-juges** (ou concordance) est utile pour les échelles d'hétéro-évaluation : deux ou plusieurs évaluateurs cotent le même patient (qui peut être enregistré sur cassette vidéo). L'étude de fidélité peut porter sur le score global et/ou sur chaque item de l'échelle. On utilise le coefficient kappa de **Cohen** (et non pas le Khi-2), pour étudier la concordance sur une variable binaire ou catégorielle, et d'autres coefficients non-paramétriques, pour les variables ordinales. Pour les variables quantitatives, c'est le coefficient de corrélation intraclasse qui doit être utilisé.

### **2.3. LA SENSIBILITÉ AU CHANGEMENT**

Semble devoir être considérée comme un aspect particulier de la validité (**Hadorn**) .

## **3. PRÉSENTATION DES ÉCHELLES**

On trouvera dans le texte qui suit une description des principales échelles utilisées dans les essais thérapeutiques. Le lecteur qui souhaiterait plus de renseignements est invité à se référer au compendium en deux tomes sur "**L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie**", ouvrage coordonné par le Pr **Guelfi (1993)** .

### **3.1. CRITÈRES DE CLASSEMENT DES DIVERSES ÉCHELLES EXISTANTES**

#### **3.1.1. Selon la symptomatologie évaluée**

On distingue :

- les instruments d'évaluation globale de la pathologie, qui mesurent l'intensité de la pathologie psychiatrique considérée comme une dimension unique
- les instruments de psychopathologie générale, pluridimensionnels
- les instruments spécifiques d'une dimension (dépression, anxiété ...)

#### **3.1.2. Selon l'utilisateur**

On distingue :

- les instruments d'hétéro-évaluation (échelles)
- les instruments d'auto-évaluation (questionnaires) ou auto-questionnaires.

Il faut savoir que les échelles d'hétéro-évaluation peuvent reposer sur des phénomènes cliniques constatables,

comportementaux (pôle objectif), mais aussi parfois uniquement sur les déclarations du malade (pôle subjectif).

### **3.2. INSTRUMENTS D'ÉVALUATION GLOBALE**

#### **3.2.1. Impression clinique globale ou Clinical Global Impression - CGI (Guy, 1976)**

Ces échelles (en fait, les CGI sont constituées de 3 items isolés et ne sont pas des échelles à proprement parler) sont utilisées dans la quasi-totalité des études. Le gros avantage de ces items provient de leur simplicité d'emploi, et de leur généralisabilité à toutes les formes de pathologies, simples, ou avec comorbidité. Les deux premiers items sont cotés sur 7 paliers de réponse, le troisième item étant un score composite qui tient compte à la fois de l'efficacité et des effets secondaires. On ne procède pas à la sommation des scores des 3 items, qui peuvent être utilisés indépendamment les uns des autres.

##### **1. Mesure de la gravité du trouble mental actuel du patient (CGI-sévérité)**

<b>0. Non évaluée</b>	<b>4. Modérément malade</b>
<b>1. Normal, pas du tout malade</b>	<b>5. Manifestement malade</b>
<b>2. A la limite</b>	<b>6. Gravement malade</b>
<b>3. Légèrement malade</b>	<b>7. Parmi les patients les plus malades</b>

##### **2. Mesure de l'amélioration globale (CGI-amélioration)**

<b>0. Non évaluée</b>	<b>4. Pas de changement</b>
<b>1. Très fortement amélioré</b>	<b>5. Légèrement aggravé</b>
<b>2. Fortement amélioré</b>	<b>6. Fortement aggravé</b>
<b>3. Légèrement amélioré</b>	<b>7. Très fortement aggravé</b>

### 3. Mesure combinée de l'effet clinique principal et des effets secondaires (CGI-index thérapeutique)

Cet item disposant de 16 catégories (scores) de réponses possibles mesure à la fois l'effet thérapeutique sur 4 paliers (important, modéré, minime, nul ou aggravation) et les effets secondaires, là aussi sur 4 paliers (aucun, absence d'interférence significative avec le fonctionnement du patient, interférence significative avec le fonctionnement du patient, effets secondaires dépassant l'effet thérapeutique.)

#### CGI-Index thérapeutique

Effets secondaires	Effet thérapeutique			
	important	modéré	minime	nul ou aggravé
aucun	01	05	09	13
absence d'interférence significative avec le fonctionnement du patient	02	06	10	14
interférence significative avec le fonctionnement du patient	03	07	11	15
effets secondaires dépassant l'effet thérapeutique	04	08	12	16

On remarque que le système de codage de l'index thérapeutique donne plus de poids à l'effet thérapeutique qu'aux effets secondaires.

