
Evaluation des symptômes de dépression et de l'anxiété chez la personne âgée : une revue systématique de la littérature

Auteur : Affre, Clémentine

Promoteur(s) : Blairy, Sylvie

Faculté : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée en psychologie clinique

Année académique : 2021-2022

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/14360>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.



**Evaluation des symptômes de dépression et de l'anxiété chez la personne âgée :
une revue systématique de la littérature**

Mémoire présenté par Clémentine Affre

*En vue de l'obtention du grade de Master en Sciences Psychologiques à finalité
spécialisée en psychologie clinique*

Année académique 2021/2022

Promotrice : Blairy Sylvie

Co-promoteur : Burnay Jonathan

Lectrice et lecteur : Durieux Nancy, Squelard Gilles

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Sylvie Blairy, ma promotrice, pour son encadrement consciencieux, ses conseils avisés et ses encouragements qui m'ont aidé à élaborer ce travail.

Madame Nancy Durieux qui s'est investie dans le suivi de ma revue en se montrant disponible et en prenant toujours le temps de laisser la place à chaque étudiant avec ses questionnements.

Monsieur Jonathan Burnay pour ses conseils et le temps accordé à mon travail.

Monsieur Gilles Squelard pour l'intérêt et le temps dédiés à la lecture de mon travail.

Et enfin, je remercie ma mère pour avoir relu encore et encore mon mémoire, donner son point de vue et corriger les fautes d'orthographe et surtout de m'avoir encourager à reprendre mes études.

TABLES DES MATIÈRES

Remerciements	2
1. INTRODUCTION	5
1.1 Qu'est-ce qu'une personne âgée ?	5
1.2 La prévalence des troubles dépressifs et/ou anxieux chez la personne âgée	5
1.3 Intérêt de l'étude présentée	6
1.4 La symptomatologie de la dépression et/ou des troubles anxieux chez la personne âgée: que savons-nous?	7
1.4.1 L'émergence de la psychologie gériatrique	7
1.4.2 Les manifestations de la dépression et de l'anxiété chez la personne âgée	7
1.4.3 Le risque suicidaire	15
1.5 Les causes de la dépression et de l'anxiété chez la personne âgée et les facteurs qui maintiennent les symptômes anxio-dépressifs	17
1.5.1 Les facteurs biologiques de la dépression chez le sujet âgé	18
1.5.2 Les facteurs sociaux de la dépression chez le sujet âgé	20
1.5.3 Les facteurs psychologiques de la dépression chez le sujet âgé	22
1.5.4 Les facteurs maintenant les troubles anxio-dépressifs chez la personne âgée	24
1.6 Recensement des outils disponibles pour mesurer les troubles dépressifs et/ou anxieux chez l'adulte et la personne âgée	25
1.7 Evaluation et sélection des outils les plus appropriés à la personne âgée	33
1.7.1 Comment choisir un outil fiable et valide?	33
2. METHODOLOGIE	37
2.2 Les bases de données utilisées	38
2.3 Stratégie de recherche	38
2.4 Gestion, sélection et extraction des données	39
2.5 Méthode pour identifier les risques de biais de l'étude	40
3. RÉSULTATS	41
3.1 Sélection des articles	41
3.2 Données extraites des articles	42

3.3 Présentation des outils	54
3.3.1 Le Center for Epidemiologic Studies of Depression (CESD)	54
3.3.2 Le Geriatric Anxiety Inventory (GAI)	55
3.3.3 La Geriatric Anxiety Scale - Long Term Care (GAS-LTC)	56
3.3.4 Geriatric Depression Scale (GDS)	56
3.3.5 Hopelessness Inventory for Late Life (HILL)	57
3.3.6 Hospital Anxiety and Depression Scale - Depression (HADS-D)	58
3.3.7 Hospital Anxiety and Depression Scale - Anxiety (HADS-A)	59
3.3.8 Mental Health Index -13 (MHI)	59
4. DISCUSSION	60
4.1 Interprétation des résultats	60
4.2 Perspectives et limites	68
5. CONCLUSION	70
6. RÉFÉRENCES	72
6.1 Références théoriques	72
6.2 Références des outils recensés	79
6.3 Références des outils sélectionnés	97
7. ANNEXE	98
RÉSUMÉ	105

1. INTRODUCTION

1.1 Qu'est-ce qu'une personne âgée ?

Les personnes âgées de 55 ans et plus représentent 31.1% de la population belge (2016) et celles âgées de 60 ans et plus représentent 25% de la population européenne (2018), ce qui en fait le taux le plus élevé au monde. Cependant, il convient de définir ce que l'on entend par « personne âgée » car les tranches d'âge ne sont pas identiques selon les études. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) une personne est considérée comme âgée dès lors qu'elle atteint l'âge de 60 ans. Mais selon le contexte, notamment dans le milieu du travail, on considère une personne comme âgée dès 45 ans, voire 40 ans. Pour cette revue, nous prendrons comme référence l'âge donné par l'OMS, c'est-à-dire 60 ans.

1.2 La prévalence des troubles dépressifs et/ou anxieux chez la personne âgée

En ce qui concerne la santé mentale, la dépression reste la première cause d'invalidité au niveau mondial (OMS, 2020). Chez la population vieillissante en Belgique, on estime que 13% des habitants âgés de 65 à 74 ans et 19% des habitants âgés de 75 ans et plus (2013) présentent des troubles dépressifs. Cette tranche d'âge est la plus touchée après celle des femmes de moins de 25 ans (23%, contre 6% des hommes du même âge) et celle des femmes de 45 à 54 ans (23%, contre 12% des hommes) (Institut Scientifique de Santé publique, 2014). Par conséquent, il est important de s'intéresser de près à cette pathologie mentale qui touche autant de personnes et tout particulièrement, ici, à cette population cible qui est bien souvent mise de côté au niveau sociétal. En effet, dans les sociétés modernes occidentales où le jeunisme prime, la personne âgée est officieusement considérée comme un poids économique et subit une image négative (passivité, approche de la mort) (Rosay-Notz, 2004). Il est d'ailleurs culturellement accepté qu'en fin de vie la personne soit institutionnalisée: 7.7% des personnes de 65 ans et plus vivent en maison de repos en région bruxelloise, 5.3% en Flandre et 6.6% en Wallonie en 2013 (Observatoire de la santé et du social de Bruxelles, 2016). Ce qui est impensable et contraire au respect porté aux ancêtres dans les cultures traditionnelles où les nouvelles générations prennent soin des anciennes au domicile familial (Rosay-Notz, 2004).

À la dépression s'ajoute les troubles anxieux qui concerneraient 14% des sujets âgés avec une prédominance du trouble d'anxiété généralisée (Giordana et al., 2010, cités par Masse et al., 2018).

C'est également une des formes d'anxiété la plus associée aux troubles dépressifs (Wolitsky-Taylor et al., 2010). Par conséquent, cette étude se concentrera davantage sur cette dernière catégorie clinique de l'anxiété.

1.3 Intérêt de l'étude présentée

La prise en charge thérapeutique et/ou pharmacologique du patient est essentielle pour le soulager de cette souffrance psychologique; mais pour cela, il faut bien évidemment commencer par une évaluation de l'état du patient. Pour établir une prise en charge la plus adéquate possible le clinicien peut s'appuyer sur l'Evidence-Based Practice (Evidence-Based Medicine Working Group, 1992 ; Hoffmann et al., 2013; Sackett et al., 1996, cités par Willems et al., 2020) qui encourage celui-ci à travailler « en se basant sur les dernières avancées scientifiques et son expertise clinique tout en tenant compte des valeurs et des préférences du patient », ainsi que du contexte dans lequel le professionnel exerce (Willems et al., 2020).

De ce fait, le psychologue clinicien dispose d'outils psychométriques visant à apporter un éclairage sur la situation et à poser un diagnostic, ou non, de la présence du trouble mental. Ces outils nécessitent d'être fidèles, sensibles et spécifiques pour être valides et donc conformes à l'EBP. Alors, qu'en est-il de la validité de ces outils diagnostiques de la dépression/anxiété chez la personne âgée? Est-ce que les symptômes se manifestent de manières différentes parmi cette population? Dans tous les cas, il faut évaluer si les outils actuels prennent en compte les facteurs liés à l'âge et à l'environnement de façon pertinente selon la population cible.

Les objectifs de cette revue systématique sont :

- De faire un état des lieux des connaissances concernant la symptomatologie de la dépression et des troubles anxieux chez la personne âgée
- De recenser les outils diagnostiques de la dépression et/ou de l'anxiété disponibles chez l'adulte
- D'évaluer et de déterminer quels sont les outils psychométriques les plus appropriés à la population âgée parmi ceux présentés dans les articles sélectionnés.

1.4 La symptomatologie de la dépression et/ou des troubles anxieux chez la personne âgée: que savons-nous?

1.4.1 L'émergence de la psychologie gériatrique

Le champ de la psychiatrie gériatrique n'est apparu réellement qu'à partir des années 1950 en Europe et en Amérique du Nord. Auparavant, la vieillesse était peu étudiée mais Charcot amènera tout de même le terme de « troubles mentaux à début tardif » et Esquirol qualifiera la démence d'« affection cérébrale caractérisée par l'affaiblissement de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté ». Aujourd'hui, la personne âgée n'est plus réduite à ce statut; elle est considérée avec plus de respect et l'on s'intéresse aux besoins liés à son âge. Les études concernant cette population ne cessent d'augmenter de par la réalité démographique, l'Alzheimer occupant une place particulièrement importante dans la recherche (Prado-Jean et al., 2010).

1.4.2 Les manifestations de la dépression et de l'anxiété chez la personne âgée

La dépression est fortement présente au sein de la population vieillissante, mais elle reste largement sous-diagnostiquée : on estime que 40% des cas ne sont pas repérés (Wang & Gorenstein, 2013, cités par Bourin, 2018). La raison principale étant, que l'hétérogénéité des symptômes permet difficilement de repérer les signes dépressifs et donc de poser un diagnostic permettant de mettre en place un éventuel traitement. Ce manque d'évaluation des symptômes, et donc de considération de la maladie chez le sujet concerné, serait une des causes expliquant l'augmentation du taux de suicide parmi les personnes âgées de plus de 80 ans (Bourin, 2018). Cette non reconnaissance des troubles thymiques est d'autant plus amplifiée par l'attribution « normale » que l'on donne à ces états lorsqu'on atteint un âge avancé: que cela soit par l'entourage, les soignants ou encore la personne âgée elle-même (Colligan et al., 2020). En effet, la personne va attribuer ses symptômes somatiques, affectifs et cognitifs au processus naturel de la vieillesse. Le facteur âge avancé est donc essentiel à prendre en compte pour chaque démarche concernant la santé mentale, car il impose des changements importants sur la santé physique, la cognition ou bien les relations sociales (retraite, veuvage, isolement social).

Pour définir ce qu'est la dépression majeure, nous nous appuyons, ici, sur la classification du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-V, 2013). Au moins 5 des symptômes suivants ont été présents sur une durée d'au moins 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur :

- Humeur dépressive présente la plus grande partie de la journée, tous les jours ou, presque tous les jours
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes, ou presque toutes les activités.
- Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime, ou diminution/augmentation de l'appétit.
- Insomnie ou hypersomnie
- Agitation ou ralentissement psychomoteur
- Fatigue ou perte d'énergie
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision
- Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir).

On remarque nécessairement la présence d'au moins un des symptômes : soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

Lorsque l'on regarde cette nosographie, plusieurs limites se posent concernant le sujet âgé : les critères réduisent considérablement la variabilité et ne sont pas adaptés à la population (Blazer, 1994, Fink & Taylor, 2007, cités par Haigh, 2018 ; Lavretsky et al., 2013, cités par Snowdon & Almeida, 2013). De nombreux spécialistes en psychogériatrie estiment que le manque de données scientifiques ne permet pas aux critères diagnostiques du DSM-V de refléter réellement les manifestations d'un trouble qui soient propres à la personne âgée (Calvet & Clément, 2014). Une réflexion actuelle considère même qu'il faudrait créer une classification spécifique. En effet, de nombreux critères, tels que les troubles du sommeil, troubles de l'appétit ou de la concentration sont très fréquents parmi les sujets âgés mais rattachés à d'autres pathologies (démence, Alzheimer, Parkinson, ...). Il est donc nécessaire de repérer la source du symptôme parmi ces polyopathologies caractéristiques de cette tranche d'âge, ce qui n'est pas chose aisée.

De plus, plusieurs études mettent en lumière que les manifestations de la dépression chez le sujet âgé diffèrent de celles du sujet plus jeune. Les personnes âgées admettent plus facilement souffrir de troubles somatiques que de troubles affectifs, avec des symptômes tels que le ralentissement

psychomoteur ou la baisse de l'autonomie. Les symptômes prédominants seraient davantage la somatisation, l'agitation et les idéations hypochondriaques (Hegeman et al., 2012, cités pas Grover et al., 2019 ; Shahpesandy, 2005). Il est également relevé, que des caractéristiques telles l'agressivité et des plaintes d'ennui se retrouvent bien plus souvent chez la personne âgée, que l'adulte plus jeune dépressif (Pichot et al., 2012).

D'autres manifestations peuvent surgir comme: un mal être physique, une symptomatologie délirante (incurabilité, persécution), un comportement caractériel (irritabilité, nouveaux traits de personnalité qui apparaissent, rejet ou évitement de l'autre), un déclin cognitif modéré (perturbations des fonctions exécutives, troubles de la concentration et/ou de la mémoire). Ce dernier point est à évaluer avec précaution car il est facilement interprété comme un début de démence, à défaut d'un symptôme dépressif. De même que les manifestations délirantes peuvent également poser des difficultés de diagnostic. Les auteurs relèvent que l'absence d'affects dépressifs apparents se produit souvent, il faut alors chercher à identifier un possible sentiment de vide, la perte du goût, ou encore une indifférence affective. Il n'est pas rare, non plus, d'observer des comportements d'agitation mêlés à de l'agressivité (surtout en institution): nous distinguons l'agitation légère de l'agitation sévère, ainsi que différents types, dont l'agitation et agressivité dépressives/l'agitation anxieuse (Hazif-Thomas, Léger&Thomas, 2003). La première correspondrait à une dépression hostile (voir Tableau 1): le patient dissimule derrière ses comportements, une détresse psychique. Les accès de colère sont prédominants et l'agressivité serait un appel à l'aide. La seconde correspondrait à un trouble panique : l'agressivité est souvent réactionnelle à un événement ressenti comme frustrant (changement d'environnement, placement en institution) et se manifeste par des cris, des déambulations dans les couloirs ou encore des gestes répétitifs. L'agressivité peut également être tournée vers soi-même (e.g incontinence sans cause médicale).

Sous sa forme la plus extrême, la dépression peut se présenter par un syndrome de glissement (Pinquier, Weimman et Pellerin, 2003), aussi appelé syndrome de désinvestissement (Etienney & Von Gunten, 2016). Cela concerne en général les personnes âgées de plus de 85 ans qui refusent de s'alimenter, s'enferment dans un mutisme et refusent toute aide de l'entourage ou du personnel médical. Encore une fois, il faut tenter de desceller les symptômes conséquents à une dégénérescence liée à l'âge avancé, de ceux émanant d'un trouble mental. A contrario, le sujet peut

également présenter une forte agitation et irritabilité accompagnées de ces comportements d'opposition massifs.

D'autres formes hypothétiques sont décrites, comme le syndrome de dépression avec dysfonctions exécutives (Alexopoulos, 2019) qui se caractérise par l'anhédonie, le ralentissement psychomoteur, un handicap prononcé, un manque de discernement et un syndrome végétatif modéré. Cette forme se développe, généralement, suite à des anomalies structurales (démence vasculaire, maladie de Parkinson, chorée de Huntington). La dépression vasculaire est également évoquée, mettant en avant comme facteur déclenchant et aggravant les lésions cérébrales où les fonctions exécutives et psychomotrices sont largement atteintes. Cette forme de dépression s'associe généralement à de l'anosognosie, de la démotivation et où l'agitation est moins fréquente (Benoît & Dorey, 2011). Ou encore, l'hypothèse selon laquelle, le vieillissement provoquerait des changements inflammatoires ayant pour conséquences également des troubles neurologiques provoquant des manifestations dépressives similaires à celles décrites précédemment.

Tableau 1. Les différents types de dépression chez le sujet âgé

Type de dépression	Caractéristiques
Majeure	Présence d'au moins 5 symptômes décrits dans le DSM-V
Mineure	Présence d'au moins 3-4 symptômes décrits dans le DSM-V
Somatique	Prédominance de plaintes somatiques, déni de sentiments de dépression, absence apparente de tristesse
Syndrome de glissement	Désinvestissement totale de sa vie
Hypocondriaque	Dominance de symptômes physiques, inquiétude exacerbée, égocentrisme, revendicateur
Syndrome de Cotard	Forme extrême avec délire de négation d'organes
Délirante	Les thèmes des délires sont variés : incurabilité, auto-accusation, persécution, jalousie (ø antécédents)
Pseudo-démentielle	Les troubles cognitifs sont prédominants et améliorés par la prise d'antidépresseurs
Hostile	Violence verbale/physique hétéro- ou autocentré, agressivité, susceptibilité, agitation, méfiance, comportements passifs agressifs, harcèlement
Anxieuse	Les symptômes anxieux sont prédominants : inquiétude permanente, appréhension, difficultés à se détendre
Conative	La démotivation est au premier plan (désengagement relationnel et affectif, apathie, négligence, dépendance croissante)
Vasculaire	Secondaire à une pathologie cérébrale vasculaire. Ralentissement psychomoteur marquée, peu d'introspection, apathie marquée, difficultés dans les tâches cognitives, anosognosie fréquente

(Clément, Nubukpo et Bonin-Guillaume, 2010 ; Sibille et al., 2019)

En ce qui concerne les troubles anxieux, eux aussi sont fréquents: on estime qu'un tiers des sujets âgés dépressifs présentent également des troubles anxieux, en particulier le trouble de l'anxiété généralisée. De plus, les troubles anxieux ont la prévalence la plus forte concernant les troubles

mentaux du sujet âgé (Andreas et al., 2017). Par conséquent, il paraît justifié de s'intéresser également aux manifestations anxieuses. L'anxiété provoquerait des troubles de l'attention, de la mémoire de travail et de résolution de problèmes (Cohen et al., 1980 ; Deptula et al., 1993 ; Hogan, 2003, Lenze et al., 2011, cités par Andreescu & Varon, 2015). Les manifestations et les conséquences de la dépression et de l'anxiété sont fortement similaires.

Pour définir ce qu'est l'anxiété généralisée, nous nous appuyerons également sur la classification du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-V, 2013). Ce trouble se définit ainsi: la présence de soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant, la plupart du temps, durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (travail, performances scolaires...). La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.

L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des 6 symptômes suivants (dont au moins certains symptômes ont été présents la plupart du temps durant les 6 derniers mois) :

- Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout
- Fatigabilité
- Difficultés de concentration
- Irritabilité
- Tension musculaire
- Perturbation du sommeil

L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou autre domaine important.

La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une affection médicale. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble mental.

Une fois de plus, cette nosographie rend difficile la détection du trouble anxieux chez la personne âgée, de par les symptômes qui pourraient être facilement imputables à d'autres causes comme la prise de médicaments régulière, la démence ou une maladie organique. Les mêmes limites que pour la dépression se posent : la tendance à minimiser les symptômes psychiques, du côté du patient et celle d'accorder les symptômes à la « normalité » de l'âge avancé, du côté du professionnel (Lenze et al., 2009 cités par Wolitsky-Taylor et al., 2010). A cela s'ajoute le fait de penser que ces caractéristiques ne correspondent pas entièrement au profil d'une personne âgée : les manifestations

peuvent être bien différentes de l'adulte plus jeune, comme c'est le cas pour la dépression. Nous savons, tout de même, que ce trouble reste très fréquent parmi la population âgée (Lenze et al., 2009 cités par Wolitsky-Taylor et al., 2010 ; Roche & Thomas., 2010).

Il est à noter que l'anxiété se déclenche rarement tardivement (Barlow, 1988 ; Beesdo et al., 2009, cités par Wolitsky-Taylor et al., 2010). Cependant, il arrive que les affections liées au vieillissement, l'approche de la mort, les pertes affectives et/ou l'isolement social signent le début d'un trouble anxieux.

D'un point de vue clinique, l'étude de Pinquier, Weimann & Pellerin (2003) rapporte les manifestations suivantes : une anxiété d'intensité et de forme variables, parfois accompagnée de conduites addictives (alcool, benzodiazépines). La prévalence la plus élevée de surconsommation d'alcool (à partir de 10g hebdomadaire) concerne les hommes entre 55 et 64 ans (13,5%, contre 7,8% pour les femmes du même âge), suivi des hommes entre 25 et 34 ans, ainsi que ceux de 45 à 54 ans (7,2%). Au-delà de 64 ans la consommation baisse et représente 9,5% des hommes et 6,4% des femmes en Belgique (HIS Enquête de santé, 2019). Concernant les benzodiazépines 2,5% des personnes de plus de 65 ans en consomment régulièrement et de manière prolongée : ce chiffre baisse depuis ces dernières années (5,3% en 2008) (HIS Enquête de santé, 2019). L'anxiété chez le sujet âgé se manifeste grandement par des manifestations corporelles, en comparaison du jeune adulte : dyspnée, troubles digestifs ou douleurs (Etienney & Gunten, 2016). La personne se plaint de vertiges, de troubles de la marche et de troubles neurovégétatifs (Roche & Thomas., 2010) ou encore de troubles du sommeil (Monfort, 2001). De plus, la personne âgée démontre moins d'affects négatifs que l'adulte plus jeune (Wolitsky-Taylor et al., 2010). Nous remarquons, à nouveau, que l'aspect somatique est au premier plan et masque l'aspect psychique.

Cependant, la présence de ruminations peut nous aider à identifier l'anxiété. Les inquiétudes concernent les domaines les plus saillants selon la période de vie : l'état de santé et la perte d'autonomie chez la personne âgée, les finances et la famille chez l'adulte plus jeune sont les préoccupations dominantes (Brenes et al., 2005 ; Person & Brokovec, 1995, cités par Wolitsky-Taylor et al., 2010). Il semble tout de même compréhensible qu'une personne s'inquiète pour cela. Il faut donc repérer si l'inquiétude est excessive ou non. La frontière entre le non pathologique et le pathologique n'est pas si claire, d'autant plus que chez la personne âgée : les ruminations ne sont pas toujours évidentes à observer. Certaines ruminations sont totalement tues, d'autres peuvent être partagées avec pudeur et seront plus difficiles à cerner, d'autres encore peuvent être clairement

exprimées et ne laissent pas de place au doute. L'idée est de bien écouter le discours de la personne lorsqu'elle évoque des sujets sensibles comme la mort, la maladie ou son état d'autonomie (Monfort, 2001).

Cette propension à n'exprimer que très peu, voire aucune plainte (Bourin, 2018) malgré un mal-être psychologique peut s'expliquer de différentes manières. L'influence des facteurs culturels et la considération de la santé mentale parmi ces générations peuvent être explicatifs d'un tel comportement, tout comme les troubles cognitifs relatifs à une autre pathologie peuvent aussi empêcher l'expression de cet état (Collège des Enseignants en Gériatrie, 2010). Cette constatation est d'autant plus marquée chez les hommes, qui perçoivent la dépression comme tabou et porteuse de stigmates difficiles à assumer (Colligan et al., 2020). Il est alors plus confortable d'exprimer des souffrances physiques plutôt que psychiques pour expliciter son mal-être. Dans le cas du milieu institutionnel, se confier aux soignants nécessite de créer une relation de confiance permettant au sujet de se sentir suffisamment à l'aise pour en discuter. Cependant, le manque de temps accordé à chaque sujet et le manque de spécialistes dans ces milieux sont un frein au repérage des troubles anxio-dépressifs.

Concernant les différences entre les genres, les hommes manifesteraient des symptômes dépressifs différents des femmes : irritabilité, agressivité, colère masquant la tristesse (Martin et al., 2013). Le retrait social et des comportements antisociaux sont plus souvent observés et ils manifestent davantage de symptômes physiques (céphalées, troubles digestifs, douleurs chroniques) (Call & Shafer, 2018, cités par Thériault & Duhoux, 2020 ; Cavanagh et al., 2017 ; Oliffe et al., 2019). Ils sont plus enclin aux addictions et aux comportements à risques (alcool, drogue, jeu, hypersexualité) comparativement aux femmes (Martin et al., 2013). Ces dernières partageraient leur tristesse et déclarent plus facilement pleurer (Price et al., 2018). Cependant, ces différences seraient moins marquées chez l'adulte âgé (Kockler & Heun, 2002) mais il y a peu de littérature sur ce thème-ci pour réellement tirer des conclusions.

Du côté des troubles anxieux il y aurait également des différences. Les femmes rapportent des symptômes plus sévères (Baxter et al., 2014 ; Bekker & Van Mens-Verhulst, 2007 cités par Hallers-Haalboom et al., 2020) et davantage somatiques (Altemus et al., 2014 cités par Hallers-Haalboom et al., 2020) par rapport aux hommes. Cependant, ces différences restent minimales (Christiansen, 2015, cités par Hallers-Haalboom et al., 2020). Pour la population plus âgée, la littérature

scientifique s'intéresse à sa prévalence et son étiologie mais les données concernant les manifestations entre les femmes et les hommes sont pauvres.

En résumé, le tableau clinique des troubles anxio-dépressifs montre que le jeune adulte et la personne âgée partagent les caractéristiques générales, mais il est nécessaire d'incorporer la dimension de l'âge lorsque l'on recherche des manifestations car celles-ci sont différentes en fonction de la population. Les facteurs neurobiologiques, génétiques, environnementaux et psychologiques sont relatifs au milieu socio-économique, à l'avancée dans l'âge et aux étapes de la vie. Nous rencontrons alors rapidement des limites lorsque l'on compare des tranches d'âge qui ne traversent pas les mêmes expériences de vie et dont le fonctionnement physiologique ne se ressemble que très peu. Hors il n'existe aucune classification spécifique à la personne âgée. L'enjeu principal du diagnostic des troubles anxio-dépressifs dans la population vieillissante est la capacité de repérer et discerner l'origine des symptômes parmi des pathologies mentales et organiques à la symptomatologie extrêmement similaire. Par exemple, l'influence réciproque entre l'anxiété généralisée et les pathologies organiques (Andresscu&Varon, 2015) complexifie la tâche de discrimination. La grande majorité des plaintes étant somatiques et la dimension psychologique étant inhibée par le patient lui-même, et/ou ignorée par l'entourage car associée au développement« normal » de l'adulte, ne conduit généralement même pas à la réflexion d'une possible pathologie mentale. De plus, les troubles anxieux occupent une place dominante dans la symptomatologie de la dépression du sujet âgé et la tristesse intense n'est pas exprimée, ce qui peut mener à des errances diagnostiques.

Il est important de développer des moyens pour repérer les signes de la dépression, pour permettre un diagnostic et donc un traitement : cette pathologie augmente les risques de développer ou d'aggraver des pathologies physiologiques, déjà fort envahissantes à cet âge là. Ces moyens permettraient, avant toute chose, d'adoucir le quotidien de l'adulte en fin de vie.

1.4.3 Le risque suicidaire

Selon Sibille et ses collaborateurs (2019), la dépression mineure serait la forme la plus courante chez la personne âgée. Cependant, les symptômes dépressifs peuvent rapidement évoluer sous l'influence de facteurs que nous évoquerons par la suite, et peuvent aboutir à une aggravation de la pathologie. En effet, les personnes âgées représentent la tranche d'âge qui atteint le taux de suicide abouti le plus élevé : les plus jeunes font davantage de tentatives mais sans atteindre le décès,

contrairement aux plus âgés. Au niveau du sexe-ratio, les femmes font plus de tentatives de suicide que les hommes, mais ce sont ces derniers qui décèdent en majorité (3 fois plus). A l'échelle mondiale, le suicide représente un décès toutes les 40 secondes. En Belgique la tranche d'âge des 40 à 60 ans et celle des 80 ans et plus sont celles où l'on constate le taux le plus élevé de décès par suicide : les pics se situent à 80-84ans (32%) et 55-59 ans (29%) (Centre de prévention du suicide, 2014). Il est important de relever que la plupart des personnes âgées a consultée son médecin généraliste dans le mois précédent le suicide (Conwell et al., 2011 ; Luoma et al., 2002, cités par Gerolimatos et al., 2014), il semblerait que sensibiliser et former les généralistes pourrait être une ressource facilement accessible pour la personne âgée en détresse.

Ce constat rend inévitable l'intérêt qu'il faut porter aux facteurs de risques menant à la tentative de suicide chez la personne âgée. Le facteur de risque suicidaire le plus important est assez attendu : c'est la présence d'un trouble psychiatrique (Hawton et Van Heeringen, 2009, cités par Richard-Devantoy & Jollant, 2012), la dépression majeure étant la pathologie la plus associée au suicide abouti (Conwell et al., 1991 ; Fiske et al., 2009, cités par Segal, Qualls et Smyer, 2017 ; Preville et al., 2005, cités par Richard-Devantoy & Jollant, 2012).

Cependant, les manifestations dépressives ne s'observent pas systématiquement chez la personne : le vieillissement cérébral, spécifiquement dans les régions préfrontales, seraient responsables du passage à l'acte chez certaines personnes âgées (Charazac, 2020 ; Richard-Devantoy & Jollant, 2012) et les effets secondaires de médicaments sont également mis en cause (Pichot, et al., 2012).

Mais il y a tout de même des facteurs récurrents dans le risque suicidaire: le sexe masculin et un âge avancé, c'est-à-dire à partir de 75 ans, sont des facteurs tout particulièrement à risque chez la personne âgée (Charazac, 2020 ; Haute Autorité de Santé, 2017). Nous retrouvons également la présence d'une pathologie physique chronique et douloureuse (Charazac, 2020 ; Conwell & Thompson, 2008, cités par Li & Wang, 2019 ; Conwell, et al., 2011 ; Fiske et al., 2009, cités par Segal, Qualls et Smyer, 2017) ou un handicap (Haute Autorité de Santé, 2017). Certains signes sont à risque, tous âges confondus: des antécédents de troubles mentaux personnels ou familiaux (Charazac, 2020 ; Conwell et al., 2011 ; Fiske, et al., 2009, cités par Segal, Qualls et Smyer, 2017), l'isolement social (Charazac, 2020 ; Haute Autorité de Santé, 2017 ; Pichot et al., 2012), l'addiction à l'alcool et/ou benzodiazépines (Charazac, 2020 ; Conwell et al., 2011 ; Fiske et al., 2009, cités par Segal, Qualls et Smyer, 2017), le veuvage, le divorce ou le fait de vivre seul (Charazac, 2020) et des antécédents de tentatives de suicide (Charazac, 2020 ; Haute Autorité de Santé, 2017). Ce dernier

facteur reste peu valable pour la personne âgée car nous estimons que 75% des personnes âgées mortes par suicide n'avaient jamais commis de tentatives auparavant (Conwell et al., 1991 ; Preville et al., 2005, cités par Richard-Devantoy & Jollant, 2012). D'autres facteurs sont moins cités dans la littérature mais correspondent tout à fait aux événements de vie d'une personne âgée : vivre en institution, des déficits cognitifs, la perte de proches, des événements de vie stressants (Conwell et al., 2011 ; Fiske et al., 2009, cités Segal, Qualls et Smyer, 2017) telle la maladie chronique du partenaire de vie (Pichot et al., 2012) sont tous des facteurs de risque. Les troubles anxieux sont également mis en cause lorsqu'ils sont chroniques (Conwell & Thompson, 2008, cités par Li & Wang, 2019 ; Blow et al., 2004, cités par Richard-Devantoy & Jollant 2012 ; Waern et al., 2003). Autre facteur caractéristique de la personne âgée, c'est la démence. Celle-ci est considérée comme un facteur de risque suicidaire mais le lien n'est scientifiquement pas bien établi (Rubio et al., 2001 ; Peisah et al., 2007 cités par Richard-Devantoy & Jollant, 2012), ses pathologies comorbides (dépression, psychose, anxiété) seraient davantage le lien direct avec le suicide que la démence en elle-même (Richard-Devantoy & Jollant, 2012).

