

# COMMENT « SE FAIT » UN DIAGNOSTIC DE DÉPRESSION ?

---

Recherche menée par **David GOURION**

Psychiatre, PARIS



FONDATION  
Pierre Deniker  
POUR LA RECHERCHE & LA PRÉVENTION EN  
SANTÉ MENTALE

# Comment « se fait » un diagnostic de dépression

Les périodes de tristesse intense sont des aspects inhérents à l'expérience humaine, et la question de fond est celle de la différenciation entre la dépression majeure et la tristesse « normale », celle qui représente une réaction adaptative face à un événement de vie défavorable. Cette distinction a des conséquences cliniques, scientifiques, thérapeutiques, éthiques et politiques majeures. Dans cet article, le Dr. David Gourion présente un point de vue nosographique et opérationnel de la dépression, selon les critères internationaux de référence et souligne la part importante du jugement clinique et subjectif du praticien pour fixer le seuil de ce qui sera considéré comme une souffrance « significative ». Plusieurs éléments complémentaires permettant de rendre compte de la sévérité de la dépression de manière dimensionnelle sont présentés ainsi que les principaux instruments d'évaluation de la dépression. Force est de constater que la moitié des patients dépressifs ne sont ni diagnostiqués, ni traités. Face à ce constat préoccupant, une meilleure formation clinique des médecins et l'aide des outils de dépistage et d'évaluation disponibles devraient permettre d'optimiser le diagnostic de dépression majeure.

## SOMMAIRE

<b>De quels résultats communément admis disposons-nous ?</b>	p.3
<b>Comment les obtenons-nous ?</b>	p.3
<b>Qu'en tirons-nous comme connaissances ?</b>	p.9
<b>Qu'en faisons-nous concrètement ?</b>	p.9
<b>Références</b>	p.10
<b>Biographie</b>	p.12

**NOTA BENE :** Les numéros entre crochets dans le texte correspondent aux références bibliographiques situées à la fin du document (Exemple: [1] correspond à Ref. [1] sur la page 10).

## De quels résultats communément admis disposons-nous ?

1. La **prévalence**, généralement exprimée en pourcentage, est la proportion de cas d'une maladie donnée dans une population.

2. Voir l'article n°4 : « **Dépression et suicide** » (Dr. E. Hantouche), Le Livre Blanc de la Dépression.

3. La **nosographie** est la discipline de la médecine qui s'intéresse à la description et à la classification des troubles et des maladies.

4. **DSM** est l'acronyme de l'anglais Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ; IV est le numéro de version (il s'agit ici de la quatrième version de ce manuel, publiée en 1994 ; la première version datait de 1952) ; TR est l'acronyme de Texte Révisé, qui correspond à une mise à jour du texte datant de 2000.

5. C'est-à-dire fondée sur la définition des troubles par la conjonction de plusieurs critères, la présence de chacun des critères n'étant pas nécessairement requise pour porter le diagnostic.

6. **Clinique** signifie ici « que l'on peut observer par examen direct du patient, sans appareil ni examen de laboratoire ».

La prévalence<sup>1</sup> de la dépression en population générale est élevée : le taux de prévalence sur 12 mois et sur la vie entière ont été respectivement de 6,0 % et 21,4 % pour les épisodes dépressifs majeurs et de 1,6 % et 7,9 % pour la dysthymie [1].

Ces mêmes études de prévalence en population française montrent que près de la moitié des patients dépressifs ne sont ni diagnosti-

qués, ni traités, alors même que les taux de suicide demeurent élevés, et que la dépression est l'un des principaux facteurs de risque de suicide<sup>2</sup>.

Face à ce constat préoccupant, une meilleure formation clinique des médecins généralistes et l'aide des outils de dépistage et d'évaluation disponibles devraient permettre d'optimiser le diagnostic de dépression majeure.