NB : il existe aussi pour l'auto-évaluation du patient, les mêmes items sous le nom de PGI (Patient Global Impression).

#### 3.2.2. Evaluation du fonctionnement global (EGF) du DSM-IV (APA, 1994)

Cet instrument d'hétéro-évaluation permet d'évaluer sur une échelle de 0 à 100, l'état clinique global d'un patient, à

partir de son niveau de "fonctionnement" et de son niveau symptomatique.

### 3.2.3. Echelle de santé-maladie de Luborski (Luborsky, 1962)

Cet instrument d'hétéro-évaluation, surtout utilisé dans l'évaluation des psychothérapies est composé de 8 échelles visuelles-analogiques, l'une globale et les sept autres évaluant des facettes particulières, comme la capacité d'autonomie, la gravité des symptômes, le malaise subjectif, les effets sur l'entourage, l'utilisation des capacités, les relations interpersonnelles, les sources d'intérêt. La cotation est facilitée par l'emploi de repères de scores sur certaines sous-échelles, et par des vignettes cliniques (au nombre de 34).

## 3.3. INSTRUMENTS DE PSYCHOPATHOLOGIE GÉNÉRALE

Moins utilisés actuellement. Il s'agit d'instruments d'évaluation multidimensionnels, lourds d'emploi en raison du nombre élevé d'items. On les utilisait principalement à des fins exploratoires pour déterminer des profils symptomatiques sensibles à l'action d'un psychotrope d'action floue.

### 3.3.1. Instruments d'hétéro-évaluation

- Système **AMDP-4** (Bobon, 1978) : comprend 100 items gradués de 0 à 4
- Echelle d'évaluation psychopathologique générale ou **CPRS** (Asberg et al, 1978) : comprend 67 items gradués de 0 à 6
- Echelle abrégée d'appréciation psychiatrique ou **BPRS** (Overall et Gorham, 1962) : il en existe deux versions, l'une à 42 items, plus générale et une autre à 18 items plus centrée sur la psychose. Les items sont cotés de 1 à 7 (7 paliers)

#### Exemple : la BPRS-18

1. Préoccupations somatiques	10. Hostilité
2. Anxiété	11. Méfiance
3. Retrait affectif	12. Comportement hallucinatoire
4. Désorganisation conceptuelle	13.

	<b>Ralentissement moteur</b>
<b>5. Sentiments de culpabilité</b>	<b>14. Non-coopération</b>
<b>6. Tension</b>	<b>15. Pensées inhabituelles</b>
<b>7. Maniérisme et attitude</b>	<b>16. Eoussement affectif</b>
<b>8. Mégalomanie</b>	<b>17. Excitation</b>
<b>9. Tendances dépressives</b>	<b>18. Désorientation</b>

### 3.3.2. Instruments d'auto-évaluation

- Symptom Check-list ou **SCL-90 R (Derogatis et al, 1973)** qui comprend 90 items gradués de 0 à 4. La forme précédente à 58 items est encore parfois utilisée.
- General Health Questionnaire ou **GHQ (Goldberg, 1972)** : il en existe plusieurs versions (60, 30, 28 et 12 items sur 4 paliers).

## 3.4. ECHELLES DE DÉPRESSION

### 3.4.1. Instruments d'hétéro-évaluation

- Echelle de **Hamilton** ou **HDRS (1967)**, dont il existe plusieurs formes, à 17 (la plus utilisée), 21, 23, et 26 items, les paliers étant variables (de 0 à 2, à 3 et 4)
- Echelle de **Montgomery et Asberg** ou **MADRS (1979)** : 10 items, Paliers de cotation = 0-6 (semi-définis)
- Échelle de **Bech-Rafaelsen** ou **BRMES (1980)** : 11 items cotés de 0 à 4
- Echelle de Ralentissement Dépressif de **Widlöcher** ou **ERD (1983)** : 14 items cotés de 0 à 4 Diagramme **HARD** (pour Humeur, Anxiété, Ralentissement et Danger) de **Ferreri et Rufin (1984)** : 12 items cotés de 0 à 6

**Exemple 1 : échelle de dépression de Hamilton (HDRS) dans sa version 24 items le plus souvent seuls les 17 premiers items sont utilisés**