Le suicide est la manifestation la plus extrême qui soit d'un trouble dépressif. Comme nous l'avons vu, de nombreux facteurs à risque d'une tentative de suicide sont communs dans la vie des personnes âgées (deuil, veuvage, prise de médicaments, pathologie chronique, déficit cognitif, grand âge). Il faut donc prêter tout particulièrement attention au sujet âgé qui montre des signes de dépression, d'autant plus que cette pathologie est la première cause de suicide chez cette tranche d'âge (Haute Autorité de Santé, 2017).

1.5 Les causes de la dépression et de l'anxiété chez la personne âgée et les facteurs qui maintiennent les symptômes anxio-dépressifs

Nous allons maintenant nous intéresser aux causes de l'émergence des troubles dépressifs et anxieux chez le sujet âgé. Comme beaucoup de troubles mentaux, il n'y a pas de causes directes et uniques de la dépression mais des trajectoires multifactorielles : on retrouve des facteurs biologiques, sociaux et psychologiques. Chaque domaine a une influence et donc un poids variable selon la pathologie et surtout l'individu concerné (Benoit & Doret, 2011 ; Segal, Qualls & Smyer, 2017). Ces 3 domaines étiologiques interagissent et peuvent potentiellement mener à une dépression.

1.5.1 Les facteurs biologiques de la dépression chez le sujet âgé

En ce qui concerne les facteurs biologiques les études mettent en avant la génétique et les déficits en neurotransmetteurs telles que la sérotonine, la dopamine et la noradrénaline (Belvederi Murri et al., 2014 ; Segal, Qualls & Smyer, 2017 ; Young et al., 2016, cités par Park & Kim, 2018). Toutefois, il n'y a pas de consensus, certaines études retiennent l'hypothèse génétique uniquement dans le cas d'une dépression à début tardif (Carmelli, Reed & De Carli 2002 ; Hickie et al., 2001, cités par Clément et al., 2010). Dans la population générale, la part d'hérédité serait de 42% chez les femmes contre 29% chez les hommes (Kendler, et al., 2006, cités par Segal, Qualls & Smyer, 2017). Chez la personne âgée, il est difficile d'en tirer une prévalence comparative.

Nous savons que le profil cérébral (c'est-à-dire l'activité des zones cérébrales et ses neurotransmetteurs) d'un sujet âgé dépressif comparativement à un sujet âgé non dépressif est bien différent : la concentration de neurotransmetteurs est soit plus élevée, soit plus faible que son homologue sans troubles dépressifs. Comme par exemple le déficit en sérotonine qui est souvent mis en cause dans la dépression à tous les âges (Belvederi Murri et al., 2014 ; Young et al., 2016, cités par Perkovic et al., 2018 ; Pichot et al., 2012). On remarque également des anomalies structurelles au niveau des lobes frontaux, des noyaux caudés et du putamen (Pichot, Scantaburlo et Asseau, 2012) qui augmenteraient la vulnérabilité de développer un épisode dépressif à l'âge avancé.

De nombreuses origines biologiques peuvent développer ou maintenir des troubles dépressifs chez la personne âgée : diminution de la neuroplasticité résultant de l'accumulation d'événements stressants au cours de la vie, diminution de facteurs neurotrophiques (McQuade & Young, 2000, cités par Clément, Nubukpo et Bonin-Guillaume, 2010), traumatismes dérégulant l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien (Thompson, Syddall et Rodin, 2001, cités par Clément, Nubukpo et Bonin-Guillaume, 2009), facteurs vasculaires, prise régulière de médicaments, de toxiques, tels que l'alcool ou la cigarette (Vink et al., 2007) et déséquilibre de la substance blanche (Aizenstein et al., 2011; Krishnan et al., 1993 ; Alexopoulos, 1997 cités par Gary, 2015).

Il est intéressant de relever que dans cette intrication de facteurs de risques (sociaux, psychologiques, biologiques), les facteurs neurobiologiques auraient une influence décuplée dans les dépression à début tardif, plus précisément au-delà de 65ans (Grace & O'Brien, 2003, cités par Rigaud et al., 2005). On peut en effet faire un lien avec les pathologies somatiques et le

vieillesse corporel qui occupent une place prépondérante dans cette tranche d'âge. Une diminution des sens tels que l'ouïe ou la vue peut favoriser l'apparition d'un trouble dépressif (Monfort, 2001) en compliquant les interactions humaines et en présentant un risque d'isolement social (Charazac et al., 2020).

Les pathologies physiologiques chroniques, contraignantes et/ou douloureuses représentent un facteur de risque important, leurs apparitions ne cessent d'augmenter en prenant de l'âge (Monfort, 2001). En effet, une majorité de personnes âgées souffre d'au moins une pathologie chronique (Atella et al., 2019 ; Zhao et al., 2018, cités par Thagunna et al., 2020). Les troubles cardiovasculaires sont aussi fortement mis en cause dans l'apparition de troubles dépressifs à tel point que l'on distingue la « dépression vasculaire » des autres formes de dépressions existantes même si elle n'est pas reconnue comme une entité diagnostique à part entière (Denko & Friedman, 2014). Le cancer, le diabète, l'hépatite, la maladie de Parkinson, un dérèglement de la thyroïde, une déficience en acide folique font partie des nombreuses pathologies associées à la dépression.

Cependant, l'influence entre maladie physique et dépression est bidirectionnelle : comme l'explique Pichot et ses collègues (2012) « les affections somatiques peuvent induire un état dépressif, mais la dépression peut aussi aggraver le pronostic d'une maladie physique ». De plus, cette influence peut être soit directe soit indirecte : l'atteinte somatique mène à une perte d'autonomie, à un sentiment de compétence et d'estime de soi réduits et au ressenti d'être un poids pour son entourage.

Aux symptômes et à la souffrance d'une telle pathologie s'ajoute la médication associée à celle-ci : la prise de corticoïdes, neuroleptiques, opioïdes, et autres types de médicaments peut avoir comme effet secondaire des troubles dépressifs (Sibille et al., 2019). N'oublions pas que la polymédication est souvent nécessaire à ce stade de la vie, mais qu'elle peut être trop facilement banalisée alors qu'elle n'est pas sans conséquences sur la vie du sujet (Pichot et al., 2012).

Le sexe féminin serait également un facteur prédisposant (Bergdahi, Geerlings, Deeg et al., 2007 ; Sonnenberg et al., 2000, cités par Clément et al., 2010), supposément expliqué par l'espérance de vie plus longue et donc l'exposition à des facteurs de risques plus conséquente. Les troubles du sommeil sont également mis en cause (Cole et al., 2003, cités par Tayaa et al., 2020).

Toutefois, les aspects biologiques sont aujourd'hui davantage considérés comme des facteurs de risque de développer un épisode dépressif qu'une cause directe de la pathologie chez la personne âgée (Segal, Qualls & Smyer, 2017).

Pour l'anxiété, on relève une influence des changements neurobiologiques qui peuvent fragiliser la personne et la rendre plus vulnérable face au trouble, ainsi que l'hérédité (Association Canadienne

des troubles anxieux, 2005). Un trouble cognitif, une pression sanguine élevée et de façon plus vaste la présence d'une maladie organique chronique peuvent mener à de l'anxiété (Vink et al., 2007).

1.5.2 Les facteurs sociaux de la dépression chez le sujet âgé

Concernant les aspects sociaux : la culture, l'origine ethnique, le statut socio-économique et la religion sont des éléments à relever car ils augmentent le risque de développer un trouble dépressif ou, à l'inverse, sont des facteurs de protection.

Un statut socio-économique moindre affecte grandement la façon dont un individu va évoluer tout au long de sa vie : il y a davantage de maladies chroniques parmi les personnes à faibles revenus. Pour illustrer ce fait, la tranche d'âge des 35-44 ans au statut socio-économique faible présente un niveau plus élevé de maladies chroniques que des adultes plus âgés (55 et plus) mais qui ont un confort financier supérieur. Ce schéma est également valable pour la santé mentale : les personnes à faibles revenus développent davantage de troubles mentaux au cours de leur vie (Segal, Quall & Smyer, 2017).

Autre élément à la fois social et psychologique c'est le vécu en couple. La perte du partenaire par le décès ou une séparation est un facteur majeur de la dépression (Pichot, Scantaburlo et Asseau, 2012). Le deuil fait d'ailleurs partie des événements de vie récurrents dans cette partie de la vie : un bon nombre de personnes âgées y sont confrontées ce qui peut mener à une banalisation de la souffrance des personnes endeuillées, à la fois par l'entourage mais aussi la personne elle-même (Kennedy, 2015) car ces événements sont associés au cours de la vie naturelle. Or, ces deuils sont particulièrement difficiles car ils peuvent éveiller la douleur de pertes passées mais aussi la pensée de sa propre mort ce qui peut être terriblement angoissant (Charazac, 2020). De plus des études ont montré que le risque de développer une dépression majeure dans l'année qui suit le décès est bien plus marquée chez la personne âgée que chez l'adulte plus jeune (Zisook, Shuchter et Sledge, 1994, cités par Kennedy, 2015). Donc plutôt que de banaliser ou ignorer la souffrance liée à la perte il faudrait y porter une attention particulière. Avec l'espérance de vie qui augmente il peut même arriver qu'une personne vive la perte de son propre enfant voire d'un petit enfant ce qui est tout particulièrement difficile à concevoir car cela bouscule « l'ordre des choses ». Au niveau du sexe-ratio les femmes sont plus concernées par la perte du partenaire (Kennedy, 2015).

Dans certains cas, le deuil peut devenir pathologique et donc initier une dépression de plus longue durée. Le deuil dit « normal » se présente sous la forme d'un syndrome dépressif avec perte du

sommeil, de l'appétit et donc de poids, sans qu'il y ait de ralentissement psychomoteur ou de pensées négatives d'indignité. De l'agitation anxieuse et de l'irritabilité sont aussi présentes. Cet état s'estompe en général entre le 3ème et 6ème mois suivant le décès pour ensuite disparaître arrivée à 12 mois après le décès. Au-delà de cette année, on basculera alors dans un deuil pathologique qui peut être entretenu, entre autres, par la prise de toxiques et/ou médicaments (tranquillisants, alcool...). Les facteurs associés à ce deuil pathologique sont les affections somatiques, psychiatriques ou neurodégénératives. L'isolement matériel et/ou social, le contexte du décès, le déni de l'entourage proche, l'existence de secrets de famille ayant enfouis des décès par le passé sont également des éléments pouvant faire basculer le deuil vers un pan pathologique (Charazac, 2020). Encore une fois, le deuil est un facteur de risque majeur dans la dépression mais aussi dans le suicide (Pichot, Scantaburlo et Asseau, 2012), le deuil pathologique jouerait un rôle dans le déclin cognitif de l'endeuillé (Prigerson et al., 2009, cités par Segal, Qualls et Smyer, 2017).

Toujours dans l'aspect social, les interactions sont extrêmement importantes. De nombreuses personnes âgées se plaignent de solitude, que la famille soit présente ou non (Thomas & Hazif-Thomas, 2013) : 40% des adultes de plus de 65 ans déclarent se sentir seul et ce chiffre augmente avec la prise en âge (Hawley & Cacioppo, 2010 ; Wolf et al., 1998, cités par Liu, Gou et Zuo, 2016). La tranche d'âge la plus touchée après la personne âgée serait les adolescents avec une prévalence allant jusqu'à 14% (Surklím et al., 2022). Certains auteurs illustrent le sentiment de solitude sous forme de « cloche » avec les deux pics de solitude pour les plus jeunes (< 30 ans) et les plus âgés (≥ 65 ans) (Luhmann & Hawley, 2016). Le sentiment de solitude est d'ailleurs la seconde peur la plus ressentie par cette tranche d'âge après le sentiment de dépendance aux donneurs de soins ou autre tierce personne (Monfort, 2001). La personne a l'impression qu'elle ne compte pour personne, elle se sent abandonnée. Il faut tout de même préciser que la solitude est avant tout une perception : la personne âgée peut être entourée mais ne pas nécessairement se sentir soutenue et écoutée par cet entourage. C'est donc la qualité du lien avec l'autre qui compte réellement comme facteur de protection de la dépression (West et al., 1986, cités par Liu, Gou et Zuo, 2016). Des programmes de prévention sont même mis en place ciblant la solitude, mais aussi les troubles du sommeil, le deuil et les conséquences de maladies organiques auprès des professionnels exerçant auprès de personnes âgées (Fiske et al., 2009, cités par Segal et al., 2017). La solitude est en effet un facteur de risque majeur pour la santé mentale plus particulièrement la dépression et/ou l'anxiété, mais également la santé physique (Hawley & Cacioppo, 2010 ; Losada et al., 2015, cités par Segal et al., 2017). L'interaction sociale est facilitée par l'environnement et

même les éléments qui paraissent les plus simples ont leur impact sur le quotidien et la vie de la personne âgée : des conflits de voisinage, le manque de proximité avec des commerces, le manque de distances pédestres à disposition sont des éléments qui maintiennent les symptômes dépressifs (Beard et al., 2014, cités par Kennedy, 2015).

Du côté des troubles anxieux, peu d'études sont disponibles ou ont des résultats probants sur l'influence de facteurs sociaux. Nous savons cependant que les femmes sont plus touchées que les hommes mais la différence est moindre en fin de vie (Vink et al., 2007 ; Roche & Thomas, Clément et al., 2010).

Parmi les facteurs sociaux qui protègent de la dépression plusieurs aspects entrent en jeu. Tout d'abord la culture: il semblerait que dans les civilisations où l'individu occupe une position active et utile à la collectivité, les risques de dépression sont réduits par rapport à un mode de vie individualiste (Jang, Kim & Chiriboga, 2005, cités par Clément et al., 2010). La religion est également un facteur limitant de développer une dépression (Vink et al., 2007) mais surtout du risque suicidaire (Charazac, 2014 ; Segal, Quall & Smyer, 2017 ; Clément, Nubukpo et Bonin-Guillaume, 2010). Les dogmes religieux découragent de passer à l'acte et rassurent le sujet, cette foi agissant comme une protection : il y a une vie après la mort. Nous retrouvons aussi le mariage qui serait un facteur de protection, surtout chez les hommes, mais pas le statut marital : les personnes n'ayant jamais vécu en couple ne présentent pas plus de dépression que les autres. L'entourage social est également primordial: un individu qui est intégré à un réseau social a moins de risques de développer une dépression (Pichot et al., 2012).

En résumé, les facteurs sociaux sont variés et certains présentent l'avantage d'être modifiables (le cadre de vie, le réseau social, la spiritualité) mais restent malheureusement fortement limités par les ressources financières et la culture du pays de résidence de la personne.

1.5.3 Les facteurs psychologiques de la dépression chez le sujet âgé

D'un point de vue psychologique : la personnalité, des antécédents dépressifs, la présence d'anxiété ou autre trouble mental, l'estime de soi, les stratégies de coping, les croyances sur le monde sont autant de facteurs influençant l'apparition ou non d'une dépression (Benoit & Doret, 2011 ; Segal et al., 2017).

Les personnalités avec un niveau de « neuroticisme » élevé seraient moins stables émotionnellement et plus réactives: ce trait de personnalité est celui que l'on retrouve le plus parmi les sujets dépressifs et/ou anxieux (Segal et al., 2017 ; Stato, 2005, cités par Kennedy, 2015 ; Benoit, 2012 ; Vink et al., 2007). Le trait « évitement » se retrouve également dans de nombreux cas, plus précisément quand il s'agit de symptômes anxio-dépressifs à apparition précoce (Benoit, 2012). A contrario, la dimension « optimisme » et « extraversion » sont des facteurs protecteurs (Segal et al., 2017). Les troubles de la personnalité jouent également un rôle dans les dépressions à début précoce et leur chronicité (Benoit & Doret, 2011 ; Rigaud et al., 2005). La moitié des individus avec des troubles de la personnalité seraient dépressifs parmi la population générale (Segal et al., 2017). Les personnalités évitantes, dépendantes et obsessionnelles sont celles que l'on retrouve le plus (Morse & Robins, 2005, cités par Clément et al., 2010 ; Byers et al., 2010, cités par Benoit, 2012).

L'aspect personnalité et stratégies de coping entrent bien évidemment en action dès lors qu'il faut faire face à des événements de vie. Monfort (2001) postule qu'il n'existe pas de spécificités psychologiques des personnes âgées, mais plutôt des événements de vie liés à l'avancée en âge (retraite et changement de rôle social, diminution de l'autonomie, mise sous tutelle) ou statistiquement plus fréquents (décès d'un proche, maladie, changement de lieu de vie, proximité avec sa propre mort) qui mettent à mal la personne qui y est confrontée. L'événement le plus fragilisant et à risque de développer une dépression est le veuvage, suivi de la maladie chronique (plus elle est invalidante, plus l'intensité de la dépression augmente) et le placement en institution (Segal et al., 2017). En effet, on estime que 20 à 40% des personnes âgées sont dépressives dans le cas d'une hospitalisation ou placement dans une institution dépendamment des études, contre 15 à 30% pour les personnes âgées vivant chez elles (Charazac, 2020 ; Fondacci, 2009). La vie quotidienne en institution est un événement à risques pour plusieurs raisons : une dépendance de la personne âgée entretenue par les soignants, l'éloignement des proches, le sentiment réduit de contrôle sur son environnement et abaissant l'estime de soi. L'engagement dans des activités est réduit et/ou peu encouragé par le corps médical; le sentiment d'appartenance à un groupe ne se crée pas réellement. Or, comme l'explique Hazif-Thomas (2013), travailler le sentiment d'appartenance « ne peut se faire qu'avec des conditions de vie dignes ».

On ne peut non plus ignorer les actes de maltraitance envers les personnes âgées: selon l'Organisation Mondiale de la Santé, 1 personne sur 6 en a été victime durant l'année 2017 (OMS) et cette pratique est reconnue comme un problème de santé publique en Wallonie depuis 2008 (Respect Seniors, 2019). Les abus concernent tous les contextes environnementaux et non pas uniquement les institutions. Ils sont variés: négligence de soins médicaux, d'hygiène,

d'alimentation, violences physiques telles que les coups, le non soulagement de la douleur, la contention, le non-respect de l'intimité, les violences sexuelles. Les abus psychologiques comme l'infantilisation, les menaces, le chantage affectif sont fréquents. On peut citer aussi les abus financiers et matériels, les abus liés au logement: inapproprié ou laissé insalubre (Plamondon, 1999; Evans, 1989 ; Kranzhoff, 1997, cités par Bizzini, 2007). La maltraitance n'épargne aucune classe socio-économique ou appartenance ethnique (Bizzini, 2007). L'abuseur peut être une personne de « confiance » (ami, voisin, conjoint, fils/fille...) tout comme un professionnel de la santé tel qu'une infirmière ou aide-soignante.

En résumé, les traits de personnalité et les stratégies de coping jouent un rôle majeur dans la manière de surmonter les événements difficiles de la vie. D'autant plus à un âge avancé où cette période présente son lot de changements qui peuvent être difficiles à gérer, peuvent par conséquent mener à des manifestations dépressives. A cela s'ajoute un risque accru de maltraitance à endurer selon la personne concernée.

1.5.4 Les facteurs maintenant les troubles anxio-dépressifs chez la personne âgée

Certains facteurs de risque de la dépression sont insidieux et peuvent maintenir la présence de troubles anxio-dépressifs dans le temps. L'isolement social serait un élément majeur de persistance de la dépression (Gask et al., 2011, cités par Courtin & Knapp, 2015) et concerne 23% des Belges âgés de 65 ans et plus (Maggi et al., 2013). Cependant, comme expliqué précédemment, certains auteurs mettent davantage en avant la qualité des relations sociales que l'aspect uniquement quantitatif des interactions sociales pour expliquer la dépression (West et al., 1986, cités par Liu, Gou et Zuo, 2016 ; Wilby, 2011). Il faut donc bien différencier l'isolement social qui concerne la quantité d'interactions sociales, de la solitude qui concerne la perception qu'une personne a de son entourage social. Ces deux concepts sont parfois confus dans la littérature scientifique. Des auteurs tels que Gottlieb (1994) tentent de les clarifier en parlant plutôt de « soutien social » qui serait « un processus d'interactions sociales qui augmente les stratégies d'adaptation (coping), l'estime de soi, le sentiment d'appartenance et la compétence, à travers l'échange effectif (réel) ou prévisible de ressources pratiques ou psychosociales » (cité par Altintas et al., 2012). Ces facteurs étant fortement relatifs à la dépression ou, à contrario, à la protection de celle-ci, le terme de « soutien » semble plus approprié lorsque l'on évoque le réseau social d'un sujet dépressif. Pour compléter cette définition, Bruchon- Schweitzer (2002) décrit le « soutien social » comme se composant de 3

éléments distincts: le réseau social (qui représente le nombre, la fréquence et l'intensité des liens établis avec l'entourage), le soutien social perçu (la satisfaction subjective des interactions vécues) et le soutien social reçu (l'aide affective apportée à autrui), (Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Winnubst et al., 1988, cités par Altintas et al., 2012). C'est donc plutôt le manque de soutien social qui serait un facteur de maintenance de la dépression, celui-ci étant favorisé par l'isolement social.

On retrouve également la présence d'une maladie organique et tout particulièrement neurologique (démence, maladie de Parkinson, accident vasculaire cérébral...) qui peut rendre chronique les symptômes dépressifs (Rigaud et al., 2005). En effet, comme décrit précédemment, l'influence bidirectionnelle complique l'évolution positive de chaque trouble.

La présence d'épisodes dépressifs antérieurs constituent également un risque aigu de rechutes dans le futur (Clément et al., 2010) ainsi que l'intensité des troubles dépressifs. Les dépressions dites « mélancoliques » ou les dépressions associées à des idées délirantes seraient les plus difficiles à traiter et fortement chroniques (Calvet & Clément, 2014 ; Rigaud et al., 2005): l'efficacité des anti-dépresseurs se montre décevante comparativement à l'adulte plus jeune (Rigaud et al., 2005), ce qui complique l'atténuation des symptômes. Ce résultat peut probablement s'expliquer par le manque de connaissances pharmacologiques concernant les patients âgés souffrant à la fois de dépression et de douleur chronique (Zis et al., 2017), bien que ce profil soit prédominant dans cette population.

En conclusion, le manque de soutien social est le facteur prédominant maintenant les symptômes anxio-dépressifs. Nous retrouvons également la présence d'une pathologie organique chronique et des antécédents d'épisodes dépressifs. Il est également important de relever qu'il y a une faiblesse dans l'intervention pharmacologique chez le sujet âgé malade, ce qui pourrait expliquer le manque de résultats et donc la persévérance des symptômes.

1.6 Recensement des outils disponibles pour mesurer les troubles dépressifs et/ou anxieux chez l'adulte et la personne âgée

Le premier objectif de ce travail de mémoire était de faire un état des lieux des connaissances sur la symptomatologie de la dépression et/ou de l'anxiété chez le sujet âgé.

Le second objectif est de recenser les outils diagnostiques ou de repérage de ces troubles qui sont disponibles dans le milieu professionnel et applicables à l'âge adulte. Le tableau présenté ci-après

reprend les informations de base de l'outil tels que le nom, si l'outil est spécifique à la personne âgée, le type d'administration, s'il évalue la dépression, l'anxiété ou les deux troubles et enfin, le nombre et type d'items. Des informations complémentaires telles que les auteurs, l'année de création et l'existence d'une version française sont disponibles en annexe 1.

Le tableau s'appuie tout d'abord sur les outils répertoriés par les auteurs Clément & Pradeau-Jean (2010) dans l'ouvrage « *Psychiatrie de la personne âgée* » (chapitre 54, pp.566-567 et p.580). Les auteurs mettent en avant 50 outils diagnostiques de la dépression et 20 outils diagnostiques de l'anxiété. Cependant, les informations restent trop succinctes, des recherches littéraires outil par outil ont été effectuées pour obtenir davantage de détails et pouvoir établir un tableau plus complet. Au fil des recherches, d'autres outils ont émergés de la littérature scientifique et des sites spécialisés dans la recherche gériatrique tel que le site interne du Réseau Québécois de Recherche sur le vieillissement (<http://www.rqrv.com/fr/>). Cette procédure permet de trouver 34 outils supplémentaires. Au total, 104 outils sont assemblés ainsi que leurs variants. Parmi eux, 25 outils repèrent les symptômes anxieux et/ou leur sévérité, 56 outils s'intéressent aux symptômes dépressifs et 23 outils évaluent à la fois l'anxiété et la dépression. Seuls 27 outils sont spécifiques à la personne âgée et 8 outils sont spécifiques à la présence de démence.

Tableau 2. Outils de dépistage de la dépression et/ou de l'anxiété et outils évaluant l'intensité des symptômes (adulte/personne âgée)

Outil	Spécifique à la personne âgée	Tranche d'âge	Administration	Anxiété	Dépression	Items
Adjective Mood Scale (AMS) ou Zerssen Mood Scale (ZMS) (Befindlichkeitskala Bf-S/Bf-S')	Non	-	Auto-rapporté		X	28 (paires d'adjectifs opposés)
Adult Manifest Anxiety Scale - Elderly version (AMAS-E)	Oui	Dès 60 ans	Auto-rapporté	X		44 (choix dichotomiques)
Anxiety Screening Questionnaire (ASQ)	Non	-	Auto-rapporté	X		17 (choix multiples)
Anxiety Status Inventory (ASI)			Entretien semi-structuré			
Self Rating Anxiety Scale (SAS)	Non	-	Auto-rapporté	X		20 (choix multiples)
Aphasic Depression Rating Scale (ADRS)	Non (patients aphasiques)	-	Hétéro-rapporté (aidant)	X	X	9 (choix multiples) S-E anxiété (3) S-E dépression (6)
Association de Méthodologie et de Documentation en Psychiatrie - Anxiété (AMDP-AT)	Non	Dès 16 ans	Hétéro-rapporté et auto-rapporté	X		17 (choix multiples)
Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ-30 ou ATQ-Negative)						30 (choix multiples)
Versions abrégées : (ATQ-15) (ATQ- 8)	Non	-	Auto-rapporté		X	15 (choix multiples) 8 (choix multiples)
Beck Anxiety Inventory (BAI)	Non	17 à 80 ans	Auto-rapporté	X		21 (choix multiples)
Beck Depression Inventory (BDI)						21 (choix multiples)
Version abrégée : Shortened BDI	Non	13 à 80 ans	Hétéro-rapporté ou Auto-rapporté		X	13 (choix multiples)
Beck Hopelessness Scale (BHS)	Non	-	Auto-rapporté		X	20 (choix dichotomiques)
Brief Anxiety Rating Scale ou Wang Anxiety Rating Scale (BARS /WARS)	Non	-	Hétéro-rapporté	X		12 (choix multiples)
Brief Assessment Scale Depression Cards (BASDEC)	Oui	-	Auto-rapporté et entretien semi-structuré		X	19 (choix dichotomiques)
Brief Assessment Scale for Depression (BAS-DEP)						21 (choix multiples/dichotomiques)
Version abrégée: Even Briefer Assessment Scale for Depression (EBAS-DEP)	Oui	-	Auto-rapporté		X	8 (choix dichotomiques)
Brief Edinburgh Depression Scale (BEDS)	Non (cancer)		Auto-rapporté		X	6 (choix multiples)
Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)	Non	-	Hétéro-rapporté avec entretien et observations	X	X	18 (choix multiples) S-E dépression (-) S-E anxiété (-)
Brief Scale for Anxiety (BSA)	Non	-	Hétéro-rapporté ou Auto-rapporté	X		10 (choix multiples)
Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS)	Non	Dès 12 ans	Hétéro-rapporté et entretien structuré		X	9 (choix multiples)
Cambridge Exeter Ruminative Thought Scale						-
Mini Cambridge Exeter Ruminative Thought Scale (Mini-CERTS)	Non	Dès 18 ans	Auto-rapporté	X	X	16 (choix multiples)
Canberra interview for the elderly (CIE)	Oui (démence)	Entretien structuré	Entretien structuré avec le patient et aidant ou soignant		X	(-) S-E dépression S-E démence
Carroll Depression Rating Scale (CDRS)						52 (choix dichotomiques)
Version abrégée : Brief Carroll Depression Rating Scale (BCDRS)	Non	Dès 18 ans	Auto-rapporté		X	11 (choix dichotomiques)
Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D)						20 (choix multiples)
Version abrégée: CES-D-10 CES-D 8	Non	Dès 18 ans	Auto-rapporté		X	10 (choix multiples) 8 (choix multiples)
Autre version : Center for Epidemiological Studies-Depression Revised (CES-D20-R)						20 (choix multiples)
Collateral Source Version of the Geriatric Depression Rating Scale (CS-GDS-30)	Oui	-	Version hétéro-rapporté de la Geriatric Depression Scale (GDS)		X	30 (choix dichotomiques)
Version abrégée : CS-GDS-15						15 (choix dichotomiques)