## Comment les obtenons-nous ?

### LES CRITÈRES INTERNATIONAUX DE DIAGNOSTIC DE DÉPRESSION

D'un point de vue nosographique<sup>3</sup> et opérationnel, notamment pour la recherche, le DSM-IV-TR<sup>4</sup> [2] s'avère la référence la plus utilisée dans le monde. Dans cette nosographie polythétique<sup>5</sup>, le DSM requiert la présence d'au moins 5 critères cliniques<sup>6</sup> parmi 9, d'un critère de durée, et d'un critère de retentissement (perturbation du fonctionnement et/ou souffrance « cliniquement significative »). Cette définition « statistique » laisse bien entendu la part belle au jugement clinique et subjectif du praticien pour fixer le seuil de ce qui sera

considéré comme une souffrance « significative ». Mais, dans la pratique, il est rare que des patients rapportent cinq symptômes dépressifs simultanés sans n'en ressentir aucune gêne.

Pour le DSM-IV-TR, l'épisode dépressif majeur (EDM) constitue l'unité de base des troubles dépressifs (voir le tableau n°1 page suivante). Malgré l'emploi de l'adjectif « majeur », traduction de l'anglais major, le diagnostic d'EDM correspond à un état dépressif caractérisé, sans préjuger de la sévérité de celui-ci.

Une fois le diagnostic d'EDM vérifié, plusieurs éléments complémentaires

**FIGURE n°1**  
**(ci-contre)**

Critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur selon le DSM-IV-TR et illustration clinique des symptômes principaux.

**A.** Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

	Symptômes	Illustration clinique
1	Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours signalée par le sujet (par exemple : se sent triste ou vide) ou observée par les autres (par exemple : pleure).	Une jeune femme de 27 ans, infirmière, consulte pour la première fois. Elle se sent triste et abattue depuis plusieurs semaines. Son désarroi est d'autant plus important qu'elle n'arrive pas à trouver de cause à cette tristesse permanente (« j'ai pourtant tout pour être heureuse » nous dit-elle, sachant qu'il n'y a pas eu de changement notable dans sa vie, qu'elle juge satisfaisante et stable, ni pour elle, ni pour son entourage familial).
2	Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observé par les autres).	Cette jeune femme, outre son travail, a deux passions : l'équitation et le cinéma. Mais depuis trois mois, elle a arrêté de monter à cheval, et n'est pas retournée une seule fois dans une salle obscure. Elle dit simplement qu'elle n'en a plus envie, sans savoir pourquoi : « tout est devenu vide, sans intérêt... je préfère rester chez moi à m'abrutir devant la télé ».
3	Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (par exemple : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.	Elle a noté une forte augmentation de son appétit, avec des fringales qui la conduisent à consommer de grandes quantités de produits sucrés en quelques minutes. De fait, elle a grossi de 6 kgs en 1 mois.
4	Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.	Elle dort mal, son sommeil est agité, et elle se réveille plusieurs fois au milieu de la nuit. Le matin, elle se sent fatiguée dès le réveil.
5	Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).	Elle a le sentiment, selon ses termes, de fonctionner au ralenti : elle parle plus lentement, réagit peu, et dit avoir l'impression d'être engluée dans de la mélasse.
6	Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.	C'est le symptôme qui la gêne le plus : « je me sens vidée toute la journée, alors que je n'ai rien fait, c'est très pénible ».

7	Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire prier ou se sentir coupable d'être malade).	C'est le symptôme qui la gêne le plus : « je me sens vidée toute la journée, alors que je n'ai rien fait, c'est très pénible ».
8	Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalées par le sujet ou observées par les autres).	Elle présente des difficultés de concentration qui la gênent notamment dans son activité professionnelle (difficultés à faire des choix, lenteur à réagir, troubles de la mémoire).
9	Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, ou tentative de suicide, ou plan précis pour se suicider.	Il lui arrive parfois de penser à la mort, mais sans plan suicidaire précis ; elle se dit juste que si un éclair la foudroyait, cela ne serait pas plus mal.

**B.** Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

**C.** Les symptômes traduisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

**D.** Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou une affection médicale générale (par exemple hypothyroïdie).