<b>1. Humeur dépressive</b>	<b>13. Symptômes somatiques généraux</b>
<b>2. Sentiments de culpabilité</b>	<b>14. Symptômes génitaux</b>
<b>3. Suicide</b>	<b>15. Hypochondrie</b>
<b>4. Insomnie du début de la nuit</b>	<b>16. Perte de poids</b>
<b>5. Insomnie du milieu de la nuit</b>	<b>17. Prise de conscience (autocritique)</b>
<b>6. Insomnie du matin</b>	<b>18. Variations dans la journée</b>
<b>7. Travail et activités</b>	<b>19. Dépersonnalisation et déréalisation</b>
<b>8. Ralentissement</b>	<b>20. Symptômes délirants de persécution</b>
<b>9. Agitation</b>	<b>21. Symptômes obsessionnels</b>
<b>10. Anxiété psychique</b>	<b>22. Sentiment d'impuissance</b>
<b>11. Anxiété somatique</b>	<b>23. Sentiment d'être sans espoir</b>
<b>12. Symptômes somatiques gastro-intestinaux</b>	<b>24. Sentiment de dévalorisation</b>

## EXEMPLE 2 : échelle de Montgomery et Asberg MADRS

1. Tristesse apparente	6. Difficultés de concentration
2. Tristesse exprimée	7. Lassitude
3. Tension intérieure	8. Incapacité à ressentir
4. Réduction de sommeil	9. Pensées pessimistes
5. Réduction de l'appétit	10. Idées de suicide

### 3.4.2. Instruments d'auto-évaluation

- Questionnaire de dépression de **Beck** ou **BDI** (1961) dont il existe 3 versions (13, 21, 25 items). Les items sont cotés de 0 à 3
- Questionnaire de dépression ou **QD** de **Pichot** (1984) dont il existe une forme longue QD2 (52 items) et une forme abrégée QD2A à 13 items binaires.
- Questionnaire de **Carroll** (1981) : correspond d'assez près à la HDRS. 52 items binaires.
- Questionnaire Center for Epidemiologic Studies Depression scale ou **CES-D** (**Radloff**, 1977) : 20 items cotés de 0 à 3

## 3.5. ECHELLES D'ANXIÉTÉ

### 3.5.1. Instruments d'hétéro-évaluation

- Echelle d'anxiété de **Hamilton** ou **HARS** (1959) : 14 items cotés de 0 à 4
- Echelle brève d'anxiété de **Tyrer** (1984) : 10 items cotés de 0 à 6
- Echelle de **Covi** (Lipman & Covi 1976) : 3 items cotés de 1 à 5
- Diagramme **FARD** de **Ferreri** (1988) : 12 items cotés de 0 à 6

- Echelle d'anxiété de l'AMDP ou **AMDP-AT (Bobon, 1985)** : 17 items cotés de 0 à 5

On trouve aussi des instruments qui mesurent des **aspects particuliers de l'anxiété** :

- L'échelle d'évaluation des **phobies, attaques de panique, et anxiété généralisée de Cottraux (1993)**, est un instrument simple qui permet de mesurer simultanément plusieurs aspects particuliers de l'anxiété.
- L'**inhibition anxieuse** par l'échelle de **Widlöcher et Pull WP2 (1988)** : 10 items cotés de 0 à 4
- Les **phobies** sont plutôt mesurées par des auto-questionnaires (cf ci-dessous)
- Les **obsessions**, avec la **liste des activités compulsives de Marks (1977)** qui comporte 37 items cotés de 0 à 3, et qui peut aussi être utilisée en auto-évaluation, et l'échelle d'obsession-compulsion de Yale Brown ou **YBOCS de Goodman et al (1989)** qui comporte 10 items cotés de 0 à 4