Outil	Spécifique à la personne âgée	Tranche d'âge	Administration	Anxiété	Dépression	Items
Comprehensive Assessment and Referral Evaluation - Revised (CARE) Version abrégée: SHORT-CARE	Oui	Dès 65 ans	Hétéro-rapporté avec entretien semi-structuré		X	(-) S-E dépression S-E troubles du sommeil S-E symptômes somatiques S-E démence (-) S-E dépression S-E troubles du sommeil S-E symptômes somatiques S-E démence
Cornell Dysthymia Rating Scale (CDRS)	Non	-	Hétéro-rapporté		X	20 (choix multiples)
Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) Cornell Scale for Depression in Dementia modified for use in Long-Term Care Staff CSDD-M-LTCS	Oui (démence)	-	Hétéro-rapporté (aidant et soignant) et entretien semi-structuré avec le patient Hétéro-rapporté (soignant)		X	19 (choix multiples) (présence et intensité des symptômes) -
Dementia Mood Assessment Scale (DMAS)	Oui (démence)	-	Hétéro-rapporté et entretien semi-structuré avec le patient		X	28 (choix multiples)
Dementia Signs and Symptoms Scale (DSS)	Oui (démence)	-	Entretien semi-structuré avec le patient (auto-rapporté), avec le soignant/aidant (hétéro-rapporté)	X	X	43 (choix multiples) S-E anxiété (4) S-E dépression (8)
Depression Adjective Checklist (DACL)	Non	-	Auto-rapporté		X	34 (adjectifs)
Depression and Somatic Symptoms Scale (DSSS)	Non	Dès 18 ans	Auto-rapporté		X	22 (choix multiples) S-E Dépression (12) S-E symptômes somatiques (10)
Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-42) Version abrégée: DASS-21	Non	-	Auto-rapporté	X	X	42 (choix multiples) S-E dépression (14) S-E anxiété (14) 21 (choix multiples) S-E dépression (7) S-E anxiété (7)
Depression Scale (DEPS)	Non	Dès 18 ans	Auto-rapporté		X	10 (choix multiples)
Depression Status Inventory (DSI)	Non	-	Hétéro-rapporté et entretien semi-structuré		X	20 (choix multiples)
Depressive Signs Scale (DSS)	Oui (démence)	-	Hétéro- et auto-rapporté (soignant/aidant, patient)		X	9 (-)
Diagramme FARD (Ferreri-Anxiety Rating Diagram)	Non	-	Hétéro-rapporté	X		12 (choix multiples)
Diagramme HARD	Non	-	Hétéro-rapporté		X	12 (choix multiples)
Echelle d'Humeur Dépressive (EHD)	Non	-	Hétéro-rapporté ou Auto-rapporté		X	18 (choix multiples)
Echelle d'Inhibition Anxieuse (WP2)	Non	-	Hétéro-rapporté	X		10 (choix multiples)
Echelle de dépression en institution (EDDI)	Oui	-	Hétéro-rapporté		X	16 (choix dichotomiques)
Echelle de dépression institutionnelle gériatrique (EDIG)	Oui	-	-	-	X	-
Echelle de gravité de l'anxiété	Non	-	Hétéro-rapporté avec entretien	X		3 (choix multiples)
Echelle de ralentissement dépressif	Non	-	Hétéro-rapporté avec entretien		X	14 (choix multiples)
Edinburgh Depression Scale (EDS-10) ou Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	Non (post-partum)	-	Auto-rapporté		X	10 (choix multiples)
EURO-D scale	Oui	Dès 65 ans	Auto-rapporté		X	12 (choix dichotomiques)
EuroQol 5 dimensions (EQ-5D-5L) Qualité de vie en 5 dimensions : mobilité, bien-être, activités, douleur, anxiété-dépression	Non	Dès 16 ans	Hétéro-rapporté ou Auto-rapporté	X	X	5 (choix multiples) S-E unique dépression-anxiété (1)
Evans Liverpool Depression Rating Scale (ELDRS)	Non (pathologie physique)	-	Auto-rapporté avec entretien semi-structuré		X	-

Outil	Spécifique à la personne âgée	Tranche d'âge	Administration	Anxiété	Dépression	Items
General Health Questionnaire ou Echelle de Goldberg (GHQ-60) Versions abrégées: (GHQ-30) (GHQ-28) (GHQ-12)	Non	Auto-rapporté		X - X X	X - X X	60 (choix multiples) S-E anxiété/dysphorie (5) S-E symptômes somatiques (5) S-E pensées suicidaires (5) S-E sommeil (5) S-E santé générale (5) S-E social (5) 30 (ø items symptômes somatiques) 28 S-E dépression (7) S-E anxiété (7) S-E symptômes somatiques (7) S-E social (7) 12 (choix multiples) (Anxiété/Dépression)
Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)	Non	-	Auto-rapporté	X		7 (choix multiples) (repérage et sévérité)
Geriatric Anxiety Inventory - Collateral (GAI-C) Geriatric Anxiety Inventory (GAI) Version abrégée: Geriatric Anxiety Inventory Short Form (GAI-SF)	Oui	-	Hétéro-rapporté ou Auto-rapporté avec entretien semi-structurée avec un soignant	X		20 (choix dichotomiques) 9 (choix dichotomiques)
Geriatric Anxiety Scale (GAS ou GAS-30) Version abrégée: (GAS-10) Autre version: Geriatric Anxiety Scale-Long Term Care Version (GAS-LTC)	Oui	-	Auto-rapporté	X		30 (choix multiples) 10 (choix multiples) 10 (choix dichotomiques)
Geriatric Depression Scale (GDS-30) Versions abrégées : (GDS-15) (GDS- 10) (GDS-8) Mini-GDS-4 (GDS-1)	Oui	Dès 75 ans	Auto-rapporté		X	30 (choix dichotomiques) 15 (choix dichotomiques) 10 (choix dichotomiques) 8 (choix dichotomiques) 4 (choix dichotomiques) 1 (choix dichotomiques)
Geriatric Depression Scale Residential (GDS-12R)	Oui	Population très âgée hospitalisée	Auto-rapporté avec assistance du clinicien		X	12 (choix dichotomiques)
Geriatric Hopelessness Scale (GHS)	Oui	Dès 65 ans	Auto-rapporté avec entretien semi-structuré		X	30 (choix dichotomiques)
Geriatric Mental State Examination ou Geriatric Mental State Schedule (GMSS) ou Geriatric Mental Status Interview (GMS) Version abrégée : Geriatric Mental State - Version A (GMS-A)	Oui	Dès 60 ans	Entretien semi-structuré	X	X	541 (choix multiples) Sous-échelle Dépression (102) Sous-échelle Anxiété (-) -
Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS ou HAM-A)	Non	-	Hétéro-rapporté	X		14 (choix multiples)
Hamilton Rating Scale for Depression (HDRS, HAMD-21) Versions abrégées : (HAMD-17) (HAMD-10) (HAMD-7) (HAMD-6)	Non	Dès 18 ans	Hétéro-rapporté et entretien au préalable avec le patient		X	21 (choix multiples) (intensité des troubles dépressifs) 17 (choix multiples) 10 (choix multiples) 7 (choix multiples) 6 (choix multiples)
Hopelessness Inventory for Late Life (HILL) Version abrégée: HILL-S	Oui	Dès 60 ans	Auto-rapporté		X	29 (choix multiples) 13 (choix multiples)
Hopelessness Scale (HS)	Non	17 à 80 ans	Auto-rapporté		X	20 (choix dichotomiques)

Outil	Spécifique à la personne âgée	Tranche d'âge	Administration	Anxiété	Dépression	Items
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) Versions abrégées : Hospital Anxiety and Depression (Scale-Anxiety) (HADS-A) et Scale Depression (HADS-D)	Non	Entre 16 et 65 ans	Auto-rapporté	X	X	14 (choix multiples) S-E dépression (7) S-E anxiété (7) 7 (choix multiples)
Intolérance à l'incertitude (QII)	Non	-	Auto-rapporté	X		27 (choix multiples)
Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS) Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II)	Non	-	Auto-rapporté	X	X	64 (choix multiples) - 99 (choix multiples) S-E dépression (20) -
Inventory of Depressive Symptomatology Self-Report (IDS-SR) Inventory of Depressive Symptomatology - Clinician Rated (IDS-C) Versions abrégées: Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self Report (QIDS-SR-16) Quick Inventory of Depressive Symptomatology Clinician Rated (QIDS-C-16) Koenig Depression Scale (KDS)	Non	Dès 18 ans	Auto-rapporté ou Hétéro-rapporté		X	30 (choix multiples) 28 (choix multiples) 16 (choix multiples) (intensité des symptômes dépressifs)
L'échelle d'anxiété trait ou Bonis Anxiety Trait-State (BATE) Major Depression Inventory (MDI)	Non	-	-	X		37 (-) 12 (choix multiples) (mesure la sévérité des symptômes également)
Major Depression Rating Scale (MDS)	Non	-	Hétéro-rapporté		X	9 (choix multiples)
Manchester Nurse Rating Scale for Depression (MNRS-D)	Non	-	Hétéro-rapporté		X	15 (choix multiples)
Measurement of Morale in the Elderly	Oui	Dès 60 ans	Entretien semi-structuré auto-rapporté et hétéro-rapporté (clinicien)		X	45 (multiples et dichotomiques) Cluster dépression/satisfaction (8)
Melancholia Rating Scale (MRS)	Non	Dès 18 ans	Hétéro-rapporté		X	11 (choix multiples)
Mental Health Index ou Mental Health Inventory (MHI) Versions abrégées: (MHI-17) (MHI-13) (MHI-5)	Non	-	Auto-rapporté	X	X	38 (choix multiples) S-E dépression (5) S-E anxiété (10) 17 (choix multiples) S-E dépression (8) S-E anxiété (4) 13 (choix multiples) S-E dépression (9) S-E anxiété (4) 5 (choix multiples) (présence de bien-être/absence de détresse)
Mesure de l'anxiété du sujet âgé (MASA)	Oui	Dès 65 ans	Auto et hétéro-rapporté	X		20 (choix dichotomiques)
Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) (MADR-S)	Non	Dès 18 ans	Hétéro-rapporté Auto-rapporté		X	10 (choix multiples) (intensité des symptômes dépressifs) 9 (choix multiples)
Mood Scales-Elderly (MS-E)	Oui	-	Auto-rapporté	X	X	50 (adjectifs)
Multiple Affect Adjective Checklist Multiple Affect Adjective Checklist-Revised (MAACL-R). 2 versions: Trait Form - State Form	Non	-	Auto-rapporté	X	X	132 (adjectifs) Sous-échelle Dépression (24) Sous-échelle Anxiété (20) 70 (adjectifs) -

Outil	Spécifique à la personne âgée	Tranche d'âge	Administration	Anxiété	Dépression	Items
Neuro Psychiatric Inventory (NPI) Version abrégée : NPI-Questionnaire (NPI-Q) Autre version : NPI-Nursing Home	Oui (démence)	-	Hétéro-rapporté (aidant) avec entretien semi-structuré Hétéro-rapporté (soignant) avec entretien semi-structuré Hétéro-rapporté (aidant)	X	X	91 (choix dichotomiques) S-E dépression/dysphorie (8) S-E anxiété (7) 12 (choix dichotomiques/multiples) - 82 (choix dichotomiques) S-E dépression/dysphorie (8) S-E anxiété (7)
OARS Depressive Scale(ODS)	Oui (hors institution)	Dès 65 ans	Auto-rapporté et entretien semi-structuré		X	18 (choix multiples)
Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS) Version abrégée: Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20) Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	Non	-	Auto-rapporté	X		40 (choix multiples) 20 (choix multiples)
Versions abrégées : (PHQ-4) (PHQ-2)	Non	Dès 18 ans	Auto-rapporté	X	X	9 (choix multiples, dépression) 4 (choix multiples anxiété et dépression) 2 (choix multiples) (intensité des symptômes dépressifs)
Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) PSWQ - Collateral (PSWQ-C) Version abrégée: Penn State Worry Questionnaire (abbreviated) - (PSWQ-A)	Non	-	Auto-rapporté ou Hétéro-rapporté	X		16 (choix multiples) 8 (choix multiples) (intensité de l'anxiété)
Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCMS) Version abrégée : Shortened PGCMS	Oui	De 70 à 90 ans	Auto-rapporté avec ou sans entretien semi-structuré	X	X	17 (choix dichotomiques) Sous-échelle anxiété (6) Sous-échelle dépression (11) 15 (choix dichotomiques) (-)
Popoff Index of Depression (PID)	Non	-	Auto-rapporté		X	15 (choix multiples)
Pourquoi s'inquiéter ? (PSI) Autre version : Pourquoi s'inquiéter? Version 2 (PSI-II)	Non	-	Auto-rapporté	X		20 (choix multiples) 25 (choix multiples)
Primary Care Evaluation of Mental Disorders Patient Questionnaire (PRIME-MD PQ) PRIME-MD Clinician Evaluation Guide (CEG)	Non	-	Auto-rapporté ou hétéro-rapporté avec entretien	X	X	26 (choix dichotomiques) S-E dépression (2) S-E anxiété (-)
Profile of Mood States (POMS)	Non	Dès 18 ans	Auto-rapporté	X	X	65 (choix multiples) Sous-échelle Anxiété (9) Sous-échelle Dépression (15)
Psychogeriatric Assessment Scales (PAS) Version patient Version aidant	Oui (démence)	-	Entretien structuré avec le patient/l'aidant ou soignant (se base sur le CIE)		X	27 (-) S-E dépression (12) 31 (-) S-E changements comportementaux (15)
Psychotic Depression Assessment Scale (PDAS)	Non	Dès 18 ans	Hétéro-rapporté (clinicien)	X	X	11 (sévérité des symptômes dépressifs) S-E anxiété (1)
Questionnaire de dépistage de dépression des sujets très âgés (QDDSTA ou DEP-GER) Questionnaire QD2A	Oui Non	Dès 75 ans -	Auto-rapporté Hétéro-rapporté et auto-rapporté		X X	10 (choix dichotomiques) 13 (choix dichotomiques)
Rating Anxiety In Dementia (RAID) Rating Anxiety In Dementia Structured Interview (RAID-SI)	Oui (démence)	-	Auto-rapporté et hétéro-rapporté (entretien semi-structuré avec un soignant/aidant et entretien avec le patient)	X		20 (choix multiples)
Self-Rating Depression Scale (SDS)	Non	-	Auto-rapporté		X	20 (choix multiples)
SelfCARE(D)	Oui (hors institution)	Dès 65 ans	Auto-rapporté		X	12 (choix multiples)
Semi-structured Depression Scale (GMS-DS)	Oui	-	Entretien semi-structuré (reprend le GMSS)		X	33 (choix multiples) (sévérité des symptômes)

Outil	Spécifique à la personne âgée	Tranche d'âge	Administration	Anxiété	Dépression	Items
Severity Depression Scale ou Raskin Depression Rating Scale (RDRS)	Oui	-	Hétéro-rapporté avec entretien au préalable		X	3 (choix multiples) (sévérité des symptômes)
Short Anxiety Screening Test (SAST)	Oui	Dès 70 ans	Auto-rapporté	X		10 (choix multiples)
State-Trait Anxiety Inventory (STAI)	Non	-	Auto-rapporté	X		40 (choix multiples)
Stroke Aphasic Depression Questionnaire (SADQ)	Non (patients aphasiques suite à un AVC)	-	Hétéro-rapporté (aidant)		X	21 (choix multiples)
Autres versions: (SADQ-10)						10 (choix multiples)
Stroke Aphasic Depression Questionnaire – Hospital version (SADQ-H)						21 (choix multiples)
Stroke Inpatient Depression Inventory (SIDI)	Non	Dès 18 ans			X	30 (choix dichotomiques)
The Clinical Anxiety Scale (CAS)	Non	-	Auto-rapporté	X		25 (choix multiples)
The Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25)	Non	-	Auto-rapporté (reprend le SCL-90-R)	X	X	25 (choix multiples) S-E dépression (15) S-E anxiété (10)
The Inventory to Diagnose Depression (IDD)	Non	-	Auto-rapporté	X	X	22 (choix multiples) (mesure la dépression et l'intensité des symptômes dépressifs)
The Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)	Non	De 14 à 65 ans Applicable aux adultes avec douleurs chroniques	Auto-rapporté	X	X	90 (choix multiples) S-E dépression (13) S-E anxiété (10)
Versions abrégées : The Brief Symptom Inventory (BSI-53)						53 (choix multiples) S-E dépression (6) S-E anxiété (6)
The Symptom Checklist -27 (SCL-27)						27 (choix multiples) S-E dépression (4)
The Brief Symptom Inventory (BSI-18)						18 (choix multiples) S-E dépression (6) S-E anxiété (6)
The Symptom Checklist -14 (SCL-14)						14 S-E dépression (6)
The Symptom Checklist-5 (SCL-5)						5 (choix multiples) (-)
Symptom Checklist-K-9						9 (choix multiples) (-)
Whooley questions	Non	-	Auto-rapporté		X	2 (choix dichotomiques)
World Health Organisation Well-Being questionnaire (WHO-28)	Non	-	Auto-rapporté	X	X	28 (choix multiples) S-E dépression (-) S-E anxiété (-)
Versions abrégées : WHO-10 WHO-5						10 (choix multiples) 5 (choix multiples)
Worry Scale (WS)	Oui	Dès 65 ans	Auto-rapporté	X		35 (choix multiples)
Autres versions : Worry Scale Revised (WSR)						88 (choix multiples)
Worry Scale Older Adults - Revised (WSOA-R)						16 (choix dichotomiques) (questionne les stratégies de coping)
Zung Self-Rating Depression Scale (SDS)	Non	De 19 à 65 ans	Auto-rapporté		X	20 (choix multiples) (sévérité des symptômes) (ø évaluation du ralentissement psychomoteur ni forme atypique)
Version abrégée : Short Zung Interviewer-assisted Depression Scale (Short Zung IDS)			10 (choix multiples)			

Notes. S-E : sous-échelle. La présence d'un (-) signifie que l'information n'est pas disponible.

1.7 Evaluation et sélection des outils les plus appropriés à la personne âgée

1.7.1 Comment choisir un outil fiable et valide?

Le troisième objectif de ce travail de mémoire est de déterminer quels sont les outils de screening de la dépression/anxiété, les plus appropriés à la personne âgée. En effet, il est essentiel de relever les propriétés psychométriques puisqu'un outil utilisé en psychologie se doit de répondre à certaines exigences pour permettre un travail efficace. Quelles sont ces exigences ? Un outil doit être considéré comme suffisamment fidèle, valide, sensible et spécifique (Hogan, 2017 ; Rolland, 2006). Sinon l'outil n'est pas standardisé, ce qui remet en question son efficacité. Nous allons définir ces quatre concepts essentiels en psychométrie.

Avant toute chose, les outils présentés sont tous des tests. En sciences sociales un test se définit comme « *un échantillon d'informations sur une caractéristique prévue des personnes, recueillies dans des conditions spécifiées et systématiques* » (Cizek, 2020, p.2). Il faut garder en tête que dans ce domaine, les auteurs cherchent à observer des caractéristiques qui ne sont pas directement observables (Cizek, 2020), d'où la complexité de s'assurer qu'un test correspond réellement aux objectifs souhaités.

Premièrement, la fidélité d'un test fait référence à la reproductibilité des résultats chez un même individu. Autrement dit, « *un test fidèle, en psychométrie, donne de façon constante le même résultat ou des résultats similaires pour un individu* » (Hogan, 2017 p.74). Il faut évidemment prendre en compte que le trait mesuré peut fluctuer et s'assurer que cette modification est attribuable au sujet (Hogan, 2017), dans notre cas une personne peut obtenir un score « positif » aux troubles dépressifs à un instant T, puis un score « négatif » plusieurs mois plus tard. Cela ne veut pas dire que le test n'est pas fiable, mais plutôt que le changement de score est imputable à une évolution positive du trouble. L'indice de fidélité répond aux questions « *Quelle est la précision de ce test? Est-ce que les informations fournies, par ce test sous forme de scores, comportent une marge d'erreur acceptable ?* » (Rolland, 2006).

Plusieurs méthodes existent pour mesurer la fidélité d'un test:

- La fidélité test-retest. Un même sujet répond au même test sur une période de temps plus ou moins étendue. La corrélation est alors calculée entre les résultats des deux passations, souvent établie sous la forme d'un coefficient de corrélation de Pearson appelé le « coefficient de stabilité/

fidélité ». Cette méthode a toutefois tendance à être trompeuse car elle surestime la fidélité réelle du test (Rolland, 2006), notamment par effet d'apprentissage (Hogan, 2017).

- La fidélité inter-juges (ou inter-observateurs). Plusieurs évaluateurs établissent le score d'un même sujet. Le coefficient de corrélation intra-classe est alors calculé. Cette méthode ne *« renseigne {que} sur les erreurs aléatoires attribuables aux variations entre les évaluateurs. Elle ne révèle rien d'autre comme type d'erreur »* (Hogan, 2017, p.87).
- La fidélité par versions parallèles (ou formes équivalentes). Un même participant répond à deux versions d'un même test (ces versions doivent être similaires). Un coefficient de corrélation entre les résultats des deux versions est alors calculé.
- La cohérence interne (ou d'homogénéité), qui se calcule par la méthode de bissection, les formules de Kuder-Richardson ou encore le coefficient alpha. La bissection est simplement une méthode réduite des parallèles (au lieu de répondre à un test à deux versions, le participant répond à un test unique puis l'évaluateur divisera en deux le test). Cependant, les formules de Kuder-Richardson (uniquement pour des items dichotomiques) et le coefficient alpha de Cronbach (tout type d'items), sont majoritairement utilisés car considérés comme plus robustes (Hogan, 2017 ; Rolland, 2006). Il faut cependant relever que le coefficient alpha de Cronbach est fortement influencé par le nombre d'items, si ils sont trop réduits cela peut fausser le résultat (Hogan, 2017 ; Rolland, 2006). En effet, un outil qui possède peu d'items est généralement peu fiable (Hogan, 2017).

Il est important de relever que chaque méthode cible une ou plusieurs sources d'erreurs possibles mais pas l'intégralité des erreurs. Un test peut donc obtenir un coefficient interne excellent mais il est illusoire de penser que toutes les erreurs ont été écartées (Hogan, 2017).

Un degré de fidélité compris entre 0,70 et 0,79 est considéré comme adéquat mais peu recommandable surtout si les coefficients pour les autres qualités (validité, sensibilité, spécificité) sont également peu élevés. Dans l'idéal, le coefficient de fidélité est de 0,80 au minimum pour être considéré comme « bon » et $\geq 0,90$ pour être considéré comme excellent.

Deuxièmement, la caractéristique essentielle à évaluer est la validité. La validité fait référence au *« degré auquel un test mesure ce qu'il prétend mesurer »* (Hogan, 2017, p102). Néanmoins, cette définition n'est pas tout à fait vraie, la formulation habituellement entendue « est-ce que ce test est

valide? » n'est pas correcte (Cronbach cité par Cizek, 2020 ; Hogan, 2017). D'après Hogan (2017), « *ce sont les interprétations des scores de tests requises par les usages proposés qui sont évaluées et non le test lui-même* » (p.102): finalement la validité fait référence à l'interprétation d'un score à une finalité particulière (Hogan, 2017).

Il existe plusieurs indices de validité:

- La validité de construit (ou conceptuelle/théorique), qui permet de s'assurer que les items du test sont représentatifs de la dimension mesurée et de ses composants (Hogan, 2017). Dans notre cas, il faut s'assurer que les items de l'outil reflètent correctement les concepts théoriques de la dépression et l'anxiété chez le sujet âgé, ce qui nécessite des connaissances solides. De plus, ce type de validité garde une part subjective, chaque auteur détermine si tel item correspond bien à tel trait (Rolland, 2006) d'où l'importance de s'appuyer sur des connaissances théoriques actuelles et bien sourcées.

La validité de construit comprend la validité factorielle, la validité convergente et la validité divergente.

La validité factorielle évalue si l'outil possède la même « structure » que la théorie et si il mesure toutes les composantes. Par exemple pour la dépression, il faut s'assurer que l'outil mesure ses trois composants que sont la cognition, les émotions et les comportements (Hogan, 2017). Un score à un test peut donc être valide pour un composant (e.g cognition) mais pas un autre (e.g comportements): le construit complet de la dépression n'est alors pas respecté.

La validité convergente s'assure que l'outil est positivement corrélé à d'autres outils qui mesurent le même construit ou un des composants (e.g les ruminations).

À l'opposé, la validité divergente permet de vérifier que l'outil ne corrèle pas avec des critères non pertinents. Par exemple un test censé mesurer la dépression ne peut pas corrélérer positivement avec un test mesurant la satisfaction de vie.

La validité de construit se mesure à l'aide d'une analyse factorielle (Hogan, 2017).

- La validité critériée (ou de critère), porte sur l'efficacité d'un outil à prédire le comportement dans diverses situations. Elle comprend la validité concomitante et la validité prédictive (Hogan, 2017).

La validité concomitante « *représente la capacité de prédiction d'un test lorsque la mesure et le critère sont mesurés au même moment* » (Dandeneau, 2020). On peut par exemple penser que plus une personne est motivée, plus elle sera persistante dans une tâche. Si l'outil valide cette hypothèse, cela voudra dire que la validité concomitante entre la motivation et la persistance est élevée.

La validité prédictive est très similaire, elle évalue « *la capacité de prédiction d'un test lorsque le critère est mesuré ultérieurement* » (Dandeneau, 2020). Pour continuer sur le même exemple, on peut imaginer l'utilisation d'un outil pour évaluer la motivation chez des étudiants en début d'année académique et comparer le score aux notes finales des examens. Dans le cas de la dépression, la validité prédictive pourrait présager une baisse des activités si le sujet commence à manifester des troubles dépressifs.

Une méthode qui permet d'évaluer la validité critériée, est de comparer l'outil évalué avec un outil déjà validé et qui mesure le même construit. L'enjeu de créer un nouvel outil, alors qu'il en existe qui sont bien établis, est souvent de rendre la passation plus pratique comme en proposant des tests plus courts mais tout aussi fiables et valides que son « *gold standard* » (Watson et al., 2009).

Troisièmement, les dernières caractéristiques essentielles d'un test sont sa sensibilité et sa spécificité. La sensibilité mesure si le test sera capable de détecter la présence ou non de la caractéristique souhaitée chez le sujet. Dans notre cas, est-ce que le test est suffisamment sensible pour détecter des symptômes anxio-dépressifs chez le répondant qui souffre véritablement de cette pathologie ? La spécificité est complémentaire à la sensibilité, elle indique le degré auquel le test mesure bien ce qu'il est censé mesurer. Par exemple, le test détecte des sujets comme n'ayant pas de symptômes anxio-dépressifs et ils ne souffrent véritablement pas de cette pathologie. Ces deux caractéristiques sont souvent établies en pourcentages. La sensibilité et la spécificité sont les composants de la validité discriminante.

La sensibilité et la spécificité sont directement liées à la notion de faux positifs et faux négatifs. Si la sensibilité est trop faible, le test risque de ne pas détecter des personnes souffrant de troubles anxio-dépressifs (faux négatifs). À l'inverse, si le test n'est pas assez spécifique il risque de détecter des personnes comme souffrant de troubles anxio-dépressifs, alors que ce n'est pas le cas (faux positifs). En conséquence, il faut trouver un juste équilibre entre ces deux caractéristiques ou bien favoriser l'une des deux caractéristiques en fonction des risques encourus (Hogan, 2017). Vaut-il

mieux repérer des faux négatifs ou des faux positifs dans le cas de troubles anxio-dépressifs ? La réponse est subjective mais il semble tout de même plus adéquat de favoriser la sensibilité.

En résumé, l'élaboration d'un outil est rigoureuse. Elle nécessite que l'outil soit fiable et valide, ces caractéristiques s'influencent mutuellement, et donc l'une aux dépens de l'autre: un outil peut être tout à fait fiable, mais non valide. Il faut donc privilégier un outil modérément fiable et valide, qu'un outil à la fidélité excellente mais qui ne se montre pas valide (Hogan, 2017).

2. METHODOLOGIE

La méthodologie de cette revue systématique suit les normes protocolaires selon PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), la checklist la plus récente a servi de guide pour permettre un travail rigoureux (McKenzie et al., 2020).

2.1 Les critères d'inclusion et d'exclusion

L'intérêt de cette revue systématique est d'explorer les outils diagnostiques actuels de la dépression et de l'anxiété et leur fiabilité, au sein de la population vieillissante. Des critères d'inclusion et d'exclusion sont intégrés à la stratégie de recherche pour répondre à cet objectif.

Les critères d'inclusion sont:

- L'article a pour thème principal un outil évaluant la dépression ou l'anxiété chez la personne âgée
- L'article a pour visée de tester la fiabilité, la validité, la spécificité et la sensibilité de l'outil en question.
- L'outil est utilisé en anglais ou en français.

Les critères d'exclusion sont :

- Les participants sont âgés de moins de 60 ans
- L'article porte sur une population spécifique ayant vécu un événement bien précis (accident de la route, séisme, vétérans de guerre, pandémie de COVID-19...)
- L'article s'intéresse uniquement aux qualités psychométriques de la traduction d'un outil (hors langue française)

2.2 Les bases de données utilisées

Selon le règlement facultaire, un minimum de deux bases de données est demandé pour effectuer sa recherche. Pour collecter les informations, nous avons utilisé trois bases de données : PsycInfo (via l'interface Ovid), MedLine (via l'interface Ovid) et Scopus. L'ensemble des recherches s'est effectuée le 22/03/2022.

La base de données PsycInfo est produite par l'*American Psychology Association (APA)* et couvre les domaines des sciences psychologiques, sociales, comportementales et de la santé. Plus de 4 millions de références y sont disponibles. La base de données Medline est produite par l'*US National Library of Medicine (NML)*, ses disciplines sont les sciences biomédicales et la santé, plus de 25 millions de références y sont disponibles. La dernière base de données, Scopus, est produite par *Elsevier* et regroupe de multiples disciplines. Plus de 75 millions de références y sont répertoriés (N.Durieux, communication personnelle, 6 mars 2020).

2.3 Stratégie de recherche

Une stratégie de recherche reprenant les concepts qui nous intéressent ainsi que leurs descripteurs a été établie selon un langage contrôlé et un langage libre. Tous les descripteurs sont en anglais pour accéder à davantage de références. La stratégie de recherche se compose de cinq concepts : les propriétés psychométriques, les outils diagnostiques, la dépression, l'anxiété et la personne âgée. Les mots-clefs utilisés pour les propriétés psychométriques sont : psychometric*, test reliability, test validity, validation. Les mots-clefs utilisés pour les outils diagnostiques sont : evaluation, psychiatric evaluation, measurement, psychological assessment, questionnaire*, assessment, test*, scale*. Pour la dépression et l'anxiété les descripteurs utilisés sont : depression, depressive disorder, depress*, major depression ; anxiety, anxiety disorder*, generalised anxiety disorder, anxious*. Pour le dernier concept qui concerne la personne âgée, les descripteurs sont les suivants : geriatric patients, geriatric*, old* adult*, elderly, senior* et old* population. Tous ces mots-clefs ont été combinés entre eux avec des opérateurs booléens comme suit: « psychometric* » OR « test reliability » OR « test validity » OR « validation » AND « evaluation » OR « psychiatric evaluation » OR « measurement » OR « psychological assessment » OR « questionnaire* » OR « assessment » OR « test* » OR « scale* » AND « depression » OR « depressive disorder » OR « depress* » OR « major depression » OR « anxiety » OR « anxiety disorders » OR « generalised

anxiety disorder » OR « anxious* » AND « geriatric patients » OR « geriatric* » OR « older adulthood » OR « old* adult* » OR « elderly » OR « senior* » OR « old* population ». L'utilisation de la troncature (*) permet de recouvrir un plus grand nombre de mots-clefs, et l'utilisation du symbole (#) permet d'accéder aux articles sur l'anxiété généralisée écrit en anglais britannique et/ou en anglais américain.

L'équation a été effectuée dans les bases de données PsycInfo et Medline selon un langage contrôlé et un langage libre. Les mots-clefs devaient apparaître dans le titre, le résumé et/ou dans la liste des mots-clefs associés à l'article écrit par l'auteur, ce qui explique l'ajout « ti, ab, id. » sur PsycInfo et « ti, ab, kf. » sur Medline. L'utilisation des descripteurs en langage contrôlé est adaptée en fonction de la base de données, puisqu'ils diffèrent selon la base de données utilisée. Pour la plateforme Scopus la procédure similaire, cependant il n'y a que du langage libre. Les recherches étaient réduites aux années de publication d'articles allant de 2017 à 2022 pour s'appuyer sur les toutes dernières connaissances scientifiques, ainsi qu'aux articles rédigés en anglais ou en français.

2.4 Gestion, sélection et extraction des données

Tous les résultats obtenus ont été exportés vers le logiciel Zotero (<https://www.zotero.org/>). Un premier tri est effectué pour éliminer les doublons, voire triplets. Un second tri est réalisé via le logiciel Excel pour plus de clarté, en se basant sur le titre et le résumé de l'article en tenant compte des critères d'inclusion et d'exclusion explicités précédemment. Un troisième tri est effectué, cette fois-ci après lecture de l'article dans son intégralité pour s'assurer qu'il correspond bien à l'objectif de cette revue.