**E.** Les symptômes ne sont pas expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de 2 mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

permettent de rendre compte de sa sévérité de manière dimensionnelle. La spécification de sévérité comporte quatre niveaux : léger, moyen, sévère sans caractéristiques psychotiques et sévère avec caractéristiques psychotiques. Elle repose sur le nombre de symptômes présents, sur le degré de retentissement fonctionnel, et sur la présence de symptômes psychotiques pour le dernier niveau. Par ailleurs, il est possible d'indiquer qu'un épisode dépressif est en rémission (partielle ou complète), si les symptômes étaient présents dans le passé

mais ne sont plus suffisamment nombreux pour répondre aux critères diagnostiques d'un EDM.

Dans le DSM-IV-TR, d'autres spécifications d'un EDM peuvent refléter sa sévérité. Il est possible tout d'abord de spécifier EDM « chronique », si les symptômes sont présents continuellement depuis au moins deux ans. Par ailleurs, les caractéristiques « catatoniques » et « mélancoliques » peuvent être appliquées, et marquent habituellement un degré supplémentaire de sévérité, même si

**7. Le test de non suppression à la dexaméthasone** a pour objectif d'examiner le fonctionnement des mécanismes de régulation du cortisol. Le cortisol est une hormone stéroïde produite par les glandes surrénales. Différentes hypothèses ont été émises sur ses relations avec les troubles dépressifs, en particulier avec les caractéristiques mélancoliques.

**8. ECT** : électroconvulsivothérapie ou Sismothérapie. L'ECT consiste à provoquer une convulsion (crise comitiale) par un choc électrique exercé sur le crâne d'un patient anesthésié. Pour connaître d'avantage cette technique et son application dans le cadre de la dépression, voir l'article n°16-1: « **Dépression et ECT** » (Dr. F. Mouaffak), Le Livre Blanc de la Dépression.

**9. Une « échelle »** est une liste de questions, portant en l'occurrence sur les symptômes de la dépression, dont les réponses sont associées à des scores numériques. L'addition des scores de chacune des réponses fournit un score numérique global, qui donne une évaluation de la sévérité de la dépression.

**10.** Le questionnaire est rempli par le patient lui-même.

**11.** Le questionnaire est rempli par le médecin.

**12.** Pour une comparaison rapide des deux échelles : **Consulter le lien**

les définitions données ne correspondent pas exactement aux représentations de la clinique psychiatrique classique de la mélancolie. Les caractéristiques catatoniques peuvent avoir comme conséquences une malnutrition, un épuisement, une hyperthermie ou des auto-mutilations, ce qui représente à l'évidence des marqueurs de gravité clinique. De même, le DSM-IV-TR indique que les caractéristiques mélancoliques sont moins fréquentes chez les patients non hospitalisés et dans les EDM légers, et plus fréquentes lorsqu'il existe des caractéristiques psychotiques et diverses anomalies biologiques (non suppression du test à la dexaméthasone, hypercorticisme, etc.<sup>7</sup>). Il est également mentionné que les caractéristiques mélancoliques répondent le plus souvent aux traitements antidépresseurs ou aux sismothérapies<sup>8</sup>, et sont peu associés à des troubles de la personnalité prémorbide, à des facteurs déclenchant nets et à une réponse placebo.

Les critères de mélancolie sont basés sur la présence au cours d'une dépression de réveils matinaux précoces, d'un net ralentissement psychomoteur, et d'idées de culpabilité, de ruine et d'incurabilité.

Les critères de catatonie reposent sur la présence d'un ensemble de troubles psychomoteurs caractérisés par l'inertie et le négativisme avec absence totale de réaction aux stimulations. Elle peut être associée à des contractions de certains groupes musculaires entraînant des attitudes figées, paradoxales.

## LES ÉCHELLES D'ÉVALUATION POUR LE DIAGNOSTIC DE DÉPRESSION

Des échelles<sup>9</sup> d'évaluation sous forme d'auto<sup>10</sup> et d'hétéro<sup>11</sup>-questionnaires ont

été largement développées pour aider le clinicien d'une part à confirmer le diagnostic de dépression, d'autre part à en juger de la sévérité sur les différentes dimensions cliniques (ralentissement, idées de suicide, troubles du sommeil, etc.). Ces échelles sont très utiles, tant dans la pratique clinique, que dans les essais thérapeutiques. Leurs qualités psychométriques ont été étudiées et sont connues : validité interne, validité externe, fidélité inter-juge, et sensibilité au changement.