#### **EXEMPLE 1 : ECHELLE D'APPRÉCIATION DE L'ANXIÉTÉ DE HAMILTON - HARS**

<b>1. HUMEUR ANXIEUSE</b> Inquiétude - Attente du pire - Appréhension (anticipation avec peur) - Irritabilité	<b>8. SYMPTOMES SOMATIQUES GENERAUX (SENSORIELS)</b> Tintement d'oreilles - Vision brouillée - Bouffées de chaleur ou de froid - Sensations de faiblesse - Sensations de picotements
<b>2. TENSION</b> Sensations de tension - Fatigabilité - Impossibilité de se détendre - Réactions de sursaut - Pleurs faciles - Tremblements - Sensations d'être incapable de rester en place	<b>9. SYMPTOMES CARDIOVASCULAIRES</b> Tachycardie - Palpitations - Douleurs dans la poitrine - Battements des vaisseaux - Sensations syncopales - Extrasystoles
<b>3. PEURS</b> Du noir - Des gens qu'on ne connaît pas - D'être abandonné seul - Des gros animaux, etc - De la circulation - De la foule	<b>10. SYMPTOMES RESPIRATOIRES</b> Poids sur la poitrine ou sensation de constriction - Sensations d'étouffement - Soupirs - Dyspnée
<b>4. INSOMNIE</b> Difficultés d'endormissement - Sommeil interrompu - Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil - Rêves pénibles -	<b>11. SYMPTOMES GASTRO-INTESTINAUX</b> Difficultés pour avaler - Vents - Dyspepsie - Douleur avant/après le repas - Sensations de brûlure - Ballonnements - Pyrosis - Nausées - Vomissements - Creux à

Cauchemars - Terreurs nocturnes	l'estomac - Coliques abdominales - Borborygmes - Diarrhée - Perte de poids - Constipation
5. FONCTIONS INTELLECTUELLES (COGNITIVES) Difficultés de concentration - Mauvaise mémoire	12. SYMPTOMES GENITO-URINAIRES Aménorrhée - Ménorragies - Apparition d'une frigidité - Mictions fréquentes - Urgence de la miction - Ejaculation précoce - Absence d'érection - Impuissance
6. HUMEUR DEPRESSIVE Perte des intérêts - Ne prend plus plaisir à ses passe-temps - Dépression - Insomnie du matin - Variations de l'humeur dans la journée	13. SYMPTOMES DU SYSTEME NERVEUX AUTONOME Bouche sèche - Accès de rougeur - Pâleur - Tendance à la sudation - Vertiges - Céphalée de tension - Horripilation
7. SYMPTOMES SOMATIQUES GENERAUX (MUSCULAIRES) Douleurs et courbatures dans les muscles - Raideurs musculaires - Sursauts musculaires - Secousses cloniques - Grincements des dents - Voix mal assurée	14. COMPORTEMENT LORS DE L'ENTRETIEN (GENERAL) : Tendu, non à son aise - Agitation nerveuse des mains - Tripote ses doigts - Serre les poings - Tics - Serre son mouchoir - Instabilité va-et-vient - Tremblement des mains - Front plissé -  Faciès tendu - Augmentation du tonus musculaire - Respiration haletante - Pâleur faciale (PHYSIOLOGIQUE) : Avale sa salive - Eructations - Tachycardie au repos - Rythme respiratoire à plus de 20/mn - Réflexes tendineux vifs - Tremblement - Dilatation pupillaire - Exophtalmie - Sudation - Battements des paupières

---

### EXEMPLE 2 : ÉCHELLE D'ANXIÉTÉ DE COVI

**1. DISCOURS DU SUJET : Nerveux, pas dans son assiette, agité, effrayé sans raison, peureux, tendu, noué, doit éviter certaines conduites, certains lieux, difficultés à se concentrer.**

**2. COMPORTEMENT : Semble effrayé, mal à l'aise, agité, angoissé.**

**3. PLAINTES SOMATIQUES : Sudation, tremblements, sensation de striction cardiaque, tachycardie, oppression respiratoire, sensation de chaud ou froid, sommeil agité, estomac noué, boule dans la gorge.**

---

### 3.5.2. Instruments d'auto-évaluation

- Echelle de **Zung** (**Zung**, 1965) : 20 items cotés de 0 à 3
- Questionnaire **BATE** de **De Bonis** (1975) explore séparément l'anxiété-trait et l'anxiété-état : en fait deux questionnaires, l'un de 37 items, l'autre de 40, cotés de 0 à 4.
- State-Trait Anxiety Inventory ou **STAI** de **Spielberger** (1983) explore lui aussi séparément l'anxiété-trait et état : deux formes YA et YB, 40 items au total, cotés de "non" à "oui", sur 4 paliers.

**Et, pour les aspects spécifiques (phobies et obsessions),**

- le **questionnaire de peurs de Marks et Matthews** (1979) : 17 items cotés de 0 à 8 selon l'intensité de l'évitement
- L'échelle des peurs (**Fear Survey Schedule III**) de **Wolpe et Lang** (1964) : 72 items cotés de "pas du tout" à "énormément"
- L'**échelle d'affirmation de soi de Rathus** (1973) utilisée dans la phobie sociale, comprend 30 items cotés de 1 à 6.
- La **liste des activités compulsives** (cf ci-dessus en hétéro-évaluation).