Trois tableaux d'extraction des données ont été créés (voir tableaux 3, 4 et 5). Le premier tableau reprend les caractéristiques générales des études, le second reprend les qualités psychométriques relatives à la fidélité et le troisième contient les qualités psychométriques relatives à la validité.

Les caractéristiques générales (Tableau 3) relevées sont le nom de l'outil, la référence de l'article, le pays où l'étude a eu lieu, la taille de l'échantillon, le sexe ratio, l'âge moyen des participants et/ou la tranche d'âge, le contexte dans lequel ont été recrutés les participants pour savoir à quel type de population nous avons à faire et enfin le mode d'administration utilisé lors de l'étude. Les données concernant la validité (Tableau 4) reprennent le nom de l'outil et sa référence, la validité de

construit, la validité divergente/convergente et la validité discriminante. Le dernier tableau portant sur la fidélité (Tableau 5) comprend à nouveau le nom de l'outil et sa référence, la cohérence interne, la fidélité inter-juges et la fidélité test-retest.

Il est à noter que certains articles (6) sont des revues systématiques. Ce type d'article ne pouvant pas être exploité pour ce modèle de mémoire, chaque revue a été lue en intégralité pour en extraire les articles qui correspondent à nos critères d'inclusion. Au total, seul un article correspond aux critères d'inclusion/exclusion: la majorité d'entre eux est antérieure à 2017 et/ou évalue une version étrangère.

2.5 Méthode pour identifier les risques de biais de l'étude

La méthode privilégiée pour identifier les risques de biais des articles est l'utilisation des grilles JBI (<https://jbi.global/critical-appraisal-tools>) qui est un institut reconnu dans le domaine de la santé et l'evidence-based-practice (EBP) (Joanna Briggs Institute, 2020). Une grille spécifique aux articles visant à évaluer la précision d'un test diagnostique a été utilisée. Elle se compose de dix questions. Il faut répondre par « oui », « non », « flou » ou « non applicable ». Cette grille permet une vue d'ensemble des points essentiels à respecter pour mener une étude de bonne qualité. Le tableau 6 reprend les questions/réponses des articles sélectionnés pour ce travail de mémoire. Le processus a été effectué par une seule personne mais dans le domaine scientifique il est convenu qu'il soit fait par aux moins 2 intervenants et de manière indépendante pour permettre une évaluation plus complète et moins subjective (Joanna Briggs Institute, 2020 ; PRISMA, 2020)

En conclusion, la méthodologie de cette revue avait pour objectif de répondre à une question claire et explicite. Quels sont les outils psychométriques évaluant la dépression/anxiété les plus appropriés à la population âgée ? Un choix dans les critères d'inclusion et d'exclusion a été établi pour répondre au mieux à cette question. La sélection des bases de données et l'élaboration d'une stratégie de recherche construite sur base d'essais-erreurs a permis d'obtenir des références bibliographiques. Un processus de tri et de sélection des articles pertinents pour ce travail de mémoire ont été effectués, ainsi que l'extraction des informations relatives à ces articles. Enfin, une évaluation qualitative des études a permis de s'assurer du degré de fiabilité des résultats et conclusions apportés par les auteurs.

3.RÉSULTATS

3.1 Sélection des articles

Les bases de données PsycInfo et Medline via l'interface Ovid permettent d'obtenir 261 résultats (PsycInfo) et 334 résultats (Medline). La troisième base de données, Scopus, apporte 393 résultats. Une fois les doublons, voire triplets identifiés (219) il nous reste au total 769 articles à trier sur base du titre et de l'abstract. Une limite de 500 références est recommandée par l'université, cependant pour éviter toute omission, nous avons choisi de trier l'ensemble des résultats.

Une fois cette étape terminée, il ne reste que 40 articles car beaucoup de « bruit » est apparu dans les résultats obtenus (population qui ne correspond pas, le sujet principal était l'impact de la Covid-19, l'outil était dans une langue autre que le français ou l'anglais, l'étude n'évalue pas les qualités psychométriques d'un outil).

Un second tri sur base de la lecture intégrale de l'article est effectué. La majorité des études est exclue car l'échantillon est trop jeune (dès 50 ans), toutefois un article est conservé (Pifer & Segal, 2020) même si le plus jeune participant est âgé de 59 ans car l'écart reste minime avec notre critère d'inclusion (≥ 60 ans). Nous nous retrouvons alors avec 8 articles. Un diagramme de flux (*figure 1*) a été réalisé pour résumer chaque étape décrites.

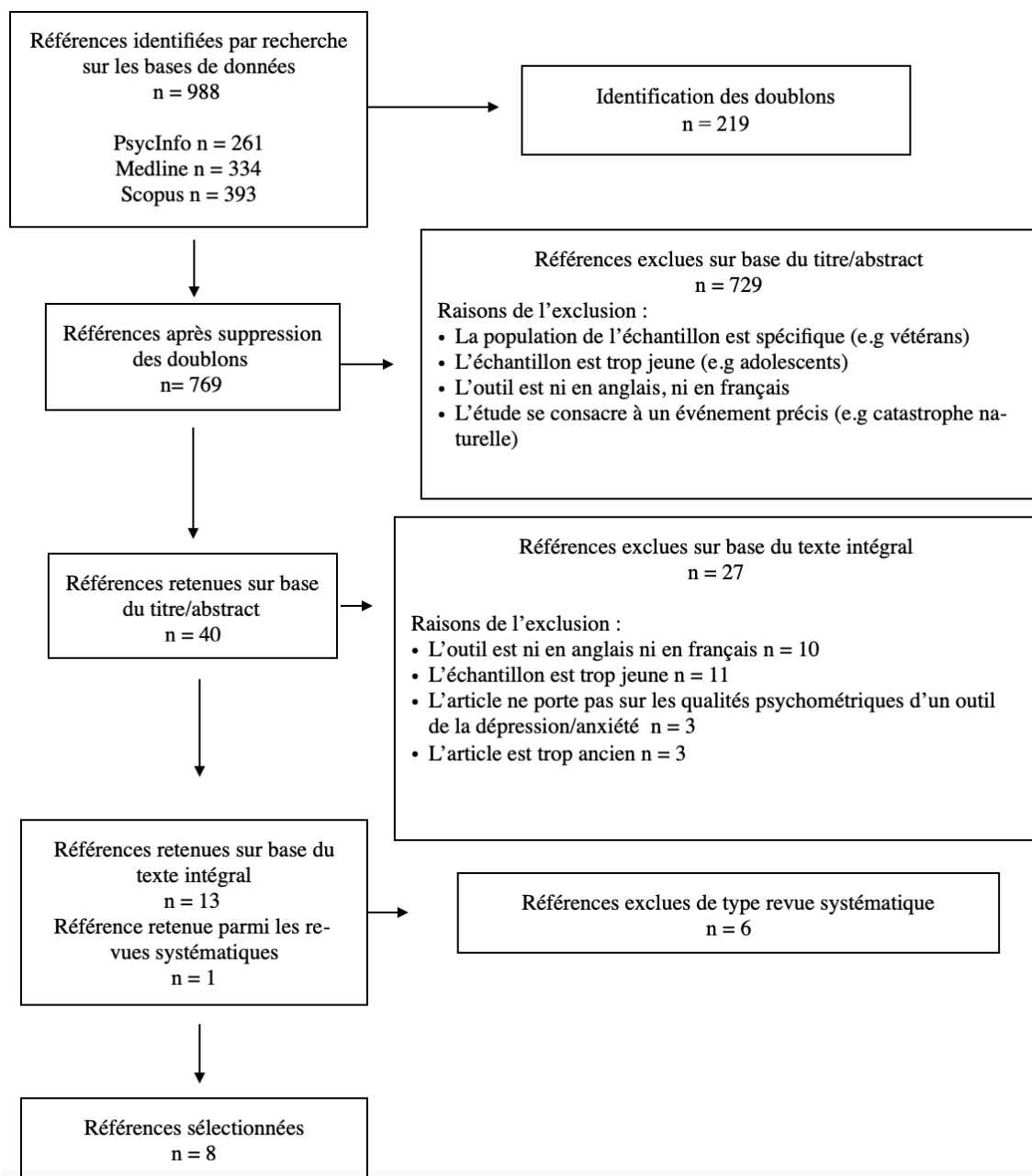


Figure 1. Diagramme de flux des étapes de sélection (sur le modèle PRISMA, 2020)

3.2 Données extraites des articles

Les informations relevées parmi les études sélectionnées sont classées, comme expliqué précédemment, en 3 tableaux : les caractéristiques générales (Tableau 3), les données concernant la validité (Tableau 4) et la fidélité (Tableau 5). Finalement, 7 outils ainsi que leurs variantes (version abrégée, révisée, sous-échelle) ou leur version française (2 outils) sont présentés dans ce travail d'extraction.

Tableau 3. *Caractéristiques générales des études sélectionnées*

Outil	Référence	Pays	Taille de l'échantillon	Sexe Ratio	Âge moyen / Tranche	Contexte	Administration
Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D-10)	Mohebbi et al. (2017)	Australie USA	n = 19 114	56% (F)	≥ 65	Centres culturels communautaires ou service de médecine (ø démence, de maladie cardiovasculaire ou d'handicap physique)	Auto-rapporté
Center for Epidemiologic Studies of Depression (CESD-R)	Saracino et al. (2017)	USA	n = 201	102 (F) 99 (H)	77	Patients atteints d'un cancer	Auto-rapporté suivi d'un entretien
Geriatric Anxiety Inventory - French Canadian (GAI-FC) Geriatric Anxiety Inventory - French Canadian - Short Form (GAI-FC-SF)	Champagne et al., (2018)	Québec	n = 331	238 (F) 86 (H)	≥ 65 74.58	Habitat indépendant	Auto-rapporté
Geriatric Anxiety Inventory (GAI)	Creighton, Davidson & Kissane (2019)	Australie	n = 180	120 (F) 60 (H)	85.4	Institution médicalisée (ø troubles cognitifs sévères)	Auto-rapporté avec entretien
Geriatric Anxiety Scale - Long Term Care Version (GAS-LTC)	Pifer & Segal. (2020)	USA	n= 35 n= 27	74.2% (F) au total	84.4 59-100	Maison de repos avec un sous-groupe qui perçoit sa mémoire comme très mauvaise versus bonne	Auto-rapporté avec entretien
Geriatric Depression Scale (GDS- 4) Version française	Lafont et al. (2021)	France	n= 2 293 n = 830	46% (F) 48% (F)	81.8 80.3	Patients avec cancer (30% sont hospitalisés, 38% vivent seuls à leurs domiciles, 22% rapportent un soutien social faible) Sous-groupe avec 36% d'hospitalisations	Auto-rapporté et entretien
Geriatric Depression Scale (GDS-15)	Saracino et al. (2017)	USA	n = 201	102 (F) 99 (H)	77	Patients avec cancer	Auto-rapporté suivi d'un entretien
Hopelessness Inventory for Late Life (HILL)	Gregg et al. (2021)	USA	n = 265	103 (H) 162 (F)	71.1 60-99	Habitat indépendant	Auto-rapporté

Outil	Référence	Pays	Taille de l'échantillon	Sexe Ratio	Âge moyen / Tranche	Contexte	Administration
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-A)	Creighton, Davidson & Kissane (2019)	Australie	n = 180	120 (F) 60 (H)	85.4	Institution médicalisée (ø troubles cognitifs sévères)	Auto-rapporté suivi d'un entretien
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D)	Saracino et al. (2017)	USA	n = 201	102 (F) 99 (H)	77	Patients atteints d'un cancer	Auto-rapporté suivi d'un entretien
Mental Health Index-13	Pergolotti et al. (2018)	USA	n = 686	68% (F)	73 65-93	Patients atteints d'un cancer	Auto-rapporté

Notes. n : ensemble des participants. (F) : femmes (H) : hommes. ø : absence.

Tableau 4. *Validité des outils*

Outil	Référence	Validité de construit	Validité divergente	Validité convergente	Validité discriminante
1. Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D-10)	Mohebby et al., (2017)	Ajustement du modèle « pauvre » quand facteur unidimensionnel avec erreurs non corrélées Ajustement du modèle « excellent » quand facteur unidimensionnel avec 2 paires d'erreurs corrélées CFA= .28-.64	-	MIMICS: aucun biais dans les items (âge, genre, ethnie, niveau académique) n'est mis en évidence	-
2. Center for Epidemiologic Studies of Depression Revised (CESD-R)	Saracino et al., (2017)	-	-	Structured Clinical Interview for DSM disorders (SCID)	Dépression majeure Cut-off score ≥ 16 Sensibilité .67 (95% CI) Spécificité .89 (95% CI) AUC .87 (95% CI) Cut-off score ≥ 15 Sensibilité .83 Spécificité .89 Dépression mineure Cut-off score ≥ 16 Sensibilité .50 (95% CI) Spécificité .90 (95% CI) AUC .78 Cut-off score ≥ 13 Sensibilité .57 Spécificité .89

Outil	Référence	Validité de construit	Validité divergente	Validité convergente	Validité discriminante
3. Geriatric Depression Scale (GDS- 4) Version française	Lafont et al., (2021)	5 classes de symptômes : « Somatique uniquement » « Paucisymptomatique » « Dépression légère » « Dépression sévère »			(2 293 participants) <u>GDS-4</u> Sensibilité 90% Spécificité 89% AUROC 91.9% (830 participants) <u>Dépression clinique</u> (95% CI) Sensibilité 90.2% Spécificité 87.1% AUROC 91.93% Dépression majeure selon le <u>DSM-IV</u> : Sensibilité 97.6% Spécificité 71.6% AUROC 90.96% <u>Classe latente</u> <u>« dépression sévère »</u> Sensibilité 97% Spécificité 84.1% AUROC 95.79%
4. Geriatric Anxiety Inventory - French Canadian (GAI-FC)	Champagne et al.,(2018)	KMO = .95 Facteur unique		GAI-FC-SF r =.94 PSWQ-A r =.76 GAD-7 r =.86 IUI r = .62 WSOA-R r = .53 s-e « santé et perte d'autonomie » r = .51 s-e « préoccupations personnelles » r = .50	

Outil	Référence	Validité de construit	Validité divergente	Validité convergente	Validité discriminante
5. Geriatric Anxiety Inventory - French Canadian - Short Form (GAI-FC-SF)	Champagne et al.,(2018)	KMO = .82 Facteur unique	-	GAI-FC r = .94 PSWQ-A r =.72 GAD-7 r =.79 IUI r = .58 WSOA-R r = .53 s-e « santé et perte d'autonomie » r = .52 s-e « préoccupations personnelles » r = .49	-
6. Geriatric Anxiety Scale - Long Term Care Version (GAS-LTC)	Pifer & Segal (2020)	-	-	GAI r = .70, p < .01 GDS-15 r = .67 p < .01 Entre le GAI/GDS-15 r= .65 p < .01 PRMQ r = .54 p < .01	-
7. Geriatric Depression Scale (GDS-15)	Saracino et al., (2017)	-	-	Structured Clinical Interview for DSM disorders (SCID)	Dépression majeure Cut-off score ≥ 5 Sensibilité .67 (95% CI) Spécificité .88 (95% CI) AUC .88 (95% CI) Cut-off score ≥ 4 Sensibilité .83 Spécificité .78 Dépression mineure Cut-off score ≥ 5 AUC.67 Sensibilité .36 (95% CI) Spécificité .88 (95% CI)

Outil	Référence	Validité de construit	Validité divergente	Validité convergente	Validité discriminante
8. Hopelessness Inventory for Late Life (HILL)	Gregg et al., (2021)	Facteur unique	<p>HILL $p < 0.001$: Duke Social Support Index $r = -.60$ Marlowe-Crowne Social Desirability Scale Revised $r = -.29$</p> <p>HILL-S $p < 0.001$: DSSI $r = -.58$ SDS-R $r = -.29$</p>	<p>HILL avec HILL-Shortened $r = .98$ <u>HILL</u> $p < 0.001$: Beck Hopelessness Scale $r = .80$ Geriatric Depression Scale $r = .82$ Interpersonal Needs Questionnaire Perceived Burdensomeness $r = .82$ Suicide Behaviors Questionnaire-Revised $r = .48$ Geriatric Anxiety Inventory $r = .49$ Self Rated Health $r = .41$ Health Checklist $r = .37$ <u>HILL-S</u> $p < 0.001$: BHS $r = .78$ GDS $r = .80$ INQ-PB $r = .76$ SBQ-R $r = .48$ GAI $r = .49$ SRH $r = .39$ HCL $r = .36$</p>	-

Outil	Référence	Validité de construit	Validité divergente	Validité convergente	Validité discriminante
9. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D)	Saracino et al., (2017)		-	Structured Clinical Interview for DSM disorders (SCID)	<p>Dépression majeure Cut-off score ≥ 8 Sensibilité .17 (95% CI) Spécificité .93 (95% CI) AUC .88 (95% CI) Cut-off score ≥ 6 Sensibilité .67 Spécificité .85</p> <p>Dépression mineure Cut-off score ≥ 8 AUC .76 Sensibilité .43 (95% CI) Spécificité .95 (95% CI) Cut-off score ≥ 4 Sensibilité .71 Spécificité .68</p>
10. Mental Health Index (MHI-17) (MHI-13)	Pergolotti et al.,(2018)	<p>MHI-13 s-e anxiété RMSEA = .11 s-e dépression RMSEA = .10</p> <p>IRT anxiété RMSEA= .08 IRT dépression RMSEA= .05</p>	-	-	-

Outil	Référence	Validité de construit	Validité divergente	Validité convergente	Validité discriminante
11. Geriatric Anxiety Inventory (GAI)	Creighton, Davidson & Kissane (2019)	-	-	HADS-A $r = .71$ ($p < 0.01$) RAID $r = .61$ ($p < 0.01$)	Cut-off score ≥ 9 Sensibilité .90 Spécificité .86 AUC .93 (95% CI) Cut-off score ≥ 10 Sensibilité .85 Spécificité .88
12. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-A)	Creighton, Davidson & Kissane (2019)	-	-	RAID $r = .54$ ($p < 0.01$)	Cut-off score ≥ 8 Sensibilité .70 Spécificité .88 AUC .91 (95% CI) Cut-off score ≥ 6 Sensibilité .90 Spécificité .80

Notes. CFA : Confirmatory Factor Analysis. GAI : Geriatric Anxiety Inventory. AUC : Area Under the ROC Curve. ROC : Receiver operating characteristic. GDS : Geriatric Depression Scale. CI : Confidence Intervals. GAS : Geriatric Anxiety Scale. IRT : Item Response Theory. RMSEA : Root Means Square Error of Approximation. PSWQ-A : Penn State Worry Questionnaire-Abbreviated. WSOA-R : Worry Scale for Older Adults-Revised. IUI : Intolerance of Uncertainty Inventory. KMO: Kaiser-Meyer-Olkin value. s-e : sous-échelle. RAID : Rating Anxiety in Dementia Scale. HADS-A : Hospital Anxiety and Depression Scale - Anxiety Subscale. MIMICS : Multiple Indicators Multiple Causes. La présence d'un (-) signifie que l'information n'est pas disponible.

Tableau 5. *Fidélité des outils*

Outil	Référence	Cohérence interne	Fidélité inter-juges	Fidélité test-retest
1. Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D-10)	Mohebbi et al., (2017)	$\alpha = .70$ fidélité composite .72	-	-
2.Center for Epidemiologic Studies of Depression (CESD-R)	Saracino et al.,(2017)	$\alpha =.84$	-	-
3. Geriatric Anxiety Inventory - French Canadian (GAI-FC)	Champagne et al.,(2018)	$\alpha =.94$	-	$r =.89$ (p < .0001)
4.Geriatric Anxiety Inventory - French Canadian - Short Form (GAI-FC-SF)	Champagne et al.,(2018)	$\alpha =.83$	-	$r =.85$ (p <.0001)
5. Geriatric Anxiety Scale - Long Term Care Version (GAS-LTC)	Pifer & Segal.,2020	$\alpha = .80$ total $\omega = .80$ total $\alpha = .75$ sous-groupe mauvaise mémoire $\alpha = .77$ sous-groupe bonne mémoire	-	-
6. Geriatric Depression Scale (GDS-15)	Saracino et al.,(2017)	$\alpha =.75$	-	-
7. Hopelessness Inventory for Late Life (HILL)	Gregg et al.,(2021)	HILL $\alpha =.96$ HILL Short version $\alpha =.89$	-	-
8. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D)	Saracino et al.,(2017)	$\alpha =. 75$	-	-
9. Mental Health Index (MHI-17) (MHI-13)	Pergolotti et al.,(2018)	MHI-17 $\alpha =.90$ total $\alpha =.33-.70$ corrélations item-total	-	-
10. Geriatric Anxiety Inventory (GAI)	Creighton, Davidson & Kissane (2019)	$\alpha =. 95$	-	-

Outil	Référence	Cohérence interne	Fidélité inter-juges	Fidélité test-retest
11. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-A)	Creighton, Davidson & Kissane (2019)	$\alpha = .80$	-	-

Notes. (α) alpha de Cronbach. (ω) coefficient omega de McDonald. Une étude qui n'apportait aucune donnée relative à la fidélité a été omise du tableau (Lafont et al., 2021). La présence d'un (-) signifie que l'information n'est pas disponible.

Tableau 6. *Evaluation des études portant sur la précision d'un test diagnostique selon la grille JBI*

	Saracino et al., (2017)	Gregg et al., (2021)	Lafont et al., (2021)	Pifer & Segal, (2020)	Pergolotti et al., (2019)	Champagne et al., (2018)	Creighton et al., (2019)	Mohebbi et al., (2018)
1. Est-ce qu'un échantillon consécutif/aléatoire de participants a été constitué?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
2. A-t-on évité un design d'étude de type « cas témoins » ?	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
3. Est-ce que l'étude évite des exclusions inappropriées?	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
4. Les résultats de l'essai clinique doivent-ils être interprétés sans connaître les résultats de la norme de référence ?	Oui	Oui	Non	Oui	-	-	-	-
5. Si un seuil a été utilisé, a-t-il été spécifié ?	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Flou
6. La norme de référence est-elle susceptible de classer correctement la condition cible ?	Oui	Oui	-	Oui	-	Oui	Oui	-
7. Les résultats de la norme de référence sont-ils interprétés sans connaître les résultats du test d'indexation ?	-	-	-	-	-	-	-	-
8. L'intervalle entre le test d'indexation et la norme de référence était-il approprié ?	Oui	-	-	Oui	-	-	Oui	-
9. Tous les patients ont-ils reçu la même norme de référence ?	Oui	Oui	-	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
10. Tous les patients ont-ils été inclus dans l'analyse ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Note. la présence d'un (-) signifie que l'information n'est pas disponible. Le terme « flou » signifie que l'information n'est pas suffisamment explicitée dans l'article pour répondre à la question.

3.3 Présentation des outils

3.3.1 Le Center for Epidemiologic Studies of Depression (CESD)

Le CESD est exploré dans les études de Mohebbi et al.,(2017) ainsi que Saracino et al.,(2017).

La version révisée du CESD est un questionnaire auto-rapporté en 20 items à choix multiples, qui évalue la fréquence des symptômes dépressifs durant la semaine passée. Le cut-off score généralement utilisé pour identifier le répondant comme « dépressif » est de 16 ou plus. Une version plus courte à 10 items existe, le CESD-10.

L'échantillon de la première étude se compose de personnes recrutées dans des centres communautaires ou parmi un service de médecine sans pathologie grave (Mohebbi et al.,2017). La seconde se compose uniquement de patients atteints d'un cancer (Saracino et al.,2017). Les échantillons sont conséquents: 19 114 participants américains ou australiens chez l'une et 201 américains volontaires chez l'autre.

Dans l'étude de Saracino et al.,(2017) la cohérence interne du CESD-R est bonne dans l'échantillon des participants atteints d'un cancer ($\alpha = .84$). Pour repérer la dépression majeure le CESD-R est inadéquat dans sa sensibilité (.67) mais la spécificité (.89) est acceptable. En abaissant le cut-off score d'un point (15) la sensibilité s'améliore pour devenir bonne (.83) et maintient la spécificité à .89. Pour détecter une dépression mineure, la sensibilité est bien trop faible (.50) et la spécificité est excellente (.90). Les auteurs suggèrent un cut-off score de 13 au lieu de 16, mais admettent que cela n'est pas optimal (sensibilité .57 et spécificité .89).

L'étude de Mohebbi et al.,(2017) s'intéresse à la version abrégée, le CESD-10. Sa cohérence interne est adéquate ($\alpha = .70$) et sa fidélité composite est de .72. L'analyse factorielle confirmatoire démontre qu'une structure à facteur unidimensionnel (en contrôlant 2 paires d'erreurs corrélées) donne un ajustement du modèle excellent (CFA = .28-64). Une mesure de l'invariance (MIMICS) démontre que l'impact du genre et de l'âge ont un impact modéré sur le trait latent de la dépression et qu'aucun biais dans les items n'est relevé.

3.3.2 Le Geriatric Anxiety Inventory (GAI)

Le GAI est examiné dans l'étude de Creighton, Davidson & Kissane (2019) et de Champagne et al., (2018) en version française canadienne.

L'outil se compose de 20 items dichotomiques auto-rapportés, permettant de repérer des signes anxieux durant la semaine passée. Les normes de l'outil se fondent sur des échantillons de personnes cliniques et non cliniques. Des cut-off scores de 9 pour toute forme d'anxiété et de 11 pour détecter le trouble d'anxiété généralisée (TAG) sont recommandés. Le GAI est un inventaire communément utilisé qui est traduit en 24 langues. Une variante abrégée à 5 items existe également (GAI-SF) avec un cut-off score de 2/3 permettant d'identifier un TAG.

L'étude de Creighton et al.,(2019) se compose de 180 participants résidant dans une institution médicalisée. L'âge moyen est de 85 ans. L'étude de Champagne et al.,(2018) se compose de 331 québécois recrutés via des centres communautaires ou une étude précédente menée par d'autres auteurs. Ils vivent tous en logement indépendant et la majorité d'entre eux présente au moins une difficulté médicale. L'âge moyen est de 74 ans.

Pour la première étude (Creighton et al.,2019) qui se concentre sur la version longue de l'échelle, la cohérence interne est excellente ($\alpha = .95$). L'échelle corrèle positivement avec le Hospital Anxiety and Depression Scale - Anxiety Subscale ($r = .71$) et le Rating Anxiety in Dementia Scale ($r = .61$). L'aire sous la courbe est de .93. La sensibilité est de .90 et la spécificité de .86 avec le score seuil de 9. En augmentant le score seuil à 10 cela réduit la sensibilité à .85 et augmente la spécificité à .88, l'indice de Youden indique ce score comme le score idéal avec le meilleur compromis sensibilité/spécificité.

Pur la seconde étude (Champagne et al.,2018), nous examinons la version originale et la version courte. La cohérence interne est excellente pour la version longue ($\alpha = .94$) et bonne pour la version courte ($\alpha = .83$). La fidélité test-test est adéquate pour les deux versions (.89 pour GAI-FC et .85 pour GAI-FC-SF). Concernant la mesure de l'adéquation de l'échantillonnage (Kaiser-Meyer-Olkin) celle-ci est excellente pour la version longue (KMO = .95) et très bonne pour la version abrégée (KMO = .82). Le modèle unifactoriel apparaît le plus approprié. Pour la validité convergente avec

des mesures similaires, les corrélations sont significatives : elles varient de .50 à .86 pour le GAI-FC, et de .49 à .79 pour la GAI-FC-SF.

3.3.3 La Geriatric Anxiety Scale - Long Term Care (GAS-LTC)

La GAS-LTC fait l'objet de l'étude de Pifer & Segal, 2020. C'est un test auto-rapporté à 10 items dichotomiques, spécifique à la personne âgée en soins à long terme. L'outil mesure les symptômes anxieux constatés durant la semaine passée. Trois aspects sont recherchés : la somatisation, la cognition et les symptômes affectifs. L'outil se base sur une échelle déjà existante qui est la Geriatric Anxiety Scale (GAS). Cependant pour devenir plus accessible à la population cible, il y a des modifications : en changeant certaines formulations d'items et la cotation qui passe d'une échelle de Likert à un choix binaire et en réduisant les items, cela facilite la passation pour les patients avec troubles cognitifs ou physiques. L'échantillon de Pifer & Segal est de 62 participants dont 27 considèrent avoir des problèmes de mémoire. L'âge moyen est de 84.4 ans.

La cohérence interne est bonne que cela soit avec l'alpha de Cronbach ou l'omega de McDonald's (.80). Elle se montre légèrement plus élevée dans le sous-groupe « bonne mémoire » ($\alpha = .77$) que dans celui « mauvaise mémoire » ($\alpha = .75$). Les corrélations entre items et le score total varient de modérées à fortes ($r = .35-.65$).

Au niveau de la validité convergente, la GAS-LTC démontre une forte corrélation positive avec le GAI ($r = .70$) et la Geriatric Depression Scale (GDS-15) ($r = .65$). Le GAI et la GDS-15 sont également positivement corrélés entre eux ($r = .65$). La GAS-LTC a également une corrélation positive avec une mesure de la mémoire perçue, le Prospective and Retrospective Memory Questionnaire (PRMQ), suggérant que la mémoire perçue comme mauvaise est associée à une hausse de l'anxiété chez la personne concernée.

3.3.4 Geriatric Depression Scale (GDS)

La GDS est explorée dans les études de Saracino et al.,(2017) et Lafont et al.,(2021). La première étude se compose de 201 américains atteints d'un cancer, la seconde de 2 293 français atteints d'un cancer également. La moyenne d'âge est respectivement 77 et 81 ans.

La GDS évalue la sévérité des symptômes dépressifs chez la personne âgée, elle se compose de 30 items à choix dichotomiques et questionne les émotions, la cognition et les comportements au cours de la semaine passée. Une version auto-rapportée et hétéro-rapportée existent, ainsi que de

nombreuses versions abrégées (GDS-15, 10, 5, 4). La GDS-15 est la version la plus communément utilisée. Pour cette dernière version un score compris entre 5 et 8 indique une dépression légère, entre 9 et 11 modérée, entre 12 et 15 une forme sévère. La version à 5 items dure 2 minutes à compléter et un score de 2 ou plus indique qu'il faut approfondir l'entretien clinique.

L'étude de Saracino utilise la GDS-15, le cut-off score établi pour la dépression majeure (5) démontre une sensibilité de .67 et une spécificité de .88. Une analyse d'aire sous la courbe et de l'index de Youden indiquent que dans l'échantillon le cut-off score idéal est de 4, augmentant la sensibilité à .83 et abaissant la spécificité à .78. Pour la dépression mineure, le cut-off score généralement employé montre une sensibilité faible (.36) et une forte spécificité (.88). Un cut-off score de 1 semble le plus approprié dans cet échantillon avec une sensibilité de .93 et une spécificité à .73. De plus, la cohérence interne est adéquate ($\alpha = .75$).

Lafont et al.,(2021) s'intéressent à la version française à 4 items. Le GDS-4 est administré à l'ensemble des participants: la sensibilité est de 90% et la spécificité de 89% résultant à une performance globale de 91.9% pour repérer une dépression majeure.