Parmi les nombreuses échelles d'évaluation de la dépression, on peut considérer comme des références la MADRS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale) [3], la HDRS (Hamilton Depression Rating Scale souvent dite « échelle de Hamilton ») [4] (deux échelles hétéro-administrées<sup>12</sup>), et la BDI (Beck Depression Inventory) [5] (échelle auto-administrée). Par principe, ces instruments mesurent la dépression de manière dimensionnelle, avec comme principal objectif une bonne sensibilité au changement pour mesurer une amélioration symptomatique après traitement. Leur construction repose sur l'hypothèse d'une continuité linéaire de la sévérité, en tout cas dans la gamme d'intensité habituelle des états dépressifs rencontrés en clinique. Il ne s'agit pas de définir des sous-types de dépression de manière qualitative, et jamais de poser directement un diagnostic.

Ainsi l'échelle de Hamilton est une échelle de dépression, qui, avec la MADRS, fait partie des instruments les plus utilisés dans le monde pour évaluer la sévérité de la dépression ainsi que la réponse au traitement psychopharmacologique. Ces échelles correspondent à une vision unidimensionnelle de la dépression. Pour autant, la dépression semble couvrir

**13. L'analyse factorielle** a pour but de synthétiser des données issues de multiples variables (par exemple les réponses aux différentes questions d'une échelle de dépression) par des nouvelles variables en nombre plus faible, combinaisons des variables d'origines construites par des méthodes d'analyse mathématiques. Ces nouvelles variables sont appelées « facteurs » (ou axes factoriels). Ces variables (facteurs) sont donc générées par la méthode d'analyse, et les qualités du résultat (psychométriques ici, puisqu'il s'agit d'échelle de mesure de paramètres psychologiques) peuvent varier selon les échelles. De nombreux portent donc sur les qualités de la structure factorielle des échelles.

de multiples facettes et une vision multi-dimensionnelle de la sévérité de la dépression présente plusieurs avantages, comparée à de plus ou moins arbitraires subdivisions catégoriques.

Néanmoins, les contraintes de la recherche et de la réalité clinique rendent nécessaire de s'entendre sur les valeurs seuils de l'échelle HAMD-17 et de la MADRS pour distinguer chez les patients, la dépression modérée, sévère et très sévère. Ce concept est largement utilisé et a plusieurs implications pour le traitement et le pronostic. Par conséquent, une gradation de sévérité fiable et cliniquement acceptable devrait être fondée sur des données provenant d'études empiriques portant sur la relation entre gradation de sévérité, traitement et pronostic. La gamme des cotations de ces échelles est suffisamment large pour rester discriminante même dans les niveaux élevés de sévérité, et la plupart des échelles incluent des items pouvant décrire des symptômes de dépression sévère. Par exemple pour la MADRS, les cotations 6 des items de difficultés de concentration (« Incapable de lire ou de converser sans difficulté »), de lassitude (« Grande lassitude, incapable de faire quoi que ce soit sans aide »), ou encore de pensées pessimistes (« Idées délirantes de ruine, de remords ou pêché inexpiable ; auto-accusations absurdes ou inébranlables ») permettent de coter de manière spécifique les éléments d'un syndrome mélancolique.

Cependant, les échelles de dépression les plus couramment utilisées, notamment la HDRS, présentent des qualités psychométriques contestées, surtout en termes de structure factorielle<sup>13</sup> [6]. Pour palier à ce déficit, des auteurs comme Bech et Rafaelsen ont développé d'autres outils, notamment une échelle

de mélancolie susceptible d'évaluer de manière plus spécifique la dimension dépressive [7]. Les travaux de validation de cette échelle restent pourtant insuffisants pour confirmer son intérêt par rapport aux outils classiques.