### 3.6. ECHELLES MIXTES

Exemple: Auto-questionnaire **HAD** de **Zigmond et Snaith** (1983): 14 items (7 d'anxiété, 7 de dépression) Paliers de cotation = 0 à 3

#### Echelle HAD

(A) 01. Je me sens tendu ou énervé

(D) 02. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

(A) 03. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

(D) 04. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

(A) 05. Je me fais du souci

(D) 06. Je suis de bonne humeur

(A) 07. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté

(D) 08. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

(A) 09. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

(D) 10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

(A) 11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

(D) 12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

(A) 13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

(D) 14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

*NB : A = items d'anxiété D = items de dépression*

### **3.7. ECHELLES UTILISÉES DANS LES PSYCHOSES**

#### **3.7.1. Dans la schizophrénie**

- Positive and Negative Symptom Scale ou **PANSS** de **Kay** et al (1987) : 30 items cotés de 1 à 7
- Scale for the Assessment of Negative Symptoms ou **SANS** d'**Andreasen** (1989) : 34 items cotés de 0 à 5.
- Scale for the Assessment of Positive Symptoms ou **SAPS** d'**Andreasen** (1984) : 25 items cotés de 0 à 5.

#### **3.7.2. Dans la manie**

- Mania Rating Scale ou **MRS** de **Young** et al (1978) :
- La **Bech Rafaelsen** Mania Rating Scale ou **BRMS** (1979) : 11 items cotés de 0 à 4

## 3.8. AUTRES DOMAINES EXPLORÉS PAR LES ÉCHELLES ET QUESTIONNAIRES

### 3.8.1. En psychopathologie

- Pour la démence d'**Alzheimer**, on peut citer au moins deux instruments :
  - le Mini Mental State Examination ou **MMSE** de Folstein, surtout utilisé pour le dépistage. Ci-dessous, la version du **MMSE** traduite et mise à disposition par le Groupe de Réflexion sur les Évaluations Cognitives (GRECO). Le score global du MMSE varie de 0 à 30.

**Encadré 2**  
**Mini-Mental State Examination.**  
Version GRECO, 1999

**NOM :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_  
**Date :** \_\_\_\_\_ **Examineur :** \_\_\_\_\_  
**SCORE :** \_\_\_\_\_

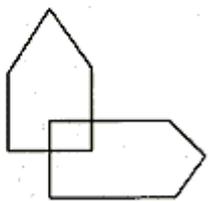
**Orientation** (1 point par réponse juste; maxm A = 5; B = 5)  
A. – « En quelle année sommes nous ? »  
– « En quelle saison ? »  
– « En quel mois ? »  
– « Quel jour du mois ? »  
B. – « Dans quelle ville sommes nous ? »  
– « Dans quel département est située cette ville ? »  
– « Dans quelle province est situé ce département ? »  
– « Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ? »  
– « A quel étage sommes-nous ? »

**Apprentissage** (1 point par mot répété correctement; maxm 3)  
– « Je vais vous donner 3 mots, je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir, je vous les redemanderai tout à l'heure : citron, clé, ballon (cigare, fleur, porte) »  
[Nombre d'essais pour une répétition correcte : maxm 6]

**Attention et calcul** (1 point par soustraction exacte; num 5)  
– « Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois jusqu'à ce que je vous arrête »  
[Faire effectuer 5 soustractions]  
[« Voulez-vous m'épeller le mot « monde » à l'envers, en commençant par la dernière lettre. »  
EDMON:]

**Rappel des 3 mots** (1 points par mot rappelé, maxm 3)

**Langage, praxies**  
– « Comment s'appelle cet objet ? Crayon, montre (1 point par objet; maxm 2)  
– « Répétez ma phrase : Pas de mais, de si, ni de et »  
(1 point seulement si la répétition est parfaitement correcte)  
– « Prenez mon papier dans la main droite, pliez-le en deux et jetez-le par terre »  
(1 point par partie de la consigne exécutée)  
– « Faites ce qui est marqué : « FERMEZ LES YEUX »  
– « Voulez-vous recopier mon dessin » (1 point si tous les angles sont présents ainsi que l'intersection de deux côtés différents)  
– « Ecrivez-moi une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière »  
(1 point si au moins un sujet et un verbe)