Par la suite, la dépression a été évaluée parmi un sous-groupe de participants (n = 830) dont la moyenne d'âge est de 80.3 ans. Trois mesures sont utilisées : l'évaluation par un médecin qui évalue que 25% des participants sont touchés, les critères du DSM-IV pour un épisode majeur (5.1%) et l'analyse de la classe latente « dépression majeure » (20%) établie par une analyse factorielle . La GDS-4 présente une sensibilité/spécificité de 90% et 87% et donc une performance globale de 92% (AUC) pour reconnaître la dépression clinique tel que le ferait un médecin. Les auteurs trouvent une sensibilité/spécificité de 98% et 72% avec une performance globale de 91% (AUC) en s'appuyant sur la dépression majeure décrite dans le DSM-IV. Et enfin, ils concluent à une sensibilité/spécificité de 97% et 84% qui correspond à une performance de 96% (AUC) selon la classe latente analysée « dépression majeure ».

3.3.5 Hopelessness Inventory for Late Life (HILL)

Le HILL est évalué par Gregg et al.,(2021) dans une population de personnes âgées indépendante, la moyenne d'âge est de 71 ans et l'échantillon se constitue de 265 participants. Il a pour objectif de mesurer la présence/intensité du désespoir. L'outil se compose de 29 items avec une échelle de Likert à 4 possibilités. Ce choix de 4 possibilités est jugé selon la recherche comme suffisamment

large pour saisir la variabilité, tout en restant accessible pour des personnes avec des troubles cognitifs. Cet outil est en cours de conception et de validation, il n'est donc pas standardisé et utilisable par le clinicien.

La structure du HILL est unidimensionnel. La cohérence interne est excellente pour la version longue ($\alpha = .96$) et très bonne pour la version courte ($\alpha = .89$). La HILL et HILL-S sont fortement positivement corrélées avec des mesures du même construit (désespoir, dépression gériatrique, la pénibilité perçue et le soutien social) telles que la Beck Hopelessness Scale ($r = .80$ et $r = .78$), la Geriatric Depression Scale ($r = .82$ et $r = .80$) et l'Interpersonal Needs Questionnaire Perceived Burdensomeness ($r = .82$ et $r = .76$). Les corrélations sont modérées avec le risque suicidaire, l'anxiété, la santé perçue avec des outils comme le Suicide Behaviors Questionnaire - Revised ($r = .48$ pour les deux versions), le Geriatric Anxiety Inventory ($r = .49$ pour les deux versions) et le Self Rated Health ($r = .41$ et $r = .39$) ainsi que la Health Checklist ($r = .37$ et $r = .36$). Enfin, une faible association avec la désidérabilité sociale et la fréquence de la douleur avec le Duke Social Support Index ($r = -.60$ et $r = -.58$) et la Marlowe-Crowne Social Desirability Scale Revised ($r = -.29$ pour les deux versions) sont constatées.

3.3.6 Hospital Anxiety and Depression Scale - Depression (HADS-D)

L'outil est étudié par Saracino et al.,(2017) avec le même échantillon décrit précédemment : 201 participants atteints d'un cancer avec une moyenne d'âge de 81 ans.

Le HADS est un questionnaire auto-rapporté à 14 items avec 2 sous-échelles : une pour l'anxiété (7 items) et une pour la dépression (7 items). Il permet de repérer la présence et la sévérité de troubles anxio-dépressifs durant la semaine passée. Le HADS a été développé pour des patients souffrant de pathologies chroniques en intégrant quasiment aucuns items somatiques pour ne pas être confondus avec la maladie. Dans cette étude, seule la sous-échelle dépression (HADS-D) est évaluée. La sensibilité est de .17 et la spécificité de .93 pour détecter la dépression majeure en se basant sur le cut-off score recommandé (8). Cependant une analyse ROC et l'index de Youden admettent qu'un score de 6 est plus approprié pour la population de l'échantillon avec une sensibilité à .67 et une spécificité à .85.

Pour la dépression mineure, celle-ci est également sous repérée avec son cut-off score habituel (8) avec une sensibilité de .43 et une spécificité de .95. Avec une modification du cut-off score à 4, la

sensibilité devient supérieure mais en contre-partie la spécificité est réduite (sensibilité = .71, spécificité = .68). Pour la cohérence interne, celle-ci est adéquate ($\alpha = .75$).

3.3.7 Hospital Anxiety and Depression Scale - Anxiety (HADS-A)

Le HADS-A est exploré dans l'étude de Creighton, Davidson & Kissane (2019) parmi 180 australiens vivant dans une institution médicalisée et ne présentant aucuns troubles cognitifs, ou alors légers. L'âge moyen est de 85 ans.

L'outil est la sous-échelle anxiété du HADS, décrit précédemment. L'étude s'intéresse ici aux items relatifs à l'anxiété. La cohérence interne est bonne ($\alpha = .80$). Une corrélation positive est trouvée avec la Rating Anxiety in Dementia Scale ($r = .54$). L'aire sous la courbe est de .91., la sensibilité est de .70 et la spécificité est de .88 lorsque le score seuil habituel est utilisé (8). L'indice de Youden donne un cut-off score idéal de 6 pour leur échantillon, la sensibilité atteignant .90 et la spécificité .80.

Les auteurs ont investigué l'influence des capacités cognitives sur les résultats du test en divisant l'échantillon en deux: les participants avec des troubles légers, les participants sans aucuns troubles cognitifs. La mesure d'aire sous la courbe ne démontre aucunes différences significatives entre les deux groupes.

3.3.8 Mental Health Index -13 (MHI)

Le MHI-13 est présenté dans l'article de Pergolotti et al., (2018). Cet outil mesure la détresse psychologique et le bien-être. La version d'origine comporte 32 items (MHI-I), une forme abrégée à 17 items (MHI-II) existe également. La version la plus courte à 5 items (MHI-5) ne comporte que les items relatifs à la santé mentale durant le mois passé contre les 2 semaines passées pour les versions précédentes. L'outil recouvre 4 domaines : la dépression/comportement-émotion (8 items), l'anxiété (4 items), le sentiment d'appartenance (1) et l'affect positif (4). Les items sont à choix multiples selon un barème à 6 points et le score total varie de 0 à 100..

L'échantillon de Pergolotti et al.,(2018) est de 686 participants ayant un cancer. La moyenne d'âge est 73 ans. La cohérence interne est excellente pour le score total ($\alpha = .90$) et les corrélations items-total sont bonnes ($\alpha = .33-70$). Une analyse factorielle à dimension unique a été conduite montrant

un mauvais ajustement du modèle (RMSEA = 0.12). En conséquence, les auteurs ont adapté l'échelle en supprimant certains items jugés comme à doubles obstacles (un item composé de plusieurs questions) et les items n'étant pas directement liés à des problèmes de santé mentale. Ils re-conceptualisent alors l'outil selon deux domaines : l'anxiété (4 items) et la dépression (9 items). Il reste 13 items au total. Le RMSEA est bon pour l'échelle anxiété (= .08) et pour l'échelle dépression (= .05) selon la théorie des réponses aux items (IRT).

4. DISCUSSION

4.1 Interprétation des résultats

Les objectifs de ce travail de mémoire étaient de recenser tous les outils de repérage des symptômes anxieux et/ou dépressifs existants pour l'adulte, puis de relever les qualités psychométriques d'outils utilisés avec les personnes âgées parmi les articles les plus récents et ainsi déterminer lesquels semblent les plus qualitatifs pour être utilisés auprès de cette population. Pour ce faire, une lecture approfondie de la littérature scientifique a permis de répertorier tous les outils existants dans le milieu clinique en langue anglaise et/ou française avec leurs caractéristiques principales.

Par la suite, une stratégie de recherche a été élaborée pour s'appuyer sur des articles récents examinant les qualités psychométriques d'outils détectant les symptômes anxio-dépressifs uniquement dans un échantillon de personnes âgées. L'objectif étant de déterminer quels sont les outils les plus appropriés, c'est-à-dire, ceux qui montrent la meilleure validité et fiabilité possibles pour être utilisés auprès d'une population âgée. En effet, la littérature scientifique pointe du doigt le manque d'identification et de prise en charge des troubles anxio-dépressifs chez la personne âgée (Pachana & Lailaw, 2014 ; Pichot et al., 2012 ; Sibille et al.,2019 ; Scogin, 1998 cité par Johnco par Pachana et al.,2007 ; Small, 1991 cité par Clément et al.,2010 ; Wang & Gorenstein, 2013 cités par Bourin, 2018 ; Wolitzky-Taylor et al., 2010).

Il est apparu utile de comprendre ce constat et d'en étudier les raisons : une étape cruciale étant avant tout de repérer les symptômes avec un outil qui soit valide auprès du profil d'une personne âgée. Nous nous sommes consacrés à cet aspect-ci.

Finalement, 104 outils sont disponibles auprès de patients adultes dont 27 sont spécifiques au grand âge. Certains outils visent un profil précis comme la présence d'une démence (8) ou d'un épisode antérieur d'AVC (2) souvent retrouvés à cette période de la vie (Bohic, 2012). De plus, 2 outils ont été développés spécifiquement pour la vie en institution gériatrique.

Concernant les qualités psychométriques, 7 outils et leurs variants sont examinés dans les articles scientifiques les plus récents (≥ 2017) : deux versions du CESD, deux versions du GAS en version française québécois, le GAS-LTC, deux versions du GDS dont une en version française (GDS-4), le HILL, les sous-échelles dépression/anxiété du HADS et le MHI-13.

Concernant le CESD-R, l'étude de Saracino et al.,(2017) remet en question l'utilisation d'un cut-off score de 16 qui est généralement utilisé pour détecter un épisode dépressif majeur, mais qui ne semble pas adapté à un échantillon de personnes âgées ici atteintes d'un cancer. La cohérence interne est bonne mais la sensibilité est trop faible et la spécificité est acceptable. Les auteurs sont parvenus par une analyse de l'aire sous la courbe et d'un calcul par index de Youden à améliorer la sensibilité de l'outil auprès de leur échantillon, tout en maintenant la spécificité au même niveau. Cela démontre qu'un cut-off score abaissé à 15 est plus pertinent car la validité discriminante s'améliore. Les résultats sont similaires pour un épisode dépressif mineur, la sensibilité est très faible malgré une excellente spécificité : le taux de personnes présentant la pathologie non détecté est donc très élevé. Les auteurs suggèrent alors un cut-off score de 13 mais la détection de faux négatifs reste encore trop élevée.

La version non révisée de l'outil (CES-D) a précédemment montré des qualités psychométriques acceptables dans la population générale et le milieu médical mais pas suffisamment élevées pour l'utiliser seul. Le cut-off score était d'ailleurs déjà remis en question (Vilagut et al., 2016).

De plus, une revue systématique menée par Cosco, Chantelle, Lachance et al.,(2020) s'est concentrée sur la structure de l'échelle : seules 6 études ont rapporté des données et elles diffèrent d'une étude à l'autre. Les qualités psychométriques ne semblent donc pas faire consensus pour la version originale non plus.

Pour la version courte (CESD-10), Mohebbi et al.,(2017) trouve une cohérence interne adéquate et une fidélité composite acceptable. L'analyse factorielle démontre une structure à dimension unique. Cette étude présente l'avantage d'avoir un très large échantillon, cependant il n'est pas totalement représentatif de cette tranche d'âge puisque tous les participants sont relativement en bonne santé et vivent à leur propre domicile. Des paramètres comme la validité discriminante n'ont pas été examinés, bien qu'elle soit nécessaire pour déterminer si un outil est suffisamment sensible et spécifique (Hogan, 2017 ; Rolland, 2006).

Finalement, le CESD-R est encore peu étudié, la plupart des études se concentrent sur sa version antérieure et mettent en avant que c'est un outil aux qualités psychométriques acceptables pour repérer des symptômes en premier lieu mais pas suffisant pour tirer des conclusions ou poser un diagnostic (Vilagut et al.,2016).

De plus, le cut-off score à utiliser avec les personnes âgées est actuellement fort discuté (Park & Lee, 2021, Saracino et al.,2017, Vilagut et al.,2016), ce qui est un frein à l'utilisation de cet outil dans cette population.

Concernant la version courte (CESD-10), l'étude de Mohbebbi et al.,(2017) explore peu de caractéristiques psychométriques pour tirer des conclusions, cependant une étude avec un échantillon conséquent de 1 219 participants ayant vécu une crise cardiaque a trouvé de son côté une structure factorielle à deux dimensions contrairement à l'étude présentée (Williams, Li & Hay, 2020). Cette divergence remet en cause la capacité des items à saisir toutes les composantes de la dépression.

L'outil suivant est le GAI qui est un inventaire d'anxiété spécifique à la personne âgée. L'étude de Creighton et al.,(2019) trouve une cohérence interne excellente pour la version longue. La validité convergente entre le GAI et des échelles évaluant les mêmes construits sont bonnes. En effet, la corrélation est positive avec le Hospital Anxiety and Depression Scale - Anxiety Subscale (HADS-A) et le Rating Anxiety in Dementia Scale (RAID) qui est une échelle auto- et hétéro-rapportée spécifique aux personnes atteintes de démence. En utilisant un score seuil de 9, la performance du GAI pour repérer les signes anxieux parmi l'échantillon est excellente. Le cut-off score communément utilisé pour repérer l'anxiété semble donc convenir à une population en institution médicalisée.

Dans une revue systématique conduite par Champagne, Landreville & Gosselin (2021) une trentaine d'articles évaluant les qualités psychométriques du GAI et GAI-SF ont été examinés. Parmi eux, 16 articles portant sur la version longue en langue anglaise démontrent de bonnes qualités psychométriques mettant en avant que l'outil est tout à fait approprié à sa population cible. Cependant, les auteurs relèvent que la qualité méthodologique des études est bien souvent discutable car pas suffisamment rigoureuse, ce qui remet en question les résultats obtenus. C'est un outil qui reste tout de même recommandé (Champagne et al., 2021).

Concernant la version de l'outil en français canadien, la cohérence interne est excellente pour la version longue et supérieure à celle de la version courte qui est bonne. La fidélité dans le temps est correcte pour les deux versions mais davantage pour la version longue. La mesure de l'adéquation de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin est excellente pour la version longue et très bonne pour la version courte : les données sont viables pour une analyse factorielle concluante. Cette dernière démontre qu'une structure à dimension unique est la meilleure.

Aucune autre étude testant la version française du GAI n'a été réalisée auparavant, il n'est donc pas possible de comparer des résultats. Par ailleurs, l'étude de Champagne et al.,(2021) a été évaluée selon la grille JBI spécifique aux études à visée d'évaluation d'un test diagnostique : trois critères n'ont pas été évalués car les informations n'étaient pas suffisantes, mais la qualité méthodologique reste positive pour les critères évalués. Les données obtenues par Champagne et al.,(2021) sont donc prometteuses, il faudra tout de même investiguer si cette version est applicable à d'autres pays francophones (utilisation du vocabulaire adapté, biais culturels).

L'échelle suivante est la GAS-LTC, celle-ci présente l'avantage d'être spécifique à la personne âgée qui suit des soins à long terme pour mesurer les troubles anxieux. La cohérence interne est bonne, elle a été mesurée avec l'alpha de Cronbach et l'omega de McDonald's : plusieurs auteurs préconisent d'utiliser ce dernier plutôt que l'alpha de Cronbach car il serait plus précis (Bourque, Doucet, Leblanc et al., 2019 ; Laveault, 2012 ; Revelle et Zinbarg, 2009 ; Sijtsma, 2009 ; Trizano-Hermosilla et Alvarado, 2016 cités par Béland et al.,2017). L'outil montre également une forte corrélation positive avec le GAI et le GDS-15 qui sont des échelles communément utilisées dans la pratique (Champagne et al.,2021 ; Heidenblut & Zank, 2020) : le GAS-LTC mesure donc bien les mêmes concepts que ces échelles bien établies. Une corrélation positive est également constatée avec le Prospective and Retrospective Memory Questionnaire (PRMQ) qui est un questionnaire à 16 items auto-rapportés mesurant la fréquence et le type d'oublis que la personne rapporte dans son quotidien. Ce résultat suggère que la mémoire perçue comme mauvaise peut augmenter l'anxiété chez la personne concernée. Dans la littérature scientifique cette constatation est relevée également, cependant son origine reste floue : la perte de mémoire augmenterait l'anxiété chez la personne qui ressent une baisse de ses capacités, ou bien, l'anxiété serait responsable de la perte de mémoire (Nancy, Pachana & Laidlaw, 2014 ; Wolitzky-Taylor et al.,2010).

Finalement, le GAS-LTC est un outil qui semble prometteur mais une seule étude a exploré ses qualités psychométriques ce qui n'est pas suffisant pour établir que c'est un outil utilisable dans la

clinique (Segal et al.,2019). D'autant plus que la validité de construit, la validité discriminante ou encore la fidélité test-retest n'ont pas été examinées.

Le prochain outil est le GDS-15, c'est une échelle mesurant la dépression chez le sujet âgé. Dans l'étude de Saracino et al.,(2017) une fois de plus, le cut-off score habituel est discuté (5). Le GDS-15 montre une sensibilité plutôt faible et une bonne spécificité pour repérer la dépression majeure. Une analyse d'aire sous la courbe et de l'index de Youden permet d'établir un cut-off score (4) correspondant mieux à l'échantillon puisque la sensibilité devient bonne et la spécificité reste acceptable. Pour la dépression mineure la même problématique se pose : la sensibilité est très faible avec le cut-off score généralement admis. Un abaissement du cut-off score donne une excellente sensibilité et une spécificité adéquate. L'étude de Watson et al.,(2009) démontre des résultats similaires avec un échantillon de personnes âgées vivant en institutions : un cut-off score de 4 est l'idéal en favorisant la sensibilité.

Nous constatons que malgré une échelle spécifique à la personne âgée, les scores seuils utilisés semblent inadaptés : ils favorisent la spécificité et non la sensibilité. Par conséquent, le taux de personnes non repérées reste trop élevé, d'autant plus pour la dépression mineure, alors que celle-ci serait la plus courante chez la personne âgée (Sibille et al., 2019). Il est à noter que la variation des résultats selon l'échantillon est importante : l'étude de Friedman, Heisel & Delavan (2005) auprès de 960 participants ne présentant pas de pathologie physique lourde montre une bonne sensibilité (81.45%) et une spécificité adéquate (75.36%). La validité discriminante est donc bien meilleure dans un échantillon en bonne santé comparativement aux participants atteints d'un cancer ou résidant dans une institution. Sachant que la plupart des personnes âgées souffrent d'au moins une pathologie physique chronique (Atella et al., 2019 ; Zhao et al., 2018, cités par Thagunna et al., 2020), l'outil semble être adapté à un certain profil de personne âgée, qui n'est pas le plus représentatif. C'est un outil qui semble tout de même intéressant et utile si l'on considère la condition médicale du patient.

Du côté de Lafont et al.,(2021) le GDS, à 4 items en version française est évalué. L'outil démontre une excellente sensibilité et une très bonne spécificité parmi l'échantillon. Par la suite, la dépression a été évaluée parmi un sous-groupe de participants pour comparer la performance de l'outil en comparaison avec d'autres méthodes d'évaluation de la dépression majeure (entretien avec un médecin, critères du DSM-IV et une des classes de l'analyse factorielle menée). La meilleure performance du GDS-4 est par ordre décroissant la classe latente « dépression majeure », le DSM-

IV et l'entretien avec un médecin. L'outil est donc intéressant à utiliser dans la pratique car il est accessible à différents professionnels et très court, cependant il permet de guider pour approfondir l'entretien clinique auprès d'un psychiatre et ne peut pas être utilisé seul. En effet, l'échelle est brève et contient des items dichotomiques ce qui l'a rend plus accessible à la personne âgée (Alexopoulos, 2014). D'un point de vue psychométrique cela peut poser problème : le résultat de l'alpha de Cronbach est fortement influencé par le nombre d'items, si il y en a trop peu le résultat peut être faussé et laisser penser que l'outil est fiable (Hogan, 2017 ; Rolland, 2006).

Il est à noter que l'évaluation qualitative de l'étude avec les normes JBI a mis en avant que le professionnel connaissait la norme de référence du test : cela a très probablement influencé les résultats et par conséquent le niveau de validité discriminante.

La version originale du GDS est considérée comme l'échelle de référence dans la population vieillissante même si elle ne convient pas aux patients avec des troubles cognitifs et que certaines questions sont trop génériques (Charazac, 2020 ; Haute Autorité de Santé, 2014 ; Sutcliffe et al., 2000 cités par Azulai & Walsh, 2015). De nombreuses études l'ont validée concluant que c'était un outil pertinent (Alexopoulos, 2014 ; Watson & Pignone, 2003) avec peu de failles. Cependant, les études sont plutôt anciennes ce qui remet en question la qualité méthodologique de l'étude. Les études rapportées dans la revue systématique de Watson & Pignone (2003) ne se focalisent que sur la sensibilité et la spécificité pour en tirer des conclusions. Or, il y a d'autres qualités psychométriques à prendre en compte. Il est évident que les connaissances théoriques ont évolué dans le temps, et par conséquent la validité de construit également. Sibille et ses collaborateurs (2019) déclarent d'ailleurs que « *son usage, sa pertinence et son impact sur le patient restent encore beaucoup discutés* » même si cela est peu mis en avant dans la littérature scientifique lue jusqu'à présent pour ce travail de mémoire.

Généralement un score de 5 ou plus, indique qu'il faut approfondir l'entretien clinique pour s'assurer de la présence ou non de la pathologie (Greenberg, 2012 cité par Azulai & Walsh, 2015) : cette information est remise en question par les deux études citées puisque ce cut-off score semble manqué de sensibilité et pourrait être amélioré en utilisant un score seuil légèrement inférieur pour les personnes malades (Saracino et al., 2017 ; Watson et al., 2009).

Le HILL est lui aussi spécifique à la personne âgée, il mesure le désespoir : construit associé au risque suicidaire et à la dépression (Cheung et al., 2006 cités par Le Clainche & Courtet, 2016 ; Conwell et al., 1991 ; Fiske et al., 2009, cités par Segal, Qualls et Smyer, 2017 ; Preville et al., 2005,

cités par Richard-Devantoy & Jollant, 2012). Il a été conçu en vue de palier les limites d'outils similaires comme le Beck Hopelessness Scale et la Geriatric Hopelessness Scale (Gregg et al., 2021): malgré que ce dernier soit spécifique à la personne âgée, ses qualités psychométriques comme la cohérence interne et la structure factorielle reste limitées (Hayslip, Lopez & Nation, 1991, Heisel & Flett, 2005 cités par Gregg et al., 2021).

Le HILL démontre une cohérence interne très bonne à excellente selon la version. Sa validité convergente avec des mesures aux construits similaires ou associés corrèle positivement (désespoir, dépression, pénibilité perçue et soutien social, risque suicidaire, anxiété). La validité discriminante et de construit n'ont pas été évalués, les conclusions sont donc à prendre avec du recul.

Le HILL est un outil en plein développement, des études supplémentaires sont nécessaires pour compléter ces conclusions, notamment dans un échantillon plus varié et plus large car ici le profil des participants (autonomes et vivant à leur domicile) n'est pas assez représentatif du panel correspondant à cette population. D'autant plus que le risque suicidaire, un construit associé au désespoir, se retrouve bien davantage chez les personnes qui subissent une affection physique invalidante où la perte d'autonomie est importante (Pichot, 2014).

Le HADS-D est la sous-échelle dépression du HADS. Saracino et al., (2017) mettent en lumière que le cut-off score communément admis pour repérer la dépression majeure donne une sensibilité très faible et une excellente spécificité. Un abaissement du score seuil améliore la sensibilité mais elle reste assez faible avec une bonne spécificité. Pour la dépression mineure, celle-ci est également sous repérée de par sa faible sensibilité. Avec un ajustement du score seuil les résultats sont meilleurs : la sensibilité augmente et la spécificité reste acceptable.

Cet outil n'intègre qu'un item somatique (« *I feel as if I have slowed down* ») pour éviter toute confusion avec une origine physiologique, ce qui à première vue semble utile car la population âgée est largement touchée par des pathologies physiques (Clément, Nabukpo & Bonin-Guillaume, 2010 ; Monfort, 2001 ; Thomas & Hazif-Thomas, 2013). Cependant, cela va en contradiction avec les manifestations dépressives constatées chez le sujet âgé qui dans la grande majorité des cas sont justement somatiques (Pichot, Scantaburlo & Asseau, 2012 ; Rigaud et al., 2005 ; Haute Autorité de Santé, 2017). Un des indicateurs le plus représentatif de la dépression chez la personne âgée est l'association insomnie, anorexie et amaigrissement (Charazac, 2020). Un outil tel que le HADS-D passerait à côté de ces symptômes. Son utilisation dans la clinique gériatrique est donc discutable.

De plus, sa validité dans la population âgée est disparate selon les études (Lichtenberg, Marcopulos, Steiner et al., 1992 cités par Alexopoulos, 2014).

Le versant anxiété de l'HADS est étudié par Creighton et al.,(2019). La sous-échelle anxiété démontre une bonne cohérence interne dans l'échantillon utilisé. La sensibilité et la spécificité montrent de bons résultats : la performance globale de l'outil est excellente. L'échelle corrèle positivement avec le RAID qui mesure l'anxiété en cas de démence. Les auteurs ont calculé un score seuil idéal inférieur à celui habituellement utilisé : la validité discriminante est nettement meilleure car plus équilibrée. Ils ont également constaté aucunes différences significatives concernant la validité discriminante du test entre les personnes avec des troubles cognitifs et ceux qui n'en ont pas : cela suggère que l'outil est adapté à une population aux troubles cognitifs légers.

Les connaissances théoriques rapportent que les symptômes de l'anxiété chez la personne âgée sont généralement somatiques (Clément et al., 2010 ; Etienney & Gunten, 2016 ; Monfort, 2001). La HADS-A comporte 3 items reprenant des sensations physiques, ce qui est plus adapté comparativement au HADS-D.

Les études sur la validation du HADS chez la personne âgée sont peu nombreuses et ont montré des résultats disparates concernant la sensibilité et la spécificité (Spinoven et al.,1997 ; Wetherell et al., 2007 cités par Roberts, Fletcher & Merrick, 2013). En conséquence, Thomas et ses collaborateurs (2013) préconisent d'utiliser l'outil comme mesure de l'évolution des troubles et non pas pour diagnostiquer car la validité discriminante et les normes établies pour cette population ne sont pas suffisamment concluantes.

Enfin, pour le dernier outil examiné parmi les études sélectionnées, celle de Pergolotti et al.,(2018) avait comme objectif initial de tester les qualités psychométriques du MHI-17 parmi une population âgée atteinte d'un cancer. La cohérence de l'outil est excellente et les corrélations entre les items et le score total sont bonnes : l'outil est donc fidèle. Cependant, une analyse factorielle a mis en évidence des limites quant au modèle unidimensionnel. Les auteurs ont alors retiré certains items jugés non adaptés à la personne âgée et/ou qui ne mesuraient pas la santé mentale. Il reste donc 13 items relatifs aux symptômes anxio-dépressifs. Une méthode d'analyse par erreur quadratique moyenne d'approximation (RMSEA) permet, selon les auteurs, d'établir un bon ajustement global du modèle pour prédire les variables, d'autant plus pour la dépression. Cependant, si nous nous appuyons sur les normes établies concernant le RMSEA, une valeur inférieure ou égale à 0.08 est

acceptable, avec un idéal de 0.05 ou moins pour s'approcher au mieux d'un modèle « parfait » (Browne & Cudeck, 1993; Jöreskog & Sörbom, 1993 cités par Xia & Yang, 2019). Par conséquent, l'ajustement du modèle ne semble pas « bon » aux vues des valeurs obtenues car elles sont supérieures à 0.08.

Les auteurs ont également examiné le modèle des réponses aux items (IRT). Ce modèle « *s'intéresse à la relation probabiliste entre la manière dont un individu répond à une question mesurant une compétence, une aptitude, une attitude d'une part, et une variable latente continue mesurant cette compétence* » (Thissen, 1991 cité par Durand, 1998). Cette méthode permet de mesurer les propriétés d'un item mesurant une variable latente, tout en prenant en compte la manière dont le participant y répond : les deux sont placés sur un continuum. Cette méthode permet une analyse plus approfondie, notamment en évaluant la performance des items dans les sous-groupes démographiques (Pergolotti et al., 2018). L'ajustement du modèle des items est bon pour la sous-échelle dépression et raisonnable pour la sous-échelle anxiété.

Cette étude se consacre principalement à la validité factorielle d'un nouvel outil dérivé du MHI-17 : aucune donnée comparative n'est disponible pour comparer les résultats ou obtenir d'autres informations. De plus, l'article de Pergolotti et al.,(2018) semble manquer de nuances en tirant des conclusions qui ne prennent pas en compte les normes établies (e.g RMSEA) et en n'explicitant aucunes limites dans la conduite de leur étude.

Les propriétés qualitatives du MHI-17 ou MHI-13 ne sont pas suffisamment investiguées parmi la population âgée pour pouvoir l'utiliser dans la clinique.

4.2 Perspectives et limites

Les résultats observés et leurs analyses mettent en lumière un manque d'outils qui soient suffisamment robustes pour être utilisés auprès de la population âgée. Le développement d'une échelle standardisée est un long processus qui est complexe à mettre en place (Möller, 2009 cité par Kasper & Möller, 2014).

A cela s'ajoute peut-être un problème de perception de la personne âgée : ce n'est pas une population homogène où un outil est pertinent pour l'ensemble du groupe. Il faut prendre en compte: l'état de santé physique (ainsi que l'intensité et chronicité lorsqu'il y a une pathologie), les capacités cognitives, le lieu de vie et l'âge (un adulte âgé de 65 ans n'a pas les mêmes

problématiques qu'un adulte âgé de 80 ans). Certains outils existants prennent en considération ces spécificités ce qui est une évolution positive en gériatrie. Mais l'aspect psychométrique pour permettre de développer un outil suffisamment fiable et valide est bien plus difficile à mettre en action.

De plus, si nous regroupons tous les outils recensés spécifiques à la personne en comptant les outils en cas de démence, nous avons 35 outils disponibles. C'est un nombre conséquent, alors comment expliquer qu'il y ait si peu d'outils qui fassent consensus dans son utilisation ? Alexopoulos est un psychiatre qui a contribué à l'avancée des connaissances théoriques sur la dépression chez le sujet âgé, notamment en mettant en évidence des « sous-types » de la pathologie comme la dépression vasculaire, c'est un de ses domaines de prédilection. Il dénonce dans un de ses ouvrages une tendance populaire des scientifiques à publier toujours plus d'outils d'évaluations sans prendre le temps de les développer convenablement (Kasper & Möller, 2014). Cela peut être une explication parmi d'autres.

Dans l'idéal, la recherche scientifique future pourrait maintenir et développer cette volonté de différencier les profils variés de la personne âgée pour s'assurer que l'outil prenne en considération une spécificité qui influe sur les symptômes anxio-dépressifs et évidemment sur la construction de l'outil (e.g démence, grand âge, cancer); tout en continuant la recherche sur les modèles théoriques, notamment pour l'anxiété qui est encore trop peu renseignée chez la personne âgée (Andreescu & Lu, 2020).

Enfin, les outils nécessitent d'être développés consciencieusement par des scientifiques utilisant des méthodes d'analyses psychométriques modernes ou en tout cas plus adaptées que certains indicateurs qui deviennent peu à peu moins performants avec l'avancée des sciences (e.g l'alpha de Cronbach).