Des scores-seuils sont proposés comme critères d'inclusion dans les études, pour un syndrome dépressif classique ou pour une dépression sévère, mais ils sont en général peu étayés de manière empirique, et laissent donc une grande marge de choix aux utilisateurs.

En dehors de ces échelles mesurant la sévérité d'un état dépressif de manière générale, quelques outils permettent de cibler l'évaluation sur une dimension particulière, reflétant des symptômes que l'on peut considérer comme de plus forte gravité. C'est le cas par exemple de l'échelle de ralentissement dépressif (ERD) de Widlöcher [8], qui mesure spécifiquement les symptômes du ralentissement psychomoteur, considéré comme une dimension.

À côté de cette évaluation psychométrique de la dépression, fine mais chronophage en raison des durées de remplissage des questionnaires, les cliniciens de première ligne, notamment les généralistes ont besoin d'outils de dépistage simples et rapides de la dépression majeure. Sans prétendre à l'exhaustivité, nous citerons deux outils très utilisés dans le monde :

- Le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Le MINI [9] est une courte interview diagnostique structurée développée en France et aux Etats-Unis pour explorer 17 troubles selon les critères diagnostiques du DSM. Il est conçu pour être utilisé par des

14. Le coefficient Kappa est une mesure du degré d'accord inter-juges, c'est-à-dire de la mesure selon laquelle plusieurs personnes utilisant le même instrument pour évaluer une situation vont fournir une évaluation identique.

15. La sensibilité d'un instrument diagnostique mesure sa capacité à donner une réponse positive lorsque le problème diagnostiqué est réellement présent.

16. La spécificité d'un instrument diagnostique mesure sa capacité à donner une réponse négative lorsque le problème diagnostiqué est réellement absent.

17. Le coefficient Alpha de Cronbach est une mesure de la cohérence interne d'un instrument d'évaluation ou de mesure, c'est-à-dire sa capacité à rendre compte d'un unique objet sous-jacent à la mesure.

non-spécialistes. Pour chaque trouble, une ou deux questions de screening permettent d'éliminer le diagnostic lorsque la réponse est négative. Dans l'étude de validation de Lecrubier et al. [9], 346 patients ont été évalués conjointement avec le MINI et le « gold-standard » du diagnostic psychiatrique structuré, le CIDI (Composite International Diagnostic Interview), un instrument développé par l'OMS pour évaluer les troubles psychiatriques selon les critères du DSM-IV et de la CIM-10). La durée moyenne de passation est de 20 min avec le MINI. Le coefficient Kappa<sup>14</sup> (0,73), la sensibilité<sup>15</sup> (0,79) et la spécificité<sup>16</sup> (0,94) étaient élevés pour la dépression. Le MINI fournit donc un diagnostic fiable de la dépression majeure avec un temps d'évaluation bref tout à fait compatible avec la pratique clinique quotidienne.

- L'Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). Cette échelle a été développée par Zigmond et Snaithe en 1983 [10] afin d'identifier les cas probables de troubles dépressifs et anxieux chez les patients hospitalisés dans les services non-psychiatriques. Il est divisé en une sous-échelle anxiété (HAD-A) et une sous-échelle de dépression (HAD-D). Une revue de la littérature [11] portant sur 747 articles utilisant l'HAD a été réalisée pour répondre aux questions suivantes :

1. Quelle est la structure, la validité discrimi-

nante et la cohérence interne du HAD ?

2. L'HAD est-il un outil valide de dépistage des troubles anxieux et dépressifs ?

3. Quelle est la validité concourante de l'HAD avec d'autres instruments d'auto-évaluation utilisés pour le screening de l'anxiété et de la dépression ?