- l'Alzheimer Disease Assessment Scale ou **ADAS** de Rosen et al, dont on dérive plusieurs scores un score total (0-120) un score cognitif (**ADAS-cog** variant de 0-70) et un score non-cognitif (variant de 0 à 50).
- L'agressivité
- Les troubles alimentaires

### **3.8.2. Selon les âges**

- enfant : échelles et questionnaires de comportement, d'autisme, etc..
- personnes âgées

### **3.8.3. Aspects sociaux**

- autonomie
- adaptation sociale
- réseaux sociaux
- qualité de vie

## **4. UTILISATION DES ECHELLES**

Il existe trois champs principaux d'application des échelles

- La recherche clinique
- la recherche épidémiologique
- Les essais thérapeutiques

Ces instruments sont théoriquement utilisables en pratique clinique quotidienne, mais rares sont les psychiatres qui en font un usage régulier.

### **4.1. RECHERCHE CLINIQUE :**

- Etude du regroupement de symptômes des troubles mentaux ("analyses factorielles").
- Etude de regroupements de patients (analyses statistiques "en clusters")

### **4.2. RECHERCHE ÉPIDÉMIOLOGIQUE :**

Dépistage et/ou diagnostic de certains troubles mentaux (anxieux et/ou dépressifs en particulier), en population générale ou en milieu médico-chirurgical. Certains questionnaires (type GHQ, HAD, QD2A) sont validés dans ce but.

### 4.3. ESSAIS THÉRAPEUTIQUES

Les échelles peuvent servir :

- Lors de l'inclusion des patients (sur la base d'un score seuil minimum)
- Pour mesurer l'efficacité du traitement
- Pour évaluer les effets indésirables

Plusieurs instruments peuvent être utilisés en fonction des différents objectifs de l'étude.

#### 4.3.1. Lors de l'inclusion

- Une échelle peut servir à appliquer un critère catégoriel, par exemple à **sélectionner un type de dépression**, comme les dépressions dites endogènes, avec l'échelle de Newcastle.
  - Sinon, la plupart du temps, on applique un critère dimensionnel de sévérité par **fixation d'un score-seuil**, par ex : 20 à la MADRS, 18 pour la HDRS-17 ou 23 pour la HDRS-24.

#### 4.3.2. Mesure de l'efficacité du traitement

Il existe deux façons d'analyser l'efficacité d'un traitement (qui peuvent être associées) :

- Choix d'un **critère binaire** ou catégoriel : détermination des **répondeurs** ou des patients considérés comme guéris. Actuellement on dit plutôt rémission partielle et rémission totale. Une réduction de 50% du score initial est volontiers utilisée comme critère de rémission partielle. L'obtention d'un score final en-dessous d'un certain seuil est volontiers utilisée pour définir les rémissions totales. Par exemple un score compris entre 7 et 10 pour la HDRS-17. Ces critères ont chacun leurs avantages et inconvénients. Par exemple un score-seuil sera atteint plus facilement en cas de trouble léger ou modéré qu'en cas de trouble sévère.
- Choix d'un **critère quantitatif** : étude des différences de scores moyens à la fin de l'essai. On peut aussi étudier les différences de changement (la variable d'intérêt n'est plus le score global mais la différence de score entre J0 et la fin de l'essai).

- Parfois, au lieu de procéder à l'analyse du score global, on étudie des **sous-scores** (sous-dimensions), validés par des études psychométriques préalables. Cette stratégie doit être spécifiée dans le protocole a priori, et non pas décidée a posteriori. C'est la même chose pour les items isolés : certains items sont considérés par tel ou tel auteur comme des symptômes-cibles du traitement. L'analyse item par item, si elle est envisagée a priori (il faut refuser les analyses a posteriori), ne peut servir de critère d'analyse principal (le dogme dit : un essai = une question = un critère), et le seuil de significativité alpha retenu doit être ajusté au nombre de tests pratiqués.

#### 4.3.3. Evaluation des effets indésirables

Au lieu d'un recueil des effets indésirables ouvert ou dirigé par appareil, il est possible de vérifier la présence d'effets indésirables au moyen de check-lists ou d'échelles (cf différence entre échelles et check-list plus haut). Ces instruments doivent être couplés à un recueil libre au cas où un effet secondaire rare, non listé, survienne. Parfois lourds d'utilisation, ils permettent néanmoins d'étudier des dimensions d'effets secondaires qui ont tendance à varier en commun (ex : syndrome anticholinergique des antidépresseurs).