En ce qui concerne les limites de ce travail de mémoire, une des plus importantes est le manque d'outils à évaluer. Pour analyser et tirer des conclusions il faudrait davantage de « matière » pour avoir une meilleure vue d'ensemble, 7 outils et leurs variants ne sont pas suffisants. La limite établie lors de la stratégie de recherche pourrait être élargie en prenant en compte par exemple des articles publiés à partir de 2010, cela permettrait de rester tout de même cohérent avec la volonté de s'appuyer sur des connaissances scientifiques récentes tout en obtenant davantage de données à analyser.

Une seconde limite qui en découle est le manque d'outils examinés en langue française, il aurait été intéressant d'obtenir des informations sur des outils utilisés dans la pratique clinique en Belgique ou en France.

Il est à noter qu'il est possible que, lors du processus de sélections des articles, certains aient été écartés involontairement avec le nombre conséquent d'informations reçues.

Une autre limite importante est que le concept de démence n'a pas été abordé dans ce travail alors qu'il concerne en grande majorité des personnes âgées. Un travail similaire englobant la démence serait plus complet car plus représentatif des profils rencontrés en gériatrie.

5. CONCLUSION

Les objectifs de ce travail de mémoire étaient de faire un état des lieux des connaissances sur les symptômes anxio-dépressifs chez la personne âgée. Par la suite, nous avons recensé tous les outils évaluant les troubles anxieux et/ou dépressifs disponibles chez l'adulte et leurs caractéristiques principales. Enfin, une stratégie de recherche a été élaborée en vue de déterminer les outils les plus appropriés à la population âgée en se basant sur des articles scientifiques récents.

L'intérêt principal était de prendre connaissances des outils existants qui répondent au mieux aux exigences psychométriques en respectant notamment les connaissances théoriques concernant la personne âgée.

Les résultats obtenus sur 7 outils et leurs variants mettent en lumière le peu d'études avec des conclusions convaincantes. Certains sont en plein développement et nécessitent davantage d'études, tout en étant prometteurs. D'autres sont très bien établis dans la clinique adulte (HADS) voire gériatrique (GDS) mais la qualité méthodologique des études antérieures sont remises en question par les plus récentes; ce qui remet en cause la validité de l'outil pour certains profils de personnes âgées.

En conclusion, il faut rester vigilant quant aux outils utilisés dans la pratique car même les plus utilisés ont leurs limites. Le nombre conséquent de nouveaux outils laisse également miroiter un progrès dans le repérage des pathologies mais il est nécessaire de bien se renseigner sur leur validité avant de les utiliser. Pour ce faire, les méta-analyses et les revues systématiques restent les types

d'études les plus probantes pour s'informer (Evidence-Based Medicine Working Group, 1992 ; Hoffmann et al., 2013; Sackett et al., 1996, cités par Willems et al., 2020).

De plus, ce travail de mémoire présente des limites importantes dont le peu d'outils analysés et l'omission de la démence. Une période de publication élargie et l'intégration du thème démentiel permettraient un travail plus approfondi.

6. RÉFÉRENCES

6.1 Références théoriques

- Alexopoulos, G. S. (2019). Mechanisms and treatment of late-life depression. *Translational Psychiatry*, 9(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0514-6>
- Altintas, E., Gallouj, K., & Guerrien, A. (2012). Soutien social, dépression et estime de soi chez les personnes âgées : les résultats d'une analyse en cluster. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 170(4), 256–262. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2011.10.015>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5e éd.).
- Andreas, S., Schulz, H., Volkert, J., Dehoust, M., Sehner, S., Suling, A., Ausín, B., Canuto, A., Crawford, M., Da Ronch, C., Grassi, L., HersHKovitz, Y., Muñoz, M., Quirk, A., Rotenstein, O., Santos-Olmo, A. B., Shalev, A., Strehle, J., Weber, K., ... Härter, M. (2017). Prevalence of mental disorders in elderly people: The European MentDis-ICF65+ study. *British Journal of Psychiatry*.
- Andreescu, C., & Lee, S. (2020). Anxiety Disorders in the Elderly. Dans Y.-K. Kim (Éd.), *Anxiety Disorders : rethinking and understanding recent discoveries* (p. 561–576). Springer.
- Andreescu, C., & Varon, D. (2015). New Research on Anxiety Disorders in the Elderly and an Update on Evidence-Based Treatments. *Current Psychiatry Reports*, 17(7). <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0595-8>
- Association Canadienne des troubles anxieux. (2005). *Les troubles anxieux chez la personne âgée*.
- Azulai, A., & Walsh, C. A. (2014). Screening for Geriatric Depression in Residential Care Facilities : A Systematic Narrative Review. *Journal of Gerontological Social Work*, 58(1), 20–45. <https://doi.org/10.1080/01634372.2014.904469>
- Banque d'instruments francophones de mesure. (1995). Réseau Québécois de Recherche sur le vieillissement. <http://www.rqrv.com/fr/>
- Béland, S., Cousineau, D., & Loye, N. (2018). Utiliser le coefficient omega de McDonald à la place de l'alpha de Cronbach. *The MJE Forum*, 52(3), 791–804. <https://doi.org/10.7202/1050915ar>
- Benoit, M., & Dorey, J. M. (2011). Typologies of late-life depression : Anxiety and lack of motivation. *Cahiers de l'Année Gerontologique*. <https://doi.org/10.1007/s12612-011-0190-5>
- Bizzini, L. (2007). L'âgisme. *Gérontologie et société*, 30 / n° 123(4), 263–278. <https://doi.org/10.3917/g.s.123.0263>
- Bohic, N. (2012). Prévention des accidents vasculaires cérébraux et vieillissement. *Gérontologie et société*, 35 / HS n° 1(5), 217–227. <https://doi.org/10.3917/g.s.hs01.0217>
- Bourque, J., Doucet, D., LeBlanc, J., Dupuis, J., & Nadeau, J. (2020). L'alpha de Cronbach est l'un des pires estimateurs de la consistance interne : une étude de simulation. *Revue des sciences de l'éducation*, 45(2), 78–99. <https://doi.org/10.7202/1067534ar>

- Calvet.B & Clément.J-P. DSM-5 et la psychiatrie de la personne âgée. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*. 2014;12(1):52-62. doi:10.1684/pnv.2014.0456
- Cavanagh, A., Wilson, C. J., Kavanagh, D. J., & Caputi, P. (2017). Differences in the Expression of Symptoms in Men Versus Women with Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *Harvard review of psychiatry*, 25(1), 29–38. <https://doi.org/10.1097/HRP.000000000000012>
- Centre de prévention suicide. (2014). *Le suicide un problème majeur de santé publique : introduction à la problématique du suicide en Belgique*. <https://www.preventionsuicide.be>
- Champagne, A., Landreville, P., & Gosselin, P. (2020). A Systematic Review of the Psychometric Properties of the Geriatric Anxiety Inventory. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 40(3), 376–395. <https://doi.org/10.1017/s0714980820000185>
- Charazac, P. (2020). Aide-mémoire Psychogériatrie en 24 notions. Dans *Troubles de l'humeur, dépression et suicide* (3ème éd., p. 239–262). DUNOD.
- Cizek, G. J. (2020). Introduction. Dans *Validity : An Integrated Approach to Test Score Meaning and Use* (1re éd., p. 1–18). Routledge.
- Clément, J.-P., & Prado-Jean, A. (2010). Instruments d'évaluation en psychiatrie de la personne âgée. Dans *Psychiatrie de la personne âgée* (FLAMMARION MEDECINE-SCIENCE éd., p. 562–580). LAVOISIER MSP.
- College National des Enseignants en Gériatrie {CNEG}. (2010). Editions Elsevier-Masson (2nd). *Dépressions du sujet âgé* (pp187-192).
- Colligan, E. M., Cross-Barnet, C., Lloyd, J. T., & McNeely, J. (2020). Barriers and facilitators to depression screening in older adults: a qualitative study. *Aging and Mental Health*. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1531376>
- Cosco, T. D., Lachance, C. C., Blodgett, J. M., Stubbs, B., Co, M., Veronese, N., Wu, Y. T., & Prina, A. M. (2019). Latent structure of the Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) in older adult populations : a systematic review. *Aging & Mental Health*, 24(5), 700–704. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1566434>
- Courtin, E., & Knapp, M. (2015). Social isolation, loneliness and health in old age : a scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 799–812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>
- Dandeneau, S. (2021, 4 mai). *Cours 4 - Partie 2 | Fiabilité et Validité* [Vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=cW1TbMILTUk&t=819s>
- Denko, T., & Friedman, E. S. (2014). Depression in different types of patients. Dans E. S. Friedman & I. M. Anderson (Éds.), *Handbook of Depression : Second Edition* (2014e éd., p. 15–17). Springer Healthcare.
- Dépression*. (2021). Organisation Mondiale de la Santé (OMS). <https://www.who.int/fr>

- Durand, C. (1998). Application de la théorie de réponse aux items à l'analyse d'échelles d'attitude. *Bulletin of Sociological Methodology/Bulletin de Méthodologie Sociologique*, 59(1), 27–48. <https://doi.org/10.1177/075910639805900104>
- Etienny, G., & von Gunten, A. (2016). Diagnostic et prise en charge : troubles anxieux chez le sujet âgé. *La Gazette Médicale*.
- Fondacci, C. (2009). Historique. Dans *Les dépressions (Comprendre, prévenir, traiter) (French Edition)* (2009e éd., p. 11–57). Springer.
- Friedman, B., Heisel, M. J., & Delavan, R. L. (2005). Psychometric Properties of the 15-Item Geriatric Depression Scale in Functionally Impaired, Cognitively Intact, Community-Dwelling Elderly Primary Care Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(9), 1570–1576. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53461.x>
- Gerolimatos, L. A., Greff, J. J., & Edelstein, B. A. (2014). The Oxford Handbook of Clinical Geropsychology (Oxford Library of Psychology). Dans K. Laidlaw (Éd.), *Interviewing older adults* (1re éd., p. pp163-184). Oxford University Press.
- Gisle, L. (2014). *Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et Bien-être*. http://www.reseausantenamur.be/images/pdf/Bibliotheque/2013_Enquete_federale_de_sante.pdf
- Gisle, L., Demarest, S., & Drieskens, S. (2019). *Enquête de santé 2018 : Consommation d'alcool. Bruxelles, Belgique : Sciensano (D/2019/14.440/65)*. https://www.sciensano.be/sites/default/files/al_report_2018_fr_v4.pdf
- Grover, S., Sahoo, S., Chakrabarti, S., & Avasthi, A. (2019). Anxiety and somatic symptoms among elderly patients with depression. *Asian Journal of Psychiatry*, 41, 66–72. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.07.009>
- Haigh, E. A., Bogucki, O. E., Sigmon, S. T., & Blazer, D. G. (2018). Depression Among Older Adults : A 20-Year Update on Five Common Myths and Misconceptions. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(1), 107–122. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.06.011>
- Haute Autorité de Santé. (2017, octobre). *Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours*. <https://www.has-sante.fr/>
- Hazif-Thomas, C., Léger, D., & Thomas, P. (2003). Agitation et agressivité du sujet âgé : de la clinique avant toute chose ! *Revue de Geriatrie*.
- Heidenblut, S., & Zank, S. (2020). Screening for Depression in Old Age With Very Short Instruments : The DIA-S4 Compared to the GDS5 and GDS4. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 6, 233372142098132. <https://doi.org/10.1177/2333721420981328>
- Hogan, T. P. (2017a). Introduction à la psychométrie, 2e éd. Dans *La validité des tests* (p. 101–135). CHENELIERE.
- Hogan, T. P. (2017b). La fidélité des tests. Dans *Introduction à la psychométrie, 2e éd* (p. 73–100). CHENELIERE.
- Kasper, S., & Möller, H. J. (2014). Observer rating scales. Dans G. Alexopoulos, C. Moreno, & H. J. Möller (Éds.), *Guide to Assessment Scales in Major Depressive Disorder* (p. 13). Springer Publishing.

- Kennedy, G. J. (2015). What causes depression in late life and what makes it difficult to treat ? Dans *Geriatric Depression : A Clinical Guide* (1re éd., p. 21–33). The Guilford Press.
- Kockler, M., & Heun, R. (2002). Gender differences of depressive symptoms in depressed and nondepressed elderly persons. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *17*(1), 65–72. <https://doi.org/10.1002/gps.521>
- Lanzenberger, R., Kranz, G. S., & Savic, I. (2020). The role of sex and gender in anxiety disorders : Being scared “like a girl” ? Dans E. T. Hallers-Haalboom, J. Mass, E. Kunst, & M. Bekker (Éds.), *Handbook of Clinical Neurology* (1re éd., p. 359–368). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64123-6.00024-2>.
- le Clainche, C., & Courtet, P. (2016). *Facteur de risque de suicide et de vulnérabilité au suicide* (Observatoire national du suicide – 2e rapport). https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/ons2016_dossier2.pdf
- Li, X., & Wang, Q. (2019). Psychological Treatment for Depressive Disorder. Dans Y. Fang (Éd.), *Depressive Disorders : Mechanisms, Measurement and Management* (1st ed. 2019 éd., p. 233–257). Springer.
- L'isolement social chez les personnes de 65 ans et plus en Belgique : sa prévalence et ses déterminants. (2013). *Revue d'Action Sociale et Médico-Sociale*, *75*, 54–58.
- Liu, L., Gou, Z., & Zuo, J. (2016). Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *Journal of Health Psychology*, *21*(5), 750–758. <https://doi.org/10.1177/1359105314536941>
- Luhmann, M., & Hawkley, L. C. (2016). Age differences in loneliness from late adolescence to oldest old age. *Developmental Psychology*, *52*(6), 943–959. <https://doi.org/10.1037/dev0000117>
- Maggi, P., Delye, S., Vermeulen, B., Declercq, A., & Gosset, C. (2013). L'isolement social chez les personnes de 65 ans et plus en Belgique : sa prévalence et ses déterminants. *Revue d'Action Sociale et Médico-Sociale*, *75*, 54–58.
- Martin, L. A., Neighbors, H. W., & Griffith, D. M. (2013). The Experience of Symptoms of Depression in Men vs Women. *JAMA Psychiatry*, *70*(10), 1100. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1985>
- Masse, C., Giustiniani, J., Bennabi, D., & Vandell, P. (2018). L'anxiété chez le sujet âgé : diversité des présentations cliniques et approches thérapeutiques. *Lettre du Psychiatre, Vol. XIV*(1–2). <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/26856.pdf>
- Michel, B. (2018). Clinical aspects of depression in the elderly. *Archives of Depression and Anxiety*, 026–030. <https://doi.org/10.17352/2455-5460.000030>
- Monfort, J. C. (2001). Spécificités psychologiques des personnes très âgées. *Gérontologie et société*, *24 / n° 98*(3), 159–187. <https://doi.org/10.3917/gs.098.0159>
- Mouvement de la population. (2021). StatBel la Belgique en chiffres. <http://statbel.fgov.be/fr>
- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles. (2016, décembre). *Les personnes âgées et les maisons de repos et de soins en région bruxelloise. Aperçu en 2016 et focus sur les résidents*

aux profils O ou A. https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/notes-notas/noteoss3_fr_6.pdf

Oliffe, J.L., Rossnagel, E., Seidler, Z.E. *et al.* Men's Depression and Suicide. *Curr Psychiatry Rep* 21, 103 (2019). <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1088-y>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., & Shamseer, L. (2021). The PRISMA 2020 statement : an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*.

Park, S. H., & Lee, H. (2021). Is the center for epidemiologic studies depression scale as useful as the geriatric depression scale in screening for late-life depression ? A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 292, 454–463. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.120>

Park, S.-C., & Kim, Y.-K. (2018). Depression in DSM 5 : change, controverses and future. Dans Y. Kim (Éd.), *Understanding Depression Volume 2 Clinical manifestations, diagnosis and treatment* (Softcover reprint of the original 1st ed. 2018 éd., p. 3–10). Springer.

Perkovi, M. N., Erjavec, G. N., Strac, D. S., & Pivac, N. (2018). Biomarkers of Depression : Potential Diagnostic Tools. Dans Y. Kim (Éd.), *Understanding Depression Volume 2 Clinical manifestations, diagnosis and treatment* (Softcover reprint of the original 1st ed. 2018 éd., p. 35–53). Springer.

Pichot, W., Scantamburlo, G., & Ansseau, M. (2012). Approche clinique et thérapeutique de la dépression chez la personne âgée. *Revue Médicale de Liège*.

Pinquier, C., Weimann, N., & Pellerin, J. (2003). Le diagnostic d'une dépression chez la personne âgée. *Revue de Geriatrie*.

Pichot, W. (2014). Le suicide chez la personne âgée. *Revue médicale de Liège*, 69(5–6), 390–394.

Prado-Jean, A., Nubukpo, Ph., Druet-Cabanac, M., & al. (2009). Psychiatrie de la personne âgée. In J.-P. Clément, Médecine Sciences Flammarion (Eds.). *Histoire et champs de la psychiatrie* (pp.3-9). *Epidémiologie des troubles psychiatriques* (pp.12-18).

Price, E. C., Gregg, J. J., Smith, M. D., & Fiske, A. (2018). Masculine Traits and Depressive Symptoms in Older and Younger Men and Women. *American Journal of Men's Health*, 12(1), 19–29. <https://doi.org/10.1177/1557988315619676>

Respect Seniors. (2019). *Rapport annuel administratif 2019*. <http://www.respectseniors.be/wp-content/uploads/2020/06/Rapport-administratif-annuel-2019Respect-Seniors-2019-2.pdf>

Richard-Devantoy, S., & Jollant, F. (2013). Le suicide de la personne âgée : existe-t-il des spécificités liées à l'âge ? *Dossier : Le suicide*, 37(2), 151–173. <https://doi.org/10.7202/1014949ar>

Rigaud, A. S., Bayle, C., Latour, F., Lenoir, H., Seux, M. L., Hanon, O., Péquignot, R., Bert, P., Bouchacourt, P., Moulin, F., Cantegreil, I., Wenisch, E., Batouche, F., & de Rotrou, J. (2005). Troubles psychiques des personnes âgées. *EMC - Psychiatrie*, 2(4), 259–281. <https://doi.org/10.1016/j.emcps.2005.07.003>

- Roberts, M. H., Fletcher, R. B., & Merrick, P. L. (2013). The validity and clinical utility of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) with older adult New Zealanders. *International Psychogeriatrics*, 26(2), 325–333. <https://doi.org/10.1017/s104161021300197x>
- Roche, J., & Thomas, P. (2009). Pathologies anxieuses. Dans J.-P. Clément (Éd.), *Psychiatrie de la personne âgée* (p. 195–203). Médecines-Sciences. Flammarion.
- Rolland, J.-P. (2006). Comment évaluer un test ? Dans C. Levy-Leboyer, C. Louche, & J.-P. Rolland (Éds.), *Ressources Humaines : les apports de la psychologie du travail : Vol. 1 : management des personnes* (p. 61–82). Editions d'Organisation Eyrolles.
- Rosay-Notz, H. (2004). Prise en charge des personnes âgées dans les sociétés traditionnelles. *Etudes sur la mort*, 126(2), 27. <https://doi.org/10.3917/eslm.126.0027>
- Segal, D. L., Granier, K. L., Pifer, M. A., & Stone, L. E. (2019). Geriatric Anxiety Scale. *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*, 1–7. https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2_1103-1
- Segal, D. L., Qualls, S. H., & Smyer, M. A. (2017). *Aging and Mental Health* (Third éd.). Wiley Blackwell.
- Shahpesandy, H. (2005). Different manifestation of depressive disorder in the elderly. *Neuro endocrinology letters*, 26 6, 691-5 .
- Sibille, F.-X., Verreckt, E., Philoppot, P., Agrigoroaej, P., Gobiet, S., Mees, L., Masse, M., & Schoevaerds, D. (2020). Clinique de la dépression chez la personne âgée médical. *Louvain médical*, 138(10), 585–590.
- Snowdon, J., & Almeida, P. (2013) In Lavretsky, H., Sajatovic, M., & Reynolds III, C, Oxford University Press (Eds.). *The diagnosis and treatment of unipolar depression in late-life* (pp79-83).
- Surkalim, D. L., Luo, M., Eres, R., Gebel, K., van Buskirk, J., Bauman, A., & Ding, D. (2022). The prevalence of loneliness across 113 countries : systematic review and meta-analysis. *BMJ*, e067068. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067068>
- Tayaa, S., Berrut, G., Seigneurie, A.-S., Hanon, C., & Lestrade, N. (2020). Diagnostic et prise en charge de la dépression chez le sujet âgé. *Gériatrie, psychologie & neuropsychiatrie du vieillissement*, 18(1), 88–96.
- Thagunna, N. S., Bhatta, K. R., & Adhikari, P. (2020). Demographic factors in stress, anxiety and depression of older women. *Indian Journal of Health and Well-being*, 11(7–9), 282–287.
- Thériault, C., & Duhoux, A. (2020, novembre). Dépression : les symptômes sont-ils les mêmes chez les hommes et les femmes ? *Perspective infirmière*, pp 22–24.
- Thomas, P., & Hazif-Thomas, C. (2013). Dépression de la personne âgée en institution. *La Revue de Gériatrie*, 38(3), 207–216.

- Vilagut, G., Forero, C. G., Barbaglia, G., & Alonso, J. (2016). Screening for Depression in the General Population with the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) : A Systematic Review with Meta-Analysis. *PLOS ONE*, *11*(5), e0155431. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155431>
- Vink, D., Aartsen, M. J., & Schoevers, R. A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly : A review. *Journal of Affective Disorders*, *106*(1-2), 29-44. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.06.005>
- Waern, M., Rubenowitz, E., & Wilhelmson, K. (2003). Predictors of Suicide in the Old Elderly. *Gerontology*, *49*(5), 328-334. <https://doi.org/10.1159/000071715>
- Watson, L. C., & Pignone, M. P. (2003). Screening accuracy for late-life depression in primary care : a systematic review. *The Journal of family practice*, *52*(12), 956-964.
- Watson, L. C., Zimmerman, S., Cohen, L. W., & Dominik, R. (2009). Practical Depression Screening in Residential Care/Assisted Living : Five Methods Compared With Gold Standard Diagnoses. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *17*(7), 556-564. <https://doi.org/10.1097/jgp.0b013e31819b891c>
- Wilby, F. (2011). Depression and Social Networks in Community Dwelling Elders : A Descriptive Study. *Journal of Gerontological Social Work*, *54*(3), 246-259. <https://doi.org/10.1080/01634372.2010.540074>
- Willems, S., Maillart, C., Martinez-Perez, T., & Durieux, N. (2020). *Psychologue et orthophoniste : l'EBP au service du patient*. FunMooc. <https://www.fun-mooc.fr/fr/cours/psychologue-et-orthophoniste-lebp-au-service-du-patient/>
- Williams, M. W., Li, C. Y., & Hay, C. C. (2020). Validation of the 10-item Center for Epidemiologic Studies Depression Scale Post Stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, *29*(12), 105334. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105334>
- Wolitzky-Taylor, K. B., Castriotta, N., Lenze, E. J., Stanley, M. A., & Craske, M. G. (2010). Anxiety disorders in older adults : a comprehensive review. *Depression and Anxiety*, *27*(2), 190-211. <https://doi.org/10.1002/da.20653>
- Xia, Y., & Yang, Y. (2018). RMSEA, CFI, and TLI in structural equation modeling with ordered categorical data : The story they tell depends on the estimation methods. *Behavior Research Methods*, *51*(1), 409-428. <https://doi.org/10.3758/s13428-018-1055-2>
- Zis, P., Daskalaki, A., Bountouni, I., Sykioti, P., Varrassi, G., & Paladini, A. (2017). Depression and chronic pain in the elderly : links and management challenges. *Clinical Interventions in Aging*, *Volume 12*, 709-720. <https://doi.org/10.2147/cia.s113576>

6.2 Références des outils recensés

- Addington, D., Addington, J., & Schissel, B. (1990). A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophrenia Research*, 3(4), 247–251. [https://doi.org/10.1016/0920-9964\(90\)90005-r](https://doi.org/10.1016/0920-9964(90)90005-r)
- Adshead, Fiona, et al. "BASDEC: a novel screening instrument for depression in elderly medical inpatients." *British Medical Journal*, vol. 305, no. 6850, 15 Aug. 1992, p. 397. *Gale Academic OneFile*.
- Alexopoulos, G. S., Abrams, R. C., Young, R. C., & Shamoian, C. A. (1988). Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biological Psychiatry*, 23(3), 271–284. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(88\)90038-8](https://doi.org/10.1016/0006-3223(88)90038-8)
- Allen, N., Ames, D., Ashby, D., Bennetts, K., Tuckwell, V., & West, C. (1994). A brief sensitive screening instrument for depression in late life. *Age and Ageing*, 23(3), 213–219. <https://doi.org/10.1093/ageing/23.3.213>
- Andresen, E. M., Malmgren, J. A., Carter, W. B., & Patrick, D. L. (1994). Screening for depression in well older adults: evaluation of a short form of the CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale). *American Journal of Preventive Medicine*, 10(2), 77–84. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8037935>
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10(2), 176–181. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176>
- Barnard, P., Watkins, E., Mackintosh, B., & Nimmo-Smith, I. (Éds.). (2007). *Getting stuck in a mental rut : some process and experiential attributes*. Papier présenté au 35e congrès de la British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies, Brighton, Angleterre.
- Barry Gurland, MD, Robert R. Golden, PhD, Jeanne A. Teresi, EdD, Judith Challop, MPh, The Short-Care: An Efficient Instrument for the Assessment of Depression, Dementia and Disability, *Journal of Gerontology*, Volume 39, Issue 2, March 1984, Pages 166–169, <https://doi.org/10.1093/geronj/39.2.166>
- Bech P. & J.O. Rafaelsen. 1981. Rating Scales for affective Disorders : their validity and consistency. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 64, 1-10
- Bech, P. (2004) Measuring the Dimension of Psychological General Well-Being by the WHO-5. *Quality of Life Newsletter*, 32, 15-16.
- Bech, P., & Rafaelsen, O. J. (1980). The use of rating scales exemplified by a comparison of the Hamilton and the Bech-Rafaelsen Melancholia Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 62(S285), 128–132. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1980.tb07683.x>

- Bech, P., Gram, L. F., Reisby, N., & Rafaelsen, O. J. (1980). The WHO Depression Scale: Relationship to the Newcastle scales. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *62*(2), 140–153. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1980.tb00601.x>
- Bech, P., Gudex, C., & Johansen, K. S. (1996). The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *65*(4), 183–190. <https://doi.org/10.1159/000289073>
- Bech, P., Rasmussen, N. A., Olsen, L. R., Noerholm, V., & Abildgaard, W. (2001). The sensitivity and specificity of the Major Depression Inventory, using the Present State Examination as the index of diagnostic validity. *Journal of Affective Disorders*, *66*(2–3), 159–164. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(00\)00309-8](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(00)00309-8)
- Bech, P., Stage, K. B., Nair, N. P., Larsen, J. K., Kragh-Sørensen, P., & Gjerris, A. (1997). The Major Depression Rating Scale (MDS). Inter-rater reliability and validity across different settings in randomized moclobemide trials. Danish University Antidepressant Group. *Journal of Affective Disorders*, *42*(1), 39–48. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(96\)00094-8](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(96)00094-8)
- Beck A.T. (1988). "Beck Hopelessness Scale." *The Psychological Corporation*.
- Beck A.T. & A Beamesderfer. 1974. Assessment of Depression : The Depression Inventory. *Psychological Measurements in Psychopharmacology*. Mod. Probl. In Pharmacopsychiatry. 7, 151-159. Ed. Pichot, Paris, Karger, Base
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893>
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*, 561–571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *42*(6), 861–865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>
- Beckingham, A. C., Coutu-Wakulczyk, G., & Lubin, B. (1993). French-language validation of the DACL and MAACL-R. *Journal of Clinical Psychology*, *49*(5), 685–695.
- Benaim, C., Cailly, B., Pérennou, D., & Pelissier, J. (2004). Validation of the Aphasic Depression Rating Scale. *Stroke; a Journal of Cerebral Circulation*, *35*, 1692–1696. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000130591.95710.20>
- Benazzi, F. (1998). Letter to the editor: A 10-item Hamilton Depression Rating Scale to measure major depressive episode severity in outpatients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *13*(8), 570–571.