Les résultats de l'analyse de la structure de l'outil montrent une solution à deux facteurs en bon accord avec les sous-échelles HAD pour l'anxiété (HAD-A) et la dépression (HAD-D). Les corrélations entre les deux sous-échelles varient de 0,40 à 0,74 (moyenne 0,56). Le coefficient alpha de Cronbach<sup>17</sup> pour l'HAD-A variait de 0,68 à 0,93 (moyenne 0,83) et pour HAD-D de 0,67 à 0,90 (moyenne 0,82). Dans la plupart des études, un équilibre optimal entre la sensibilité et la spécificité était atteint pour un score « cut-off » de 8 ou plus sur chacune des deux sous-échelles. La sensibilité et la spécificité respective de l'HAD-A et de l'HAD-D étaient d'environ 0,80, très similaires à la sensibilité et à la spécificité atteinte par un autre auto-questionnaire de dépistage très utilisé, le General Health Questionnaire (GHQ) [12]. Le HAD est donc un outil performant pour le screening et l'évaluation rapide de la gravité des symptômes dépressifs des patients hospitalisés en soins primaires et dans la population générale.



## Qu'en tirons-nous comme connaissances ?

Globalement, la question de fond est celle de la différenciation entre la dépression majeure et la tristesse « normale » (celle qui représente une réaction adaptative face à un événement de vie défavorable). Cette distinction a des conséquences cliniques, scientifiques, thérapeutiques, éthiques et politiques majeures [13]. Le DMS-IV-TR précise que les périodes de tristesse intense sont des aspects inhérents à l'expérience humaine, qui ne doivent pas être diagnostiqués comme un trouble dépressif majeur, sauf lorsque les critères de gravité, de détresse, de durée et d'altération

significative du fonctionnement sont présents, et associés à d'autres signes cliniques de dépression. Cette question de la validité du diagnostic de dépression est devenue particulièrement prégnante durant les dernières décennies, compte tenu des taux élevés de prévalence de la dépression et du suicide en population générale, de l'estimation des coûts sociaux cumulés de la dépression, du nombre de patients non traités, non diagnostiqués et des volumes croissants de prescriptions d'antidépresseurs qu'interrogent régulièrement les médias.

## Qu'en faisons-nous concrètement ?

Force est de constater que, du moins en France, ces outils de dépistage et d'évaluation sont peu utilisés en pratique clinique. S'agit-il d'une différence de culture scientifique avec les pays anglo-saxons, très friands de

ce type d'outils ? Ou bien d'une plus grande confiance en la clinique phénoménologique de la dépression, dans un pays dans lequel nous avons bénéficié de l'apport d'aliénistes de grand renom ? Faut-il le déplorer ? ■

## Références

### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES CITÉES DANS L'ARTICLE

- Ref. [1] **LÉPINE JP, GASQUET I, KOVESS V, ARBABZADEH-BOUCHEZ S, NÈGRE-PAGÈS L, NACHBAUR G, GAUDIN AF.**  
"Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders in the French general population"  
Encephale, 2005 Mar-Apr • 31(2): 182-94.
- Ref. [2] **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.**  
« DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux »  
4<sup>ème</sup> édition, Texte Révisé (Washington DC, 2000). Traduction française par J.-D. Guelfi et al.,  
Masson, Paris 2003 • 1120 pages.
- Ref. [3] **MONTGOMERY SA, SMEYATSKY N, DE RUITER M, MONTGOMERY DB.**  
"Profiles of antidepressant activity with the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale"  
Acta Psychiatr, 1985 • Scand. 320, 38-42.
- Ref. [4] **HAMILTON M.**  
"A rating scale for depression"  
J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 23, 1960 • pp. 56-62.
- Ref. [5] **BECK A, WARD CH, MENDELSON M, MOCK J, ERBAUGH J.**  
"An Inventory for Measuring Depression"  
Arch Gen Psychiatry, Jun 1961 • 4: 561 - 571.
- Ref. [6] **BAGBY RM, RYDER AG, SCHULLER DR, MARSHALL MB.**  
"The Hamilton Depression Rating Scale: has the gold standard become a lead weight?"  
Am J Psychiatry, 2004 • 161: 2163-77.
- Ref. [7] **BECH P, ANDERSEN HF, WADE A.**  
"Effective dose of escitalopram in moderate versus severe DSM-IV major depression"  
Pharmacopsychiatry, 2006 • 39: 128-34.
- Ref. [8] **WIDLÖCHER D, GHOZLAN A.**  
"The measurement of retardation in depression"  
In: Hindmarch I., Stonier, P.D. (Eds.), Human Psychopharmacology: Measures and Methods, vol. 2. Wiley, New York, 1989.
- Ref. [9] **LECRUBIER, DV SHEEHAN, E WEILLER, P AMORIM, I BONORA, K HARNETT SHEEHAN, J JANAVS, GC DUNBAR.**  
"The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI"  
European Psychiatry • 12, 5, 1997, 224-231.
- Ref. [10] **ZIGMOND AS, SNAITH RP.**  
"The Hospital Anxiety and Depression Scale"  
Acta Psychiatr Scand, 1983 • 67: 361 - 70.