##### Instruments :

- La check-list d'évaluation des symptômes somatiques ou **CHESS 84** de **Guelfi et Pull** (1983) : 67 items avec un système de codage complexe mesurant l'intensité et le rapport possible avec le traitement
- Echelle **UKU** est utile plutôt pour les neuroleptiques (**Lingjaerde** et al, 1987) : 48 items cotés de 0 à 3
- Echelle d'effets secondaires extrapyramidaux de **Simpson et Angus** (1970)

## 5. RÈGLES GÉNÉRALES D'UTILISATION DES ECHELLES

- Respect du cadre psychopathologique de validation
- Apprentissage (séances d'entraînement à la cotation)
- Respect des **règles de passation** :
  - Intervalle entre 2 cotations 4-8 jours : évite l'effet "test-retest" donne une période d'évaluation suffisante.
  - Horaires identiques d'une cotation à l'autre pour contrôler l'influence des variations nyctémérales

- Consignes pour le recueil des données : se fier aux réponses du sujet plus qu'à ses propres interprétations, coter 0 tout item non documenté, faire appel aux sources d'information extérieures (famille, personnel soignant ...)

## 6. CONCLUSIONS

Les échelles d'évaluation offrent de nombreux avantages, notamment en permettant une rigueur du recueil d'information clinique, en facilitant la communication scientifique grâce aux possibilités d'utilisation des méthodes statistiques. Cependant, il existe des inconvénients, comme une croyance fétichiste dans les chiffres, l'absence d'évolution concertée des échelles une fois publiées et la multiplication de versions empêchant les comparaisons, les incertitudes sur la validité (de construct) et la fidélité inter-juges qui sont souvent mal évaluées, le caractère astreignant du remplissage, qui peut représenter une gêne dans la relation-malade, entraînant le médecin à coter de façon rapide et approximative.

## 7. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), 4th edn, Washington D.C., American Psychiatric Association press, 1994
2. Andreasen NC. Scale for the assessment of positive symptoms (SAPS). University of Iowa Press, 1984. Iowa City.
3. Andreasen NC. Scale for the assessment of negative symptoms (SANS). British Journal of Psychiatry. 1989, vol. 155, supplement 7, 53-58.
4. Marie Asberg [et al.]. The CPRS : development and applications of a psychiatric rating scale. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1978, no. 271.
5. Bech et al. The Bech-Rafaelsen mania scale and the Hamilton depression scale : evaluation of homogeneity and inter-observer reliability. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1979, vol. 59, p. 420-430.
6. Bech P, Rafaelsen OJ (1980). The use of rating scales exemplified by a comparison of the Hamilton and the Bech-Rafaelsen melancholia scale. Acta Psychiatr. Scand. suppl. 285, 128-131
7. Beck AT et al. An inventory for measuring clinical anxiety : psychometric properties.. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1988, vol. 56, p. 893-897.
8. Beck AT et al. An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry. 1961, vol. 4, p. 561-571
9. Bobon DP. Le manuel AMDP. Presses Universitaires de Liège. 1978. Liège.
10. Bobon DP. Construction et validation préliminaire d'une échelle d'anxiété extraite de l'AMDP francophone, l'AMDP-AT. L'Encéphale 1985, 11:107-111