- Berwick, D. M., Murphy, J. M., Goldman, P. A., Ware, J. E., Barsky, A. J., & Weinstein, M. C. (1991). Performance of a five-item mental health screening test. *Medical Care*, *29*(2), 169–176. <https://doi.org/10.1097/00005650-199102000-00008>
- Bird, A. S., Macdonald, A. J. D., Mann, A. H., & Philipot, M. P. (1987). Preliminary experience with the SELFCARE (D): A self-rating depression questionnaire for use in elderly, non-institutionalized subjects. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *2*(1), 31–38. <https://doi.org/10.1002/gps.930020106>
- Blazer, D. (1980). The Diagnosis of Depression in the Elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, *28*(2), 52–58. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1980.tb00205.x>
- Bobon, D. P., Lapiere, Y. D., & Lottin, T. (1981). Validity and sensitivity of the french version of the Zerssen BfS/BfS' self-rating mood scale during treatment with trazodone and amitriptyline. *Progress in Neuro-Psychopharmacology*, *5*(5–6), 519–522.
- Bobon, D., Frenckell, R., Troisfontaines, B., Mormont, C., & Pellet, J. (1985). Construction et validation préliminaire d'une échelle d'anxiété extraite de l'AMDP francophone, l'AMDP-AT. *Encephale*, *52*, 947–959.
- Bouvard M, Charles S, Mollard E, Guérin J, Aimard G, Cottraux J. Étude de validation et analyse factorielle de la version française du questionnaire des pensées automatiques. *J Ther Comport Cogn* 1992;2(2):25—8.
- Bouvard, M., Charles, S., Guérin, J., Aimard, G., & Cottraux, J. (1991). Study of Beck's hopelessness scale. Validation and factor analysis. *L'Encéphale*, *18*, 237–240.
- Brierley, C. E., Szabadi, E., Rix, K. J., & Bradshaw, C. M. (1988). The Manchester Nurse Rating Scales for the daily simultaneous assessment of depressive and manic ward behaviours. *Journal of Affective Disorders*, *15*(1), 45–54. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(88\)90008-0](https://doi.org/10.1016/0165-0327(88)90008-0)
- Brown, L., & Schinka, J. (2005). Development of initial validation of a 15-item informant version of the Geriatric Depression Scale. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *20*, 911–918. <https://doi.org/10.1002/gps.1375>
- Bruchon-Schweitzer, M., & Paulhan, I. (1993). Inventaire d'Anxiété Trait-état. Forme Y. STAI-Y. Paris: *Les éditions du Centre de Psychologie Appliquée*
- Byrne, G. J., & Pachana, N. A. (2011). Development and validation of a short form of the Geriatric Anxiety Inventory--the GAI-SF. *International Psychogeriatrics*, *23*(1), 125–131. <https://doi.org/10.1017/S1041610210001237>
- Camus V, Schmitt L, Ousset PJ, Micas M. Dépression et démence: contribution à la validation française de deux échelles de dépression: "Cornell Scale for Depression in Dementia" et "Dementia Mood Assessment Scale » (1995). *L'Encephale*, May-Jun;21(3):201-8.
- Carballeira, Y., Dumont, P., Borgacci, S., Rentsch, D., de Tonnac, N., Archinard, M., & Andreoli, A. (2007). Criterion validity of the French version of Patient Health Questionnaire (PHQ) in a

hospital department of internal medicine. *Psychology and Psychotherapy*, 80(Pt 1), 69–77.
<https://doi.org/10.1348/147608306X103641>

- Carroll, B. J., Feinberg, M., Smouse, P. E., Rawson, S. G., & Greden, J. F. (1981). The Carroll Rating Scale for Depression I. Development, Reliability and Validation. *The British Journal of Psychiatry*, 138(3), 194–200. <https://doi.org/10.1192/bjp.138.3.194>
- Cayrou, S., Dickès, P., & Dolbeault, S. (2003). Version française du profile of mood states (POMS-f). *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 13(2), 83–88.
- Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé, Bouckaert, N., Gerkens, S., Devriese, S., & Cleemput, I. (2021). *Une matrice de valorisation belge pour l'EQ-5D-5L comment évaluer la qualité de vie liée à la santé ?* https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_342B_Matrice_de_valorisation_belge_pour_EQ-5D-5L_Synthese.pdf
- Chambon, O., Poncet, F., Kiss, L., Milani, D., & Cottraux, J. (1988). [French adaptation, concurrent validation and factorial analysis of the Bech and Rafaelsen melancholia scale]. *L'Encephale*, 14(6), 443–448.
- Champagne, A., Landreville, P., Gosselin, P., & Carmichael, P.-H. (2018). Psychometric properties of the French Canadian version of the Geriatric Anxiety Inventory. *Ageing & Mental Health*, 22(1), 40–45. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1226767>
- Charles, G., Frydman, O., Bonami, T., Hershkowitz, C., Tilmant, J. J., Wilmotte, J., & Mendlewicz, J. (1986). [French adaptation and validation of the Carroll rating scale for depression]. *L'Encephale*, 12(5), 299–301. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3816677>
- Ciobanu, T., Brodard, F., Antonietti, J.-P., Genoud, P. A., & Brandner, C. (2018). Screening negative affectivity in young adults: Validation and psychometric evaluation of the French version of the Depression Anxiety Stress Scales. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 50(4), 238–247. <https://doi.org/10.1037/cbs0000110>
- Clément, J.-P., Nassif, R. F., Léger, J. M., & Marchan, F. (1997). Mise au point et contribution à la validation d'une version française brève de la "geriatric depression scale" de Yesavage. *L'Encephale*, vol 23 n°2 mars-avril, 91–99.
- Collet, L., & Cottraux, J. (1986). Inventaire abrégé de la dépression de Beck (13 items): Étude de la validité concurrente avec les échelles de Hamilton et de ralentissement de Widlöcher. [The shortened Beck Depression Inventory: Study of the concurrent validity with the Hamilton Depressio. *L'Encéphale: Revue de Psychiatrie Clinique Biologique et Thérapeutique*, 12(2), 77–79.
- Copeland, J. R., Dewey, M. E., Henderson, A. S., Kay, D. W., Neal, C. D., Harrison, M. A., McWilliam, C., Forshaw, D., & Shiwach, R. (1988). The Geriatric Mental State (GMS) used in the community: replication studies of the computerized diagnosis AGE-CAT. *Psychological Medicine*, 18(1), 219–223. <https://doi.org/10.1017/s003329170000204x>

- Copeland, J. R., Kelleher, M. J., Kellett, J. M., Gourlay, A. J., Gurland, B. J., Fleiss, J. L., & Sharpe, L. (1976). A semi-structured clinical interview for the assessment of diagnosis and mental state in the elderly: the Geriatric Mental State Schedule. I. Development and reliability. *Psychological Medicine*, *6*(3), 439–449. <https://doi.org/10.1017/s0033291700015889>
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *150*, 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, *44*(12), 2308–2314. <https://doi.org/10.1212/wnl.44.12.2308>
- D’Ath, P., Katona, P., Mullan, E., Evans, S., & Katona, C. (1994). Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders. I: The acceptability and performance of the 15 item Geriatric Depression Scale (GDS15) and the development of short versions. *Family Practice*, *11*(3), 260–266. <https://doi.org/10.1093/fampra/11.3.260>
- Delay, J., Pichot, P., Lemperière, T., & Mirouze, R. (1963). La nosologie des états dépressifs: rapport entre l'étiologie et la sémiologie. 2-Résultats du questionnaire de Beck. *L'Encéphale*, *6*, 497-505
- Derogatis, L R, & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, *13*(3), 595–605. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6622612>
- Derogatis, L R, Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, *19*(1), 1–15. <https://doi.org/10.1002/bs.3830190102>
- Derogatis, L. (2001). Brief Symptoms Inventory 18: Administration, Scoring, and Procedures Manual. Minneapolis, MN: NCS Pearson.
- Derogatis, L. R. (1977). SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual. Baltimore, MD: *Clinical Psychometric Research*
- Derogatis, L., & Unger, R. (2010). Symptom Checklist–90–Revised. In *Corsini Encyclopedia Psychol.*
- Derogatis, Leonard R. (2001). BSI 18, Brief Symptom Inventory 18: administration, scoring and procedures manual. *NCS Pearson, Inc.*
- Douilliez, C., Heeren, A., Lefèvre, N., Watkins, E., Barnard, P., & Philippot, P. (2014). Validation de la version française d’un questionnaire évaluant les pensées répétitives constructives et non constructives. *Canadian Journal of Behavioural Science*, *46*(2), 185–192. <https://doi.org/10.1037/a0033185>
- Eaton, WW., Muntaner, C., Smith, C., Tien, A., Ybarra, M. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: Review and revision (CESD and CESD-R). In: *Maruish ME, ed. The Use*

of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment. 3rd ed.
Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 2004:363-377.

- Eaton, W. W., Smith, C., Ybarra, M., Muntaner, C., & Tien, A. (2004). Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: Review and Revision (CESD and CESD-R). In *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Instruments for adults, Volume 3, 3rd ed* (pp. 363–377). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Evans, M. E. (1993). Development and validation of a brief screening scale for depression in the elderly physically ill. *International Clinical Psychopharmacology*, 8(4), 329–331.
- Ferreri, M., Von Frenckell, R., Mirabel, V., Tawil, S., & Alby, J. M. (1988). [A new scale of quantitative and qualitative evaluation of anxiety: the Ferreri Anxiety Rating Diagram (FARD)]. *L'Encephale*, 14(5), 385–393. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3215140>
- Freeston, M H, Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F., & al, et. (1994). L'inventaire d'anxiété de Beck. Propriétés psychométriques d'une traduction française. [The Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties of a French translation.]. *L'Encéphale: Revue de Psychiatrie Clinique Biologique et Thérapeutique*, 20(1), 47–55.
- Freeston, Mark H, Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17(6), 791–802. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5)
- Fry, P. S. (1984). Development of a geriatric scale of hopelessness: Implications for counseling and intervention with the depressed elderly. *Journal of Counseling Psychology*, 31(3), 322–331. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.31.3.322>
- Fuhrer, R., & Rouillon, F. (1989). La version française de l'échelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale). Description et traduction de l'échelle d'autoévaluation. *Psychiatrie & Psychobiologie*, 4(3), 163–166.
- Goldberg, D P, & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), 139–145. <https://doi.org/10.1017/s0033291700021644>
- Goldberg, D. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. NFER.
- Goldberg, D., Williams, P., & University of London. Institute of Psychiatry. (1991). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. NFER-NELSON.
- Goldberg, David P. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness. In *The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness*. Oxford U. Press.
- Gosselin, P., Dugas, M. J., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (2001). [Evaluation of worry: validation of a French translation of the Penn State Worry Questionnaire]. *L'Encephale*, 27(5), 475–484. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11760697>

- Gregg, J. J., Cui, R., Edelstein, B. A., & Fiske, A. (2021). Development and initial validation of the Hopelessness Inventory for Later Life (HILL). *Aging & Mental Health*, 25(9), 1740–1749. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1768213>
- Guedeney, N., & Fermanian, J. (1998). Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): New results about use and psychometric properties. *European Psychiatry*, 13(2), 83–89. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(98\)80023-0](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(98)80023-0)
- Guelfi, J. D., Dreyfus, J. F., Ruschel, S., Blanchard, C., & Pichot, P. (1981). [Factorial structure of the Hamilton depression scale. I]. *Annales Medico-Psychologiques*, 139(2), 199–214. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7294602>
- Gurland, B. J., & Wilder, D. E. (1984). The CARE interview revisited: Development of an efficient, systematic clinical assessment. *Journal of Gerontology*, 39(2), 129–137. <https://doi.org/10.1093/geronj/39.2.129>
- Gurland, B., Kuriansky, J., Sharpe, L., Simon, R., Stiller, P., & Birkett, P. (1977). The Comprehensive assessment and Referral Evaluation (CARE)--rationale, development and reliability. *International Journal of Aging & Human Development*, 8(1), 9–42. <https://doi.org/10.2190/cl3j-0e20-97xx-mv51>
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *The British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50–55. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56–62. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>
- Hardt, J., & Gerbershagen, H. U. (2001). Cross-validation of the SCL-27: a short psychometric screening instrument for chronic pain patients. *European Journal of Pain (London, England)*, 5(2), 187–197. <https://doi.org/10.1053/eujp.2001.0231>
- Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M. F., Kind, P., Parkin, D., Bonnel, G., & Badia, X. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of Life Research : An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 20, 1727–1736. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9903-x>
- Hervé, C., Dufour, N., & Lebrun, C. (2014). Adaptation en français et validation d'une échelle de mesure des peurs des personnes âgées (PPA). [French adaptation and validation of a scale measuring fear of the elderly (PPP)]. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 46(3), 313–319. <https://doi.org/10.1037/a0030342>
- Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M., & Brähler, E. (2001). Symptom-Checkliste SCL-90-R: *Diagnostica*, 47(1), 27–39. <https://doi.org/10.1026//0012-1924.47.1.27>

- Hollon, S. D., & Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4(4), 383–395. <https://doi.org/10.1007/BF01178214>
- Hopko, D. R., Reas, D. L., Beck, J. G., Stanley, M. A., Wetherell, J. L., Novy, D. M., & Averill, P. M. (2003). Assessing worry in older adults: Confirmatory factor analysis of the Penn State Worry Questionnaire and psychometric properties of an abbreviated model. *Psychological Assessment*, 15(2), 173–183. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.15.2.173>
- Hung, C.-I., Weng, L.-J., Su, Y.-J., & Liu, C.-Y. (2006). Depression and somatic symptoms scale: a new scale with both depression and somatic symptoms emphasized. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(6), 700–708. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2006.01585.x>
- Jalenques, I., Rachez, C., Jalenques, U. T., Nechifor, S. A., Morel, L., Blanchard, F., Pereira, B., Lauron, S., Rondepierre, F., & group, F. D. (2021). Cross-cultural evaluation of the French version of the Delusion Assessment Scale (DAS) and Psychotic Depression Assessment Scale (PDAS). *PloS One*, 16(4), e0250492. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250492>
- Jongenelis, K., Gerritsen, D. L., Pot, A. M., Beekman, A. T. F., Eisses, A. M. H., Kluiters, H., & Ribbe, M. W. (2007). Construction and validation of a patient- and user-friendly nursing home version of the Geriatric Depression Scale. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(9), 837–842. <https://doi.org/10.1002/gps.1748>
- Jorm, A. F., Mackinnon, A. J., Henderson, A. S., Scott, R., Christensen, H., Korten, A. E., Cullen, J. S., & Mulligan, R. (1995). The Psychogeriatric Assessment Scales: a multi-dimensional alternative to categorical diagnoses of dementia and depression in the elderly. *Psychological Medicine*, 25(3), 447–460. <https://doi.org/10.1017/s0033291700033377>
- Jouvent, R., Vindreau, C., Montreuil, M., Bungener, C., & Widlocher, D. (1988). La clinique polydimensionnelle de l’humeur dépressive. Nouvelle version de l’échelle EHD. *Psychiatry and Psychobiology*, 3(4), 245–253. <https://doi.org/10.1017/S0767399X00001991>
- Karim, J., Weisz, R., Bibi, Z., & Rehman, S. (2014). Validation of the Eight-Item Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) Among Older Adults. *Current Psychology*, 34, 1–20. <https://doi.org/10.1007/s12144-014-9281-y>
- Katona, C. L., Mullan, M., & Taylor, C. (1992). Depressive disorders and organic brain disorders: validation of the depressive signs scale. *Clinical Neuropharmacology*, 15 Suppl 1, 169A-170A. <https://doi.org/10.1097/00002826-199201001-00090>
- Koenig, H. G., Cohen, H. J., Blazer, D. G., Meador, K. G., & Westlund, R. (1992). A brief depression scale for use in the medically ill. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 22(2), 183–195. <https://doi.org/10.2190/M1F5-F40P-C4KD-YPA3>
- Koenig, H. G., Meador, K. G., Cohen, H. J., & Blazer, D. G. (1988). Self-rated depression scales and screening for major depression in the older hospitalized patient with medical illness.

Journal of the American Geriatrics Society, 36(8), 699–706. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1988.tb07171.x>

- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2003). The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Medical Care*, 41(11), 1284–1292. <https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics*, 50(6), 613–621. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.6.613>
- Lançon, C., Auquier, P., Reine, G., Toumi, M., & Addington, D. (2000). Evaluation of depression in schizophrenia: Psychometric properties of a French version of the Calgary Depression Scale. *Psychiatry Research*, 89, 123–132. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(99\)00097-9](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(99)00097-9)
- Langlois, F., Gosselin, P., & Laberge, M. (Éds.). (1999). *Les croyances erronées face aux inquiétudes : validation de la version révisée du questionnaire Pourquoi S'Inquiéter ? (PSI-II)*. Communication présentée au congrès annuel de l'Association Francophone de la Formation et de la Recherche en Thérapie Comportementale et Cognitive (AFFORTECC).
- Lawton, M. P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: a revision. *Journal of Gerontology*, 30(1), 85–89. <https://doi.org/10.1093/geronj/30.1.85>
- Lecrubier, Y. (2007). Echelle de dépression de Raskin. Dans J. D. Guelfi (Éd.), *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie* (p. 198–202). Médicales Pierre Fabre.
- Lempérière, T., Lépine, J. P., Rouillon, F., Hardy, P., Ades, J., Luauté, J. P., & Ferrand, I. (1984). [Comparison of various tools for evaluating depression apropos of a study on Athymil 30 mg]. *Annales Medico-Psychologiques*, 142(9), 1206–1214. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6398975>
- Lesur, A., Bonnet, D., Vicaut, E., & Lempérière, T. (1989). [Tyrer's Brief Scale for Anxiety used with outpatients. First validation in the French language]. *L'Encephale*, 15(6), 535–542. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2612426>
- Lévesque, L., & Robitaille, G. (1983). Validation d'un Instrument de Mesure du Moral des Résidents Âgés en Établissement de Santé. Rapport de recherche. Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- Liang, J., & Bollen, K. A. (1983). The Structure of the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: a Reinterpretation1. *Journal of Gerontology*, 38(2), 181–189. <https://doi.org/10.1093/geronj/38.2.181>
- Lloyd-Williams, M., Shiels, C., & Dowrick, C. (2007). The development of the Brief Edinburgh Depression Scale (BEDS) to screen for depression in patients with advanced cancer. *Journal of Affective Disorders*, 99(1–3), 259–264. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.09.015>

- Loreck, D. J., Bylsma, F. W., & Folstein, M. F. (1994). The Dementia Signs and Symptoms Scale: A New Scale for Comprehensive Assessment of Psychopathology in Alzheimer's Disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 2(1), 60–74. <https://doi.org/10.1097/00019442-199400210-00009>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). Depression Anxiety and Stress Scales. *PsycTESTS Dataset*. <https://doi.org/10.1037/t39835-000>
- Lowe, P. A., & Reynolds, C. R. (2000). Exploratory analyses of the latent structure of anxiety among older adults. *Educational and Psychological Measurement*, 60(1), 100–116. <https://doi.org/10.1177/00131640021970394>
- Lowe, P. A., & Reynolds, C. R. (2006). Examination of the Psychometric Properties of the Adult Manifest Anxiety Scale-Elderly Version Scores. *Educational and Psychological Measurement*, 66(1), 93–115. <https://doi.org/10.1177/0013164405278563>
- Lubin, B. (1965). Adjective Checklists for Measurement of Depression. *Archives of General Psychiatry*, 12(1), 57–62. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720310059007>
- Lubin, B. (1981). Manual for the Depression Adjective Check Lists. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc
- Ma, T., Sj, O., Jg, D., & Md, E. (1987). Validation of a brief screening test for depression in the elderly. *Age and Ageing*, 16(3). <https://doi.org/10.1093/ageing/16.3.139>
- Mackinnon, A., & Mulligan, R. (2001). The Psychogeriatric Assessment Scales (PAS): psychometric properties in French and German speaking populations. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(9), 892–899. <https://doi.org/10.1002/gps.442>
- Mason, B. J., Kocsis, J. H., Leon, A. C., Thompson, S., Frances, A. J., Morgan, R. O., & Parides, M. K. (1993). Measurement of Severity and Treatment Response in Dysthymia. *Psychiatric Annals*, 23(11), 625–631. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-19931101-09>
- McCracken, L. M., & Dhingra, L. (2002). A short version of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20): preliminary development and validity. *Pain Research & Management*, 7(1), 45–50. <https://doi.org/10.1155/2002/517163>
- McCracken, L. M., Zayfert, C., & Gross, R. T. (1992). The Pain Anxiety Symptoms Scale: development and validation of a scale to measure fear of pain. *Pain*, 50(1), 67–73. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(92\)90113-P](https://doi.org/10.1016/0304-3959(92)90113-P)
- McIntyre, R. S., Konarski, J. Z., Mancini, D. A., Fulton, K. A., Parikh, S. V, Grigoriadis, S., Grupp, L. A., Bakish, D., Filteau, M.-J., Gorman, C., Nemeroff, C. B., & Kennedy, S. H. (2005). Measuring the severity of depression and remission in primary care: validation of the HAMD-7 scale. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 173(11), 1327–1334. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050786>

- McNair, D. M., Lorr, M., & Droppleman, L. F. (1971). *Manual for the Profile of Mood States*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Services.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487–495. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)
- Michel, E., Robert, P., Boulhassass, R., Lafont, V., Baudu, C., Bertogliati, C., & GONI, S. (2005). Validation de la version réduite de l'inventaire neuropsychiatrique (NPI-R). *Validation de La Version Réduite de l'inventaire Neuropsychiatrique (NPI-R)*, 30(6), 385–390.
- Micoulaud-Franchi, J-A., Lagarde, S., Bakarte, D., Barkate, G., Dufournet, B., Besancon, C., Trébuchon da- Fonseca, A., Gavaret, M., Bartolome, F., Bonini, F., McGonigal, A.,(2016). Rapid detection of generalized anxiety disorder and major depression in epilepsy: Validation of the GAD-7 as a complementary tool to the NDDI-E in a French sample. *Epilepsy & Behavior : E&B*, 57(Pt A). <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2016.02.015>
- Mohebbi, M., Nguyen, V., McNeil, J. J., Woods, R. L., Nelson, M. R., Shah, R. C., Storey, E., Murray, A. M., Reid, C. M., Kirpach, B., Wolfe, R., Lockery, J. E., & Berk, M. (2018). Psychometric properties of a short form of the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D-10) scale for screening depressive symptoms in healthy community dwelling older adults. *General Hospital Psychiatry*, 51, 118–125. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2017.08.002>
- Montgomery, S. A., & Asberg, M. (1979). A New Depression Scale Designed to be Sensitive to Change. *Br J Psychiatry*, 134, 382–389.
- Mueller, A. E., Segal, D. L., Gavett, B., Marty, M. A., Yochim, B., June, A., & Coolidge, F. L. (2015). Geriatric Anxiety Scale: item response theory analysis, differential item functioning, and creation of a ten-item short form (GAS-10). *International Psychogeriatrics*, 27(7), 1099–1111. <https://doi.org/10.1017/S1041610214000210>
- Nabbe, P., Reste, J., guillou landreat, M., Gatineau, F., Le Floch, B., Montier, T., Van Marwijk, H., & Royen, P. (2019). The French version of the HSCL-25 has now been validated for use in primary care. *PLOS ONE*, 14, e0214804. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214804>
- Netemeyer, R. G., Williamson, D. A., Burton, S., Biswas, D., Jindal, S., Landreth, S., Mills, G., & Primeaux, S. (2002). Psychometric properties of shortened versions of the Automatic Thoughts Questionnaire. *Educational and Psychological Measurement*, 62(1), 111–129. <https://doi.org/10.1177/0013164402062001008>
- Nitcher, R. L., Burke, W. J., Roccaforte, W. H., & Wengel, S. P. (1993). A collateral source version of the Geriatric Depression Rating Scale. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 1(2), 143–152. <https://doi.org/10.1097/00019442-199300120-00007>

- Olsen, L. R., Jensen, D. V., Noerholm, V., Martiny, K., & Bech, P. (2003). The internal and external validity of the Major Depression Inventory in measuring severity of depressive states. *Psychological Medicine*, *33*(2), 351–356. <https://doi.org/10.1017/s0033291702006724>
- Østergaard, S. D., Meyers, B. S., Flint, A. J., Mulsant, B. H., Whyte, E. M., Ulbricht, C. M., Bech, P., & Rothschild, A. J. (2014). Measuring Treatment Response in Psychotic Depression: The Psychotic Depression Assessment Scale (PDAS) Takes both Depressive and Psychotic Symptoms into Account. *Journal of Affective Disorders*, *160*, 68–73. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.12.020>
- Overall JE, Gorham DR (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports* 1962 vol. 10, pp.799-812
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1988). The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): Recent developments in ascertainment and scaling. *Psychopharmacology Bulletin*, *24*(1), 97–99.
- Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, *19*(1), 103–114. <https://doi.org/10.1017/S1041610206003504>
- Pariante, P. D., Challita, H., Mesbah, M., & Guelfi, J. D. (1992). The GHQ-28 questionnaire in French: a validation survey in a panel of 158 general psychiatric patients. *European Psychiatry*, *7*(1), 15–20. <https://doi.org/10.1017/S0924933800002455>
- Pariante, P., Lepine, J. P., Boulenger, J. P., Zarifian, E., Lemperiere, T., & Lellouch, J. (1989). The Symptom Check-List 90R (SCL-90R) in a French general psychiatric 708 outpatient sample: is there a factor structure? *Psychiatry and Psychobiology*, *4*(3), 151–157. <https://doi.org/10.1017/S0767399X00001577>
- Pariante, P., Smith, M., & Guelfi, J. D. (1989). Un questionnaire pour le diagnostic d'épisode dépressif majeur: l'inventaire pour le diagnostic de la dépression (IDD). Présentation de la version française. *Psychiatry and Psychobiology*, *4*(6), 375–385. <https://doi.org/10.1017/S0767399X00001437>
- Pergolotti, M., Langer, M. M., Deal, A. M., Muss, H. B., Nyrop, K., & Williams, G. (2019). Mental status evaluation in older adults with cancer : Development of the Mental Health Index-13. *Journal of Geriatric Oncology*, *10*(2), 241–245. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2018.08.009>
- Pergolotti, M., Langer, M., Deal, A., & Muss, H. (2016). Improving mental status evaluation in older adults with cancer: The development of the MHI-13. *Journal of Clinical Oncology*, *34*, 10044. https://doi.org/10.1200/JCO.2016.34.15_suppl.10044
- Pichot, P., & al., et. (1984). Un questionnaire d'auto-évaluation de la symptomatologie dépressive, le Questionnaire QD2: I. Construction, structure factorielle et propriétés métrologiques. [A questionnaire for self-evaluation of depressive symptomatology, the QD2 Questionnaire: I. Con. *Revue de Psychologie Appliquée*, *34*(3), 229–250.

- Pichot, P., Overall, J.E., Gorham, D.R., (1967). Échelle Abrégée d'Appréciation Psychiatrique. Centre de Psychologie Appliquée, Paris.
- Pichot, Pierre, Pull, C. B., von Frenckell, R., & Pull, M.-C. (1981). Une analyse factorielle de l'échelle d'appréciation e l'anxiété de Hamilton. [A factorial analysis of the Hamilton Anxiety Rating Scale.]. *Psychiatria Fennica*, 183–189.
- Pierce, R. C., & Clark, M. M. (1973). Measurement of morale in the elderly. *International Journal of Aging & Human Development*, 4(2), 83–101. <https://doi.org/10.2190/F8D7-UVCU-RU0F-5HRG>
- Pifer, M. A., & Segal, D. L. (2020). Geriatric Anxiety Scale : Development and Preliminary Validation of a Long-Term Care Anxiety Assessment Measure. *Clinical Gerontologist*, 43(3), 295–307. <https://doi.org/10.1080/07317115.2020.1725793>
- Pifer, M. A., & Segal, D. L. (2020). Geriatric Anxiety Scale: Development and Preliminary Validation of a Long-Term Care Anxiety Assessment Measure. *Clinical Gerontologist*, 43(3), 295–307. <https://doi.org/10.1080/07317115.2020.1725793>
- Popoff, L. M. A simple method for diagnosis of depression by the family physician. *Clinical Medicine*, 1969, 76, 24–29.
- Prado-Jean, A., Nubukpo, P., Bénissan-Tevi, L., Chauvin De Vandomois, L.-D., Deschamps, N., & Clément, J.-P. (2009). O3-5 Mise au point et validation d'un instrument de dépistage de la dépression en institution (EDDI). *Revue Neurologique*, 165(10, Supplement 1), 47. [https://doi.org/10.1016/S0035-3787\(09\)72600-1](https://doi.org/10.1016/S0035-3787(09)72600-1)
- Prince, M. J., Reischies, F., Beekman, A. T., Fuhrer, R., Jonker, C., Kivela, S. L., Lawlor, B. A., Lobo, A., Magnusson, H., Fichter, M., van Oyen, H., Roelands, M., Skoog, I., Turrina, C., & Copeland, J. R. (1999). Development of the EURO-D scale--a European, Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 174, 330–338. <https://doi.org/10.1192/bjp.174.4.330>
- Mulligan, R., Mackinnon, A., Berney, P., Giannakopoulos, P. (1994). The reliability and validity of the French version of the Canberra Interview for the Elderly. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(4). <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb01512.x>
- Radat, F., Lafittau, Ouallet, J. C., Brochet, B., & Jouvent, R. (2007). Validation de l'Échelle d'Humeur Dépressive (EHD), version auto-questionnaire, dans la sclérose en plaques. *L'Encéphale*, 33(1), 49–57. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(07\)91558-4](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(07)91558-4)
- Radloff, L. S. (1977). *The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population*. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Raskin, A., & Crook, T. (1988). Mood Scales-Elderly (MS-E). *Psychopharmacology Bulletin*, 24(4), 727–732. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3249777>

- Raskin, A., Schulterbrandt, J., & Reatig, N. (1967). Factors of psychopathology in interview, ward behavior, and self-report ratings of hospitalized depressives. *Journal of Consulting Psychology, 31*(3), 270–278. <https://doi.org/10.1037/h0021000>
- Ravindran, A. V, Welburn, K., & Copeland, J. R. M. (1994). Semi-structured Depression Scale Sensitive to Change with Treatment for Use in the Elderly. *The British Journal of Psychiatry, 164*(4), 522–527. <https://doi.org/10.1192/bjp.164.4.522>
- Razavi, D., Delvaux, N., Farvacques, C., & Robaye, E. (1989). Validation de la version française du HADS dans une population de patients cancéreux hospitalisés. [Validation of the French version of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a population of hospitalized cancer patients.]. *Revue de Psychologie Appliquée, 39*(4), 295–307.
- Rhondali, W., Perceau, E., Saltel, P., Girard, R., & Filbet, M. (2011). [Translation and validation of Brief Edinburgh Depression Scale (BEDS) in French]. *Bulletin Du Cancer, 98*(2), 199–208. <https://doi.org/10.1684/bdc.2011.1310>
- Rufin J.C. & M. Ferreri.1984. Diagramme HARD. Un nouvel outil d'évaluation des états dépressifs en pratique courante. *Br. J. Clin. Pract.*, 2, 31-37.
- Rush, A J, Giles, D. E., Schlessner, M. A., Fulton, C. L., Weissenburger, J., & Burns, C. (1986). The Inventory for Depressive Symptomatology (IDS): preliminary findings. *Psychiatry Research, 18*(1), 65–87. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(86\)90060-0](https://doi.org/10.1016/0165-1781(86)90060-0)
- Rush, A J, Gullion, C. M., Basco, M. R., Jarrett, R. B., & Trivedi, M. H. (1996). The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): psychometric properties. *Psychological Medicine, 26*(3), 477–486. <https://doi.org/10.1017/s0033291700035558>
- Rush, A John, Trivedi, M. H., Ibrahim, H. M., Carmody, T. J., Arnow, B., Klein, D. N., Markowitz, J. C., Ninan, P. T., Kornstein, S., Manber, R., Thase, M. E., Kocsis, J. H., & Keller, M. B. (2003). The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biological Psychiatry, 54*(5), 573–583. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(02\)01866-8](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01866-8)
- Rybarczyk, B., Winemiller, D. R., Lazarus, L. W., Haut, A., & Hartman, C. (1996). Validation of a Depression Screening Measure for Stroke Inpatients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry, 4*(2), 131–139. <https://doi.org/10.1097/00019442-199621420-00005>
- Salokangas, R. K. R., Poutanen, O., & Stengård, E. (1995). Screening for depression in primary care: Development and validation of the depression scale, a screening instrument for depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 92*(1), 10–16. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09536.x>

- Saracino, R. M., Weinberger, M. I., Roth, A. J., Hurria, A., & Nelson, C. J. (2016). Assessing depression in a geriatric cancer population. *Psycho-Oncology*, 26(10), 1484–1490. <https://doi.org/10.1002/pon.4160>
- Segal, D. L., June, A., Payne, M., Coolidge, F. L., & Yochim, B. (2010). Development and initial validation of a self-report assessment tool for anxiety among older adults: the Geriatric Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(7), 709–714. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.05.002>
- Shankar, K. K., Walker, M., Frost, D., & Orrell, M. W. (1999). The development of a valid and reliable scale for rating anxiety in dementia (RAID). *Aging & Mental Health*, 3(1), 39–49. <https://doi.org/10.1080/13607869956424>
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 5(1–2), 165–173. https://doi.org/10.1300/J018v05n01_09
- Sinoff, G., Ore, L., Zlotogorsky, D., & Tamir, A. (1999). Short Anxiety Screening Test a brief instrument for detecting anxiety in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(12), 1062–1071.
- Snaith, R. P., Baugh, S. J., Clayden, A. D., Husain, A., & Sipple, M. A. (1982). The Clinical Anxiety Scale: an instrument derived from the Hamilton Anxiety Scale. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 141, 518–523. <https://doi.org/10.1192/bjp.141.5.518>
- Snow, A. L., Huddleston, C., Robinson, C., Kunik, M. E., Bush, A. L., Wilson, N., Calleo, J., Paukert, A., Kraus-Schuman, C., Petersen, N. J., & Stanley, M. A. (2012). Psychometric properties of a structured interview guide for the rating for anxiety in dementia. *Aging & Mental Health*, 16(5), 592–602. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.644518>
- Social Psychiatry Research Unit Council, Australian National University, N. H. and M. R. (1992). The Canberra Interview for the Elderly: a new field instrument for the diagnosis of dementia and depression by ICD-10 and DSM-III-R. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85(2), 105–113. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1992.tb01452.x>
- Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y1 – Y2): Vol. IV*.
- Spitzer, R L, Williams, J. B., Kroenke, K., Linzer, M., de Gruy, F. V, Hahn, S. R., Brody, D., & Johnson, J. G. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA*, 272(22), 1749–1756. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7966923>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Williams, J. B. W. (1999). Validity and utility of a self-report version of PRIME-MD : the PHQ Primary Care Study. *JAMA*, 282(1737–44).