- Ref. [11] **BJELLAND, DAHL, HAUG, NECKELMANN.**  
"The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review"  
Journal of Psychosomatic Research • 52, 2, 2002, 69-77.
- Ref. [12] **DE-MONT-MARIN P, HARDY P, LEPINE JP, HALFON P, FELINE A.**  
"Validation of French version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a diabetic population"  
Encéphale, 1993 • 19: 293-301.
- Ref. [13] **MAJ M.**  
"Differential diagnosis between depression and 'normal sadness': A clinical, scientific and ethical issue to be addressed by DSM-V and ICD-11  
European Psychiatry, 2009 • 24, Suppl, 17th EPA Congress - Lisbon, Portugal, S98.

## REQUÊTE ACTIVE VERS UNE BASE BIBLIOGRAPHIQUE

### ARTICLES RÉFÉRENCÉS SUR PUBMED

- Avec les mots-clés : « dépression » et « diagnostic ».

### ARTICLES RÉFÉRENCÉS SUR GOOGLE SCHOLAR

- Avec les mots-clés : « dépression » et « diagnostic ».

## AUTRES LIENS UTILES

- Lire l'article de Pr. Antoine Pelissolo : « Comment « se fait » un diagnostic de dépression ? Discussion et Débats actuels » (Article n° 20-2, Le Livre Blanc de la Dépression.)
- Site de l'association américaine de psychiatrie : <http://www.psych.org/>
- Site d'information psychiatrique de référence : <http://www.psychiatryonline.com/>
- France Dépression
- SOS Dépression
- Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY)
- Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)

## Biographie



### David GOURION

Après avoir été nommé au concours de l'internat à Paris en 1997, David Gourion a exercé les fonctions de chef de clinique à l'hôpital Sainte-Anne dans le service des Pr Léo et Olié, et enseigné à la faculté de médecine de Paris. A la consultation du Service Hospitalo-Universitaire (S.H.U), il s'est spécialisé dans les troubles bipolaires et dépressifs. Il a effectué une formation scientifique sous la direction du Pr M.O Krebs, à l'issue de laquelle il a obtenu une thèse en neurosciences de l'Université Paris VI en 2005. Après avoir poursuivi des recherches à l'Université McGill sur les interactions gènes-environnement dans la dépression, il exerce actuellement en tant que psychiatre en pratique libérale à Paris.

.....

### THÈMES DE RECHERCHE

**David GOURION** est co-auteur de publications scientifiques dans des revues nationales et internationales, et écrit également pour le grand public, notamment sur la dépression (Les nuits de l'âme, en collaboration avec le Pr Henri Loo), sur la schizophrénie et sur la personnalité.

### COORDINATION SCIENTIFIQUE

**Xavier BRIFFAULT**, chercheur en sciences sociales et épistémologie de la santé mentale au Centre national de la recherche scientifique (CNRS), rattaché au CERMES3 (Centre de recherche, médecine, sciences, santé, santé mentale, société).

**Galina IAKIMOVA**, chargée de mission pour la Fondation Pierre Deniker, Paris ; Maître de conférences de psychologie à l'Université de Nice-Sophia Antipolis.

### DÉCLARATIONS DE CONFLIT D'INTÉRÊT

**Aucun.**



FONDATION  
Pierre Deniker  
.....  
POUR LA RECHERCHE & LA PRÉVENTION EN  
SANTÉ MENTALE