11. Bonis M de, Ferrey G. Anxiété-trait, anxiété-état, changement réel, changement apparent. *L'Encéphale* 1975, 1:53-60
12. Carmines EG, Zeller RA. Reliability and Validity Assessment. SAGE University Papers. Beverly Hills, 1979
13. Carroll BJ et al. The Carroll Rating Scale for Depression : I. Development, reliability and validation. *British Journal of Psychiatry* 1981, 138:194-200
14. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Academic Press, New York, 1977
15. Cooper J. The Leyton obsessional inventory. *Psychological Medicine*. 1970, vol. 1: 48-64.
16. Cottraux J. Echelle d'évaluation des phobies, attaques de panique, et anxiété diffuse in Guelfi JD (ed). *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie*. Editions médicales Pierre Fabre. Castres, 1993, tome 1, 391-396
17. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951, 16:297-334 Derogatis LR et al. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale- Preliminary report. *Psychopharmacol. Bull.* 1973, 9: 13-28
18. Ferreri M, Rufin JC. Le diagramme HARD. *Pratique Médicale* 1984, 33:39-42  
Ferreri M et al. Une nouvelle échelle d'évaluation quantitative et qualitative de l'anxiété, le FARD. *L'Encéphale* 1988,15:365-393
19. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J psychiat Res* 1975; 12: 189-98.
20. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. Maudsley Monograph n°21, Oxford university Press. 1972. Oxford.
21. Goodman WK et al. The Yale-Brown obsessive compulsive scale, I : development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*. 1989, vol. 46:1006-1011.
22. Goodman WK et al. The Yale-Brown obsessive compulsive scale, II : validity. *Archives of General Psychiatry*. 1989, vol. 46, p. 1012-1016
23. Guy W. Early Clinical Drug Evaluation (ECDEU) assesment manual for psychopharmacology. National Institute of Mental Health, Publication Number 76-336. Rockville. (USA), 1976
24. Guelfi JD et al . La CHESS. Utilisation dans la pathologie anxieuse et dépressive. Structure factorielle. *Ann Médico-Psychologiques* 1983, 141:257-278
25. Guelfi JD (ed). *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie*. Editions médicales Pierre Fabre. Castres, 1993 (2 tomes)
26. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *British Journal Med. Psychol.* 1959, 32:50-55

27. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of the Society of Clinical Psychology*, 1967, 6, 278-296
28. Harman HH. *Modern factor analysis*. University of Chicago Press. Chicago 1979  
Hays RD,
29. Hadorn D. Responsiveness to change: an aspect of validity, not a separate dimension. *Qual Life Res* 1992; 1:73-75
30. Kay SR et al. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1987, vol. 13, p. 261-276
31. Lingjaerde O. et al. The UKU side effect rating scale : a new comprehensive rating scale for psychotropic drugs and a cross-sectional study of side effects in neuroleptic-treated patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*. 1987, no. 334.
32. Lipman R, Covi L. Outpatient treatment of neurotic depression : medication and group psychotherapy. In Spitzer RL & Klein DL (eds) *Evaluation of the psychological therapies*. John Hopkins University Press. 1976. Baltimore.
33. Luborsky L Clinician's judgment of mental health: proposed scale. *Arch Gen Psychiatry* 1962,7:407-417
34. Marks I, Hallam R, Connolly J, Philpott R. *Nursing in behavioral psychotherapy*. Royal College of nursing, 1977, White Friars Press, London.
35. Marks I, Matthews M. Brief standard self-rating for phobic patients. *Beh Res Ther* 1979, 17:263-267
36. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry* 1979, vol. 134, p. 382-389.
37. Nunnally JC. *Psychometric theory*. Mcgraw-Hill. New-york, 1978
38. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*. 1962, vol. 10, pp799-812.
39. Pichot P et al. Un questionnaire d'auto-évaluation de la symptomatologie dépressive : le QD2. Construction, structure factorielle, propriétés métrologiques. 1984, 3:229-250
40. Radloff LS. The CES-D scale : a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*. 1977, 1:385-401
41. Rathus SA. A thirty item Schedule fir Asserting Assertive Behavior. *Behavior Therapy* 1973,4:298-406
42. Rosen WG et al. A New rating Scale for Alzheimer's Disease *Am J Psychiatry* 1984 ; 141 ; 11 : 1356-1364
43. Spielberger CD. *Manual for the State Trait Anxiety Inventory (form Y)*. Consulting Psychologists Press, 1983. Palo Alto, Ca.

44. Tyrer R et al. The brief scale for anxiety : a subdivision of the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *J Neeurol Neurosurg Psychiatry* 1984, 47:970-975
45. Widlöcher D. Psychomotor retardation : clinical, theoretical and psychometric aspects. *Diagnosis and treatment of affective disorders. Psychiatric Clinics of North America* 1983, 6, 1:27-40
46. Widlöcher D, Pull CB. La WP, une échelle d'évaluation de l'inhibition anxieuse. *L'Encéphale* 1988, 14:139-146
47. Wolpe J, Lang PJ. A Fear Survey Schedule for use in behaviour therapy. *Beh Res Ther* 1964, 2:27-30
48. World Health Organization. International Classification of diseases, 10th revision. World Health Organization. Geveva, 1992
49. Wright, BD, & Masters GN. Rating Scale Analysis. Chicago: MESA Press, 1982.  
Young RC. A rating scale for mania : reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry*. 1978, vol. 133, p. 429-435.
50. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983, vol. 67, p. 361-370.
51. Zung WWK. A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics* 1965, 12: 371-379