- Spitzer, Robert L, Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Stewart, AL. Measuring functioning and well-being: the medical outcomes study approach (1992) Duke University Press
- Sunderland, T., Alterman, I. S., Yount, D., Hill, J. L., Tariot, P. N., Newhouse, P. A., Mueller, E. A., Mellow, A. M., & Cohen, R. M. (1988). A new scale for the assessment of depressed mood in demented patients. *The American Journal of Psychiatry*, 145(8), 955–959. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.8.955>
- Sutcliffe, C., Cordingley, L., Burns, A., Mozley, C. G., Bagley, H., Huxley, P., & Challis, D. (2000). A new version of the Geriatric Depression Scale for nursing and residential home populations: The Geriatric Depression Scale (residential) (GDS-12R). *International Psychogeriatrics*, 12(2), 173–181. <https://doi.org/10.1017/S104161020000630X>
- Sutcliffe, L. M., & Lincoln, N. B. (1998). The assessment of depression in aphasic stroke patients: the development of the Stroke Aphasic Depression Questionnaire. *Clinical Rehabilitation*, 12(6), 506–513. <https://doi.org/10.1191/026921598672167702>
- Sutcliffe, L., & Lincoln, N. (1998). The assessment of depression in aphasic stroke patients: the development of the Stroke Aphasic Depression Questionnaire. *Clinical Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1191/026921598672167702>
- Svanborg, P., & Åsberg, M. (2001). A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). *Journal of Affective Disorders*, 64(2–3), 203–216. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00242-1](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00242-1)
- Tambs, K., & Moum, T. (1993). How well can a few questionnaire items indicate anxiety and depression? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(5), 364–367. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1993.tb03388.x>
- Tyrer, P., Owen, R. T., & Cicchetti, D. V. (1984). The brief scale for anxiety: a subdivision of the comprehensive psychopathological rating scale. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 47(9), 970–975. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1028000/>
- Veit, C. T., & Ware, J. E. (1983). Mental Health Inventory. *PsycTESTS Dataset*. <https://doi.org/10.1037/t02354-000>
- Vetel, JM., Pellerin, J., Perrin, E., Gourion, D., Goldenberg, C., Hugonot, L.(2003). Construction et validation d'un questionnaire de dépistage (DEP-GER) chez les patients de 75 ans et plus. *La Revue de Gériatrie*, 28(7), 559–566.
- Wang, R. I., Wiesen, R. L., Treul, S., & Stockdale, S. (1976). A brief anxiety rating scale in evaluating anxiolytics. *Journal of Clinical Pharmacology*, 16(2–3), 99–105.

- Watson, D., O'Hara, M. W., Simms, L. J., Kotov, R., Chmielewski, M., McDade-Montez, E. A., Gamez, W., & Stuart, S. (2007). Development and validation of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS). *Psychological Assessment, 19*(3), 253–268. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.3.253>
- Watson, L. C., Zimmerman, S., Cohen, L. W., & Dominik, R. (2009). Practical Depression Screening in Residential Care/Assisted Living: Five Methods Compared to Gold Standard Diagnoses. *The American Journal of Geriatric Psychiatry : Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry, 17*(7), 556–564. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3581039/>
- Weyerer, S., Killmann, U., Ames, D., & Allen, N. (1999). The Even Briefer Assessment Scale for Depression (EBAS DEP): its suitability for the elderly in geriatric care in English- and German-speaking countries. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 14*(6), 473–480. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10398358>
- Whooley, M. A., Avins, A. L., Miranda, J., & Browner, W. S. (1997). Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *Journal of General Internal Medicine, 12*(7), 439–445. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1997.00076.x>
- Widlocher, D., & Pull, C. B. (1988). [The WP scale, an evaluation scale of anxious inhibition]. *L'Encephale, 14*(3), 139–146. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3402381>
- Williams Williams, J. B. (1988). A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Archives of General Psychiatry, 45*(8). <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800320058007>
- Wisocki, P. A. (1994). The experience of worry among the elderly. In G. C. L. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 247–261). John Wiley & Sons.
- Wisocki, P. A., Handen, B., & Morse, C. K. (1986). The Worry Scale as a measure of anxiety among homebound and community active elderly. *The Behavior Therapist, 9*(5), 91–95.
- Wisocki, P., Hunt, J., & Souza, S. (1998, July). *The experience of the worry process by elderly chronic worriers*. Paper presented at the meeting of the World Congress of Cognitive and Behavior Therapies, Acapulco, Mexico
- Wittchen, H. U., & Boyer, P. (1998). Screening for anxiety disorders. Sensitivity and specificity of the Anxiety Screening Questionnaire (ASQ-15). *The British Journal of Psychiatry. Supplement, 34*, 10–17. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9829011>
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research, 17*(1), 37–49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)

- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
- Zimmerman, M., & Coryell, W. (1987). The Inventory to Diagnose Depression (IDD): A self-report scale to diagnose major depressive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 55–59. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.55.1.55>
- Zuckerman, M., & Lubin, B. (1965). The Multiple Affect Adjective Checklist (MAACL). *Undefined*. [https://www.semanticscholar.org/paper/The-Multiple-Affect-Adjective-Checklist-\(MAACL\)-Zuckerman-Lubin/c94a8b1f3c4ba0907399357518069a48d677d9b8](https://www.semanticscholar.org/paper/The-Multiple-Affect-Adjective-Checklist-(MAACL)-Zuckerman-Lubin/c94a8b1f3c4ba0907399357518069a48d677d9b8)
- Zuckerman, Marvin, Lubin, B., & Robins, S. (1965). Validation of the multiple affect adjective check list in clinical situations. *Journal of Consulting Psychology*, 29(6), 594. <https://doi.org/10.1037/h0022750>
- Zung, W W. (1965). A SELF-RATING DEPRESSION SCALE. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63–70. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720310065008>
- Zung, W W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12(6), 371–379. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(71\)71479-0](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(71)71479-0)
- Zung, W W. (1972). The Depression Status Inventory: An adjunct to the Self-Rating Depression Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 28(4), 539–543.

6.3 Références des outils sélectionnés

- Champagne, A., Landreville, P., Gosselin, P., & Carmichael, P. H. (2016). Psychometric properties of the French Canadian version of the Geriatric Anxiety Inventory. *Aging & Mental Health*, 22(1), 40–45. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1226767>
- Creighton, A. S., Davison, T. E., & Kissane, D. W. (2018). The psychometric properties, sensitivity and specificity of the geriatric anxiety inventory, hospital anxiety and depression scale, and rating anxiety in dementia scale in aged care residents. *Aging & Mental Health*, 23(5), 633–642. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1439882>
- Gregg, J. J., Cui, R., Edelstein, B. A., & Fiske, A. (2020). Development and initial validation of the Hopelessness Inventory for Later Life (HILL). *Aging & Mental Health*, 25(9), 1740–1749. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1768213>
- Lafont, C., Chah Wakilian, A., Lemogne, C., Gouraud, C., Fossey-Diaz, V., Orvoen, G., Lhuillier, N., Paillaud, E., Bastuji-Garin, S., Zebachi, S., Hanon, O., Goldwasser, F., Boudou-Rouquette, P., & Canoui-Poitrine, F. (2021). Diagnostic Performance of the 4-Item Geriatric Depression Scale for Depression Screening in Older Patients with Cancer : The ELCAPA Cohort Study. *The Oncologist*, 26(6), e983–e991. <https://doi.org/10.1002/onco.13746>
- Mohebbi, M., Nguyen, V., McNeil, J. J., Woods, R. L., Nelson, M. R., Shah, R. C., Storey, E., Murray, A. M., Reid, C. M., Kirpach, B., Wolfe, R., Lockery, J. E., & Berk, M. (2018). Psychometric properties of a short form of the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D-10) scale for screening depressive symptoms in healthy community dwelling older adults. *General Hospital Psychiatry*, 51, 118–125. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2017.08.002>
- Pergolotti, M., Langer, M. M., Deal, A. M., Muss, H. B., Nyrop, K., & Williams, G. (2019). Mental status evaluation in older adults with cancer : Development of the Mental Health Index-13. *Journal of Geriatric Oncology*, 10(2), 241–245. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2018.08.009>
- Pifer, M. A., & Segal, D. L. (2020). Geriatric Anxiety Scale : Development and Preliminary Validation of a Long-Term Care Anxiety Assessment Measure. *Clinical Gerontologist*, 43(3), 295–307. <https://doi.org/10.1080/07317115.2020.1725793>
- Saracino, R. M., Weinberger, M. I., Roth, A. J., Hurria, A., & Nelson, C. J. (2016). Assessing depression in a geriatric cancer population. *Psycho-Oncology*, 26(10), 1484–1490. <https://doi.org/10.1002/pon.4160>

7. ANNEXE

Tableau 7. *Références bibliographiques des outils recensés*

Outil	Référence	Année
Adjective Mood Scale (AMS) ou Zerssen Mood Scale (ZMS) (Befindlichkeitsskala Bf-S/Bf-S')*	Von Zerssen et al., VF. Bobon, Lapierre & Lottin	1970 ; 2011 1981
Adult Manifest Anxiety Scale - Elderly version (AMAS-E)	Lowe & Reynolds VF. non existante	2000
Anxiety Screening Questionnaire (ASQ)	Wittchen & Boyer VF. existante	1998 -
Anxiety Status Inventory (ASI) Self Rating Anxiety Scale (SAS)	Zung VF. non existante	1971
Aphasic Depression Rating Scale (ADRS)	Benaim, Cailly, Perennou & Pelissier établie en langue française	2004
Association de Méthodologie et de Documentation en Psychiatrie - Anxiété (AMDP-AT)	Bobon, Frenckell, Troisfontaines al., établie en langue française	1985
Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ-30 ou ATQ-Negative)	Hollon & Kendall VF. Bouvard, Charles, Mollard et al., Netemeyer, Williamson, Buron et al.,	1980 1992 2002
Versions abrégées : (ATQ-15) (ATQ- 8)	VF. non existante Netemeyer, Williamson, Buron et al., VF. non existante	2002
Beck Anxiety Inventory (BAI)	Beck et al., VF. Freeston, Ladouceur, Thibodeau al.,	1988 1994
Beck Depression Inventory (BDI)	Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh VF Delay, Pichot, Lempérière & Mirouze	1961 1963
Version abrégée : Short BDI	Beck & Beamesderfer VF. Collet & Cottraux	1974 1986
Beck Hopelessness Scale (BHS)	Beck VF. information non disponible	1988 -
Brief Anxiety Rating Scale ou Wang Anxiety Rating Scale (BARS /WARS)	Wang, Wiesen, Treu & Stockdale VF. Israël et al.,	1976 -
Brief Assessment Scale Depression Cards (BASDEC)	Adshead et al., VF. non existante	1992
Brief Assessment Scale for Depression (BAS-DEP)	Allen, Ames, Ashby, Bennetts, Tuckwell & West VF. non existante	1994
Version abrégée: Even Briefer Assessment Scale for Depression (EBAS-DEP)	Weyerer, Killmann, Ames & Allen VF. non existante	1999
Brief Edinburgh Depression Scale (BEDS)	Lloyd-Williams, Shiels & Dowrick VF. Rhondali, Perceau, Saltel, Girard & Filbet	2007 2011
Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)	Overall & Gorham ; Overall et al., VF. Pichot, Overall & Gorham	1962 ; 1988 1967
Brief Scale for Anxiety (BSA)	Tyrer, Owen & Cicchetti VF. Lesur, Bonnet, Vicaut & Lempérière	1984 1989
Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS)	Addington.D, Addington.J & Schissel VF. Bernard, Lançon, Auquier, Reine & Addington	1990 1998
Cambridge Exeter Ruminative Thought Scale (CERTS)	Barnard, Watkins, Mackintosh et al., VF. non existante	2007
Mini Cambridge Exeter Ruminative Thought Scale (Mini-CERTS)	Douilliez, Heeren, Lefèvre et al., VF. établie en langue française	2014
Canberra interview for the elderly (CIE)	NHMRC Social Psychiatry Research Unit VF. Mulligan, Mackinnon, Berney et al.,	1992 1994

Outil	Référence	Année
Carroll Depression Rating Scale (CDRS)	Carroll, Feinberg, Smouse, Rawson & Greden	1981
	VF. Charles, Frydman, Bonami, Hershkowitz et al.,	1986
Version abrégée : Brief Carroll Depression Rating Scale (BCDRS)	Koenig, Meador, Cohen & Blazer	1988
	VF. non existante	
Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D)	Radloff	1977
	VF. Führer & Rouillon	1989
	Andresen, Malmgren, Carter & Patrick	1994
Version abrégée: CES-D-10	VF. non existante	
CES-D 8	Karim, Jahanvash, Weisz et al.,	2014
Autre version : Center for Epidemiological Studies-Depression Revised (CESD-20-R)	VF. non existante	
	Eaton, Smith, Ybarra, Muntaner & Tien	2004
	VF. non existante	
Collateral Source Version of the Geriatric Depression Rating Scale (CS-GDS-30)	Nitcher, Burke, Roccaforte & Wengel	1993
	VF.existante	-
Version abrégée : CS-GDS-15	Brown & Schinka	2005
	VF. information non disponible	-
Comprehensive Assessment and Referral Evaluation - Revised (CARE)	Gurland, Kuriansky, Sharpe et al., ; Gurland & Wilder	1977 ; 1984
	VF. non existante	
Version abrégée: SHORT-CARE	Gurland, Robert, Golden et al.,	1984
	VF. non existante	
Cornell Dysthymia Rating Scale (CDRS)	Mason, Kocsis, Leon, Thompson et al.,	1993
	VF. non existante	
Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)	Alexopoulos, Abrams, Young & Shamoian	1988
	VF. Camus, Schmitt, Ousset & Micas	1995
Cornell Scale for Depression in Dementia modified for use in Long-Term Care Staff CSDD-M-LTCS	Watson, Zimmerman, Cohen & Dominik	2009
	VF. non existante	
Dementia Mood Assessment Scale (DMAS)	Sunderland, Alterman, Yount, Hill, Tariot et al.,	1988
	VF. Camus, Schmitt, Ousset & Micas	1995
Dementia Signs and Symptoms Scale (DSS)	Loreck, Bylsma & Folstein	1994
	VF. non existante	
Depression Adjective Checklist (DACL)	Lubin	1965, 1981
	VF Québec. Beckingham, Coutu-Wakulczyk & Lubin	1993
Depression and Somatic Symptoms Scale (DSSS)	Hung, Weng, Su & Liu	2006
	VF. non existante	
Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-42)	Lovibond, P.F & Lovibond, S.H	1995
	VF Québec. Ciobanu, Brodard, Antonietti et al.,	2018
Version abrégée: DASS-21	Antony, Bieling, Cox, Enns & Swinson	1998
	VF. non existante	
Depression Scale (DEPS)	Salokangas, Poutanen & Stengård	1995
	VF. non existante	
Depression Status Inventory (DSI)	Zung	1972
	VF. non existante	
Depressive Signs Scale (DSS)	Katona, Mullan & Taylor	1992
	VF. non existante	
Diagramme FARD (Ferreri-Anxiety Rating Diagram)	Ferreri, Von Frenckell, Mirabel, Tawil & Alby	1988
	établie en langue française	
Diagramme HARD	Rufin & Ferreri	1984
	établie en langue française	
Echelle d'Humeur Dépressive (EHD)	Jouvent, Vindreau, Montreuil, Bungener & Widlöcher	1988
	Radat, Lafittau, Ouallet, Brochet & Jouvent	2007
	établie en langue française	

Outil	Référence	Année
Echelle d'Inhibition Anxieuse (WP2)	Widlöcher et Pull établie en langue française	1988
Echelle de dépression en institution (EDDI)	Prado-Jean, Nubukpo, Bénissan-Tévi et al., établie en langue française	2009
Echelle de dépression institutionnelle gériatrique* (EDIG)	Podrabinek et al., établie en langue française	1993
Echelle de gravité de l'anxiété*	Covi & Lipman VF. Lecrubier	1979 1983
Echelle de ralentissement dépressif*	Jouvent et al., ; Widlöcher établie en langue française	1980 ; 1983
Edinburgh Depression Scale (EDS-10) ou Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	Cox, Holden & Sagovsky VF. Guedeney & Fermanian	1987 1998
EURO-D scale	Prince, Reischies, Beekman, Fuhrer et al., VF. information non disponible	1999
EuroQol 5 dimensions (EQ-5D-5L) Qualité de vie en 5 dimensions : mobilité, bien-être, activités, douleur, anxiété-dépression	Herdman, Gudex, Lloyd et al., VF. Belgique. EuroQol Group	2009, 2011 -
Evans Liverpool Depression Rating Scale (ELDRS)	Evans VF. non existante	1993
General Health Questionnaire ou Echelle de Goldberg (GHQ-60) Versions abrégées: (GHQ-30) (GHQ-28) (GHQ-12)	Goldberg VF. information non disponible Goldberg et al., VF. information non disponible Goldberg et Hillier VF. Pariente, Challita, Mesbah et al., Goldberg & Williams VF. disponible	1972 - 1978 - 1979 1992 1988 -
Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)	Spitzer, Kroenke, Williams et al., VF. Micoulaud-Franchi, Lagarde, Barkate et al.,	2006 2016
Geriatric Anxiety Inventory - Collateral (GAI-C) Geriatric Anxiety Inventory (GAI) Version abrégée: Geriatric Anxiety Inventory Short Form (GAI-SF)	Pachana, Byrne, Siddle, Koloski et al., VF Québec. Champagne, Landreville, Gosselin & Carmichael Byrne & Pachana VF Québec. Champagne, Landreville, Gosselin & Carmichael	2007 2016 2011 2016
Geriatric Anxiety Scale (GAS ou GAS-30) Version abrégée: (GAS-10) Autre version: Geriatric Anxiety Scale-Long Term Care Version (GAS-LTC)	Segal, June, Payne et al., VF. non existante Mueller, Segal, Gavett et al., VF. non existante Pifer & Segal VF. non existante	2010 2015 2020
Geriatric Depression Scale (GDS-30) Versions abrégées : (GDS-15) (GDS- 10) (GDS-8) Mini-GDS-4 GDS-1	Yesavage, Brink, Rose, Lum et al., VF. Clément, Nassif, Léger & Marchan Sheikh & Yesavage VF. Clément, Nassif, Léger & Marchan D'Ath, Katona, Mullan et al., VF. information non disponible Jongenelis, Gerritsen, Pot et al., VF. information non disponible D'Ath, Katona, Mullan et al., VF. Clément, Nassif, Léger & Marchan D'Ath, Katona, Mullan et al., VF. information non disponible	1983 1997 1986 1997 1994 - 2007 - 1994 1997 1994 -
Geriatric Depression Scale Residential (GDS-12R)	Sutcliffe, Cordingley, Burns et al., VF. non existante	2000

Outil	Référence	Année
Geriatric Hopelessness Scale (GHS)	Fry VF. non existante	1984
Geriatric Mental State Examination ou Geriatric Mental State Schedule (GMSS) ou Geriatric Mental Status Interview (GMS)	Copeland, Kelleher, Kellet et al., VF. existante	1976 -
Version abrégée : Geriatric Mental State - Version A (GMS-A)	Copeland, Dewey, Henderson et al., VF. non existante	1988
Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS ou HAM-A)	Hamilton VF. Pichot, Pull, von Frenckell et al.,	1959 1981
Hamilton Rating Scale for Depression (HDRS, HAMD-21)	Hamilton ; Williams VF. Guelfi, Dreyfus, Ruschel et al., -	1960 ; 1988 1981 -
Versions abrégées : (HAMD-17) (HAMD-10) (HAMD-7) (HAMD-6)	Benazzi VF. non existante McIntyre, Jakub, Konarski et al., VF. non existante -	1999 2005 -
Hopelessness Inventory for Late Life (HILL) Version abrégée HILL-S	Gregg, Cui, Edelstein & Fiske VF. non existante	2021
Hopelessness Scale (HS)	Beck, Weissman, Lester & Trexler VF. Bouvard, Charles & Cottraux	1974 1991
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	Zigmond & Snaith VF. Razavi, Delvaux, Farvacques et al.,	1983 1989
Versions abrégées : Hospital Anxiety and Depression (Scale-Anxiety) (HADS-A) et (Scale Depression HADS-D)		
Intolérance à l'incertitude (QII)	Freeston, Rhéaume, Letarte et al., établie en langue française (Québec)	1994
Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS)	Watson, O'Hara, Simms, Kotov et al., VF. non existante	2007
Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS-II)	Watson, O'Hara, Simms, Kotov et al., VF. non existante	2007
Inventory of Depressive Symptomatology Self- Report (IDS-SR) Inventory of Depressive Symptomatology - Clinician Rated (IDS-C)	Rush, Giles, Schelessor et al., ; Rush, Gullion, Basco et al., VF. information non disponible	1986 ; 1996 -
Versions abrégées: Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self Report (QIDS-SR-16) Quick Inventory of Depressive Symptomatology Clinician Rated (QIDS-C-16)	Rush, Trivedi, Ibrahim et al., VF. existante	2003 -
Koenig Depression Scale (KDS)	Koenig, Cohen, Blazer et al., VF. non existante	1992
L'échelle d'anxiété trait ou Bonis Anxiety Trait-State* (BATE)	Bonis établie en langue française	1973
Major Depression Inventory (MDI)	Bech et al., ; Olsen, Jensen, Noerholm et al., VF. non existante	2011 ; 2003
Major Depression Rating Scale (MDS)	Bech, Stage, Nair et al al., VF. non existante	1997
Manchester Nurse Rating Scale for Depression (MNRS-D)	Brierley, Szabadi & Bradshaw VF. non existante	1988
Measurement of Morale in the Elderly	Pierce & Clark VF. Lempérière, Lépine, Rouillon et al.,	1973 1984

Outil	Référence	Année
Melancholia Rating Scale (MRS)	Bech & Rafaelsen VF. Chambon, Poncet, Kiss et al.,	1980, 1981 1988
Mental Health Index ou Mental Health Inventory (MHI)	Veit & Ware VF. non existante	1983
Versions abrégées: (MHI-17)	Stewart VF. non existante	1992
(MHI-13)	Pergolotti et al.,	2016
(MHI-5)	VF. non existante Berwick et al., VF. non existante	1991
Mesure de l'anxiété du sujet âgé (MASA)*	Fontanier établie en langue française	1998
Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)	Montgomery & Åsberg VF. Lempérière, Lépine, Rouillon et al.,	1979 1984
(MADR-S)	Svanborg & Åsberg VF. information non disponible	2001 -
Mood Scales-Elderly (MS-E)	Raskin & Crook VF. non existante	1988
Multiple Affect Adjective Checklist	Zuckerman, Lubin & Robins VF. non existante	1965
Multiple Affect Adjective Checklist-Revised (MAACL-R). 2 versions: Trait Form - State Form	Zuckerman, Lubin & Rinck VF. Beckinoham, Coutu-Wakulczyk & Lubin	1983 1993
NeuroPsychiatric Inventory (NPI)	Cummings, Mega, Gray et al., VF. information non disponible	1994 -
Version abrégée : NPI-Questionnaire (NPI-Q)	Cummings, Mega, Gray et al.,	1994
Autre version : NPI-Nursing Home	VF. Michel, Robert, Boulhassass, Lafont et al., Cummings, Mega, Gray et al., VF. information non disponible	2005 1994 -
OARS Depressive Scale(ODS)	Blazer VF. non existante	1980
Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS)	McCracken, Zayfert & Gross VF. non existante	1992
Version abrégée: Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20)	McCracken & Dhingra VF. non existante	2002
Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	Spitzer, Kroenke & Williams VF. Carballeira, Dumont, Borgacci et al.,	1999 2007
Versions abrégées : (PHQ-4)	Kroenke, Spitzer, Williams & Löwe VF. non existante	2009
(PHQ-2)	Spitzer, Kroenke & Williams VF. non existante	2003
Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)	Meyer, Miller, Metzger & Borkovec VF. Gosselin, Dugas, Ladouceur & Freeston	1990 2001
PSWQ - Collateral (PSWQ-C)	Hopko, Reas, Beck, Stanley et al., VF. non existante	2003
Version abrégée: Penn State Worry Questionnaire (abbreviated) - (PSWQ-A)		
Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCMS)	Lawton VF Québec. Lévesque & Robitaille	1975 1983
Version abrégée : Shortened PGCMS	Liang & Bollen VF. non existante	1983
Popoff Index of Depression (PID)	Popoff VF. non existante	1969
Pourquoi s'inquiéter ? (PSI)	-	-
Autre version : Pourquoi s'inquiéter? Version 2 (PSI-II)	Langlois, Gosselin, Laberge et al., établie en langue française	1999
Primary Care Evaluation of Mental Disorders Patient Questionnaire (PRIME-MD PQ)	Spitzer, Williams & Kroenke VF. existante	1994 -
PRIME-MD Clinician Evaluation Guide (CEG)		

Outil	Référence	Année
Profile of Mood States (POMS)	McNair et al., VF. Cayrou, Dickès & Dolbeault	1971 2003
Psychogeriatric Assessment Scales (PAS)	Jorm, Mackinnon Henderson, Scott, Christensen et al., VF. Mackinnon & Mulligan	1995 2001
Psychotic Depression Assessment Scale (PDAS)	Østergaard, Meyers, Flint et al., VF. Jalenques I, Rachez, Jalenques UT et al.,	2014 2021
Questionnaire de dépistage de dépression des sujets très âgés (QDDSTA ou DEP-GER)	Vetel, Pellerin, Perrin et al., établie en langue française	2003
Questionnaire QD2A	Pitchot et al., établie en langue française	1984
Rating Anxiety In Dementia (RAID)	Shankar, Walker, Frost et al., VF. non existante	1999
Rating Anxiety In Dementia Structured Interview (RAID-SI)	Snow, Huddleston, Cashuna et al., VF. non existante	2012
Self-Rating Depression Scale (SDS)	Zung VF. disponible	1965 -
SelfCARE(D)	Bird, MacDonald, Mann et al., VF. non existante	1987
Semi-structured Depression Scale (GMS-DS)	Ravindran, Welburn & Copeland VF. non existante	1994
Severity Depression Scale ou Raskin Depression Rating Scale (RDRS)	Raskin, Schulterbrandt, Reatig et al., VF. Lecrubier	1967 2007
Short Anxiety Screening Test (SAST)	Sinoff, Ore, Zlotogrsky & Tamir VF. non existante	1999
State-Trait Anxiety Inventory (STAI)	Spielberg et al., VF. Bruchon-Schweitzer & Paulhan	1983 1993
Stroke Aphasic Depression Questionnaire (SADQ)	Sutcliffe & Lincoln, VF. non existante	1998
Autres versions: (SADQ-10)	Sutcliffe & Lincoln VF. non existante	1998
Stroke Aphasic Depression Questionnaire –Hospital version (SADQ-H)	Lincoln, Sutcliffe & Unsworth VF. non existante	2000
Stroke Inpatient Depression Inventory (SIDI)	(Rybarcyk, Winemiller, Lazarus et al., VF. non existante	1996
The Clinical Anxiety Scale (CAS)	Snaith, Baugh, Clayden et al., VF. non existante	1982
The Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25)	Derogatis, Lipman, Rickels et al., VF. Nabbe, Le Reste, Guillou-Landreat et al.,	1974 2019
The Inventory to Diagnose Depression (IDD)	Zimmerman & Coryell VF. Pariente, Smith & Guelfi	1987 1989
The Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)	Derogatis ; Derogatis & Unger VF. Pariente, Lepine, Boulenger et al.,	1977 ; 2010 1989
Versions abrégées : The Brief Symptom Inventory (BSI-53)	Derogatis & Melisatoros VF. non existante	1983
The Symptom Checklist -27 (SCL-27)	Hardt & Gerbershagen VF. information non disponible	2001 -
The Brief Symptom Inventory (BSI-18)	Derogatis VF. non existante	2001
The Symptom Checklist -14 (SCL-14)	- VF. non existante	-
The Symptom Checklist-5 (SCL-5)	Tambs & Moun VF. non existante	1993
Symptom Checklist-K-9	Hessel, Schumacher, Geyer et al., VF. non existante	2001

Outil	Référence	Année
Whooley questions	Whooley, Avins & Browner VF. non existante	1997
World Health Organisation Well-Being questionnaire (WHO-28)	Bech, Gram, Reisby et al., VF. information non disponible	1980 -
Versions abrégées : WHO-10	Bech, Gudex & Staehr Joansen VF. information non disponible	1996 -
WHO-5	Bech VF. information non disponible	2004 -
Worry Scale (WS)	Wisocki, Handen & Morse VF. non existante	1986
Autres versions : Worry Scale Revised (WSR)	Wisocki VF. non existante	1994
Worry Scale Older Adults - Revised (WSOA-R)	Wisocki, Hunt & Souza VF Québec. Hervé, Dufour & Lebrun	1998 2014
Zung Self-Rating Depression Scale (SDS)	Zung VF. information non disponible	1965 -
Version abrégée : Short Zung Interviewer-assisted Depression Scale (Short Zung IDS)	Tucker, Ogle, Davison et al., VF. non existante	1987

Notes. La présence d'une astérisque (*) signifie que la référence d'origine n'était pas disponible: les informations proviennent de l'ouvrage de Clément et al., 2010 ; « Psychiatrie de la personne âgée » (pp.566-567 et p.580). La présence d'un (-) signifie que l'information n'était pas disponible. VF : version française.

RÉSUMÉ

La dépression est la première cause d'invalidité parmi les troubles mentaux (OMS, 2020). Chez la population vieillissante en Belgique, on estime que 13% des habitants âgés de 65 à 74 ans et 19% des habitants âgés de 75 ans et plus (2013) présentent des troubles dépressifs. Une comorbidité avec des symptômes anxieux est également fréquente.

La prise en charge de cette pathologie est donc essentielle. La première étape est avant tout de repérer les symptômes, pour cela des outils sont disponibles pour le clinicien.

Les objectifs de ce travail de mémoire étaient de faire un état des lieux des connaissances sur les symptômes anxio-dépressifs chez la personne âgée. Par la suite, nous avons recensé tous les outils évaluant les troubles anxieux et/ou dépressifs disponibles chez l'adulte. Enfin, une stratégie de recherche a été élaborée en vue de déterminer les outils les plus appropriés à la population âgée en se basant sur des articles scientifiques récents.

L'intérêt principal était de prendre connaissance des outils existants qui répondent au mieux aux exigences psychométriques, en respectant notamment les connaissances théoriques concernant la personne âgée.

Les résultats ont montré qu'il y avait un nombre important d'outils disponibles pour l'adulte, dont 35 sont spécifiques à la personne âgée. En s'appuyant sur les quelques outils évalués en psychométrie ces dernières années et en faisant des liens avec les études antérieures, nous constatons que la quantité n'est pas gage de qualité : dans l'ensemble, les qualités psychométriques ne sont pas suffisamment investiguées et/ou l'étude n'utilise pas toujours une qualité méthodologique acceptable.