Des outils diagnostiques et thérapeutiques

comment les démêler sans trop se mêler ?

Willine R. Rozefort et Huguette Bélanger

À la clinique de consultation sans rendez-vous, le nombre de patients ayant des problèmes de santé mentale semble augmenter et prend beaucoup de votre temps. Poser un diagnostic pour un trouble de santé mentale en quinze minutes à l'aide de certains outils, est-ce possible ? Comment interpréter les résultats ? Peut-on employer ces outils pour le suivi ?

Bien que l'efficacité des outils cliniques standardisés pour diagnostiquer et suivre les symptômes chez les patients dépressifs n'ait pas été clairement révélée, il est de plus en plus recommandé d'évaluer l'intensité des symptômes de façon objective et de déterminer l'évolution du trouble mental ainsi que l'efficacité du traitement au moyen de ces outils[1]. Sauf pour l'évaluation des troubles cognitifs, le recours aux outils diagnostiques est généralement très faible dans la pratique médicale courante. Différents facteurs peuvent expliquer cette situation, notamment la méconnaissance des échelles d'évaluation, la gestion du temps de pratique et le manque d'intérêt des cliniciens pour ces outils entretenu par la croyance qu'ils ne sont pas utiles d'un point de vue clinique.

Au Québec, de 20 % à 25 % de la population adulte consulte un omnipraticien pour un problème de santé mentale[2]. Dans les autres provinces, les omnipraticiens sont également ceux qui traitent le plus de patients ayant des troubles mentaux[3].

Puisque la majorité des patients atteints consultent en première ligne, les omnipraticiens auraient avantage à se familiariser avec les échelles psychométriques fiables qui servent à poser un diagnostic rapide et objectif. En effet, malgré l'absence de preuves d'efficacité des échelles standardisées sur l'atténuation des symptômes, les outils diagnostiques et thérapeutiques permettent d'évaluer l'état clinique du patient, de quantifier les symptômes et de mesurer l'efficacité globale du traitement[1].

Les cas décrits dans le présent article illustrent ainsi des situations cliniques où des échelles psychométriques peuvent être employées dans la pratique médicale courante.

M^me^ Latriste

M^me^ Latriste se présente lundi matin au service de consultation sans rendez-vous bondé. En entrant dans votre cabinet, les larmes aux yeux, elle vous dit : « Ça va mal depuis deux mois. J'ai décidé de venir ce matin parce que je n'en peux plus. Aidez-moi, docteur ! »

La D^re^ Willine R. Rozefort, médecin de famille, est directrice des Services professionnels et hospitaliers à l'Institut Douglas et exerce au CLSC Villeray, à Montréal. La D^re^ Huguette Bélanger, omnipraticienne, est médecin-conseil à la Direction de santé publique de la Montérégie et professeure d'enseignement clinique à l'Université de Sherbrooke.

Il est de plus en plus recommandé que les cliniciens évaluent l'intensité des symptômes et déterminent l'évolution du trouble mental ainsi que l'efficacité du traitement chez leurs patients au moyen d'échelles d'évaluation standardisées.

Repère

Tableau I

Échelles d'évaluation de la dépression et leurs caractéristiques[4-7]

Nom de l'outil	Temps requis	Fidélité*	Validité†	Commentaires
Échelle de dépression de Hamilton[4,5]	De 15 à 30 minutes	+	++	Hétéroévaluation 17 points Test long
Inventaire de dépression de Beck – 2e édition[4]	De 5 à 10 minutes	+	++	Autoévaluation 21 points Très utilisé en recherche Droits d'auteur chers pour le clinicien
Échelle de dépression de Montgomery et Asberg (MADRS)[4-6]	De 10 à 20 minutes	++	++	Hétéroévaluation 10 points Droits d'auteur protégés Test relativement long
Questionnaire sur la santé du patient-9 (Patient Health Questionnaire – PHQ-9)[5,7]	3 minutes	++	++	Autoévaluation 9 points Très utilisé en clinique de première ligne Concis et facile d'emploi Pas de coût additionnel

* Fidélité : constance avec laquelle un test donne les mêmes résultats (fait référence à la précision de l'instrument).
† Validité : capacité d'un test à bien mesurer ce qu'il doit mesurer (fait référence à la qualité de l'instrument).
Définitions de Bouchard S, Cyr C. *Recherche psychosociale. Pour harmoniser recherche et pratique.* Québec : Presses de l'Université du Québec ; 2000. p. 242-62.

Encadré

Échelles d'évaluation de la dépression, de l'anxiété et des troubles cognitifs*

- Échelle de dépression de Hamilton
  www.echelles-psychiatrie.com/echelle-hdrs.php
- Échelle de dépression de Beck
  www.echelles-psychiatrie.com/echelle-beck.php
- Échelle MADRS
  www.echelles-psychiatrie.com/echelle-madrs.php
- Échelle PHQ-9
  www.medhyg.ch/scoredoc/scores_diagnostiques/psychiatrie/questionnaire_phq_9_pour_la_depression ou *www.workingforwellness.org.uk/wp-content/uploads/2009/12/French-PHQ-9.pdf*
- Échelle d'anxiété de Hamilton
  http://sommeil-mg.net/spip/questionnaires/Echelle%20de%20Hamilton.pdf
- Échelle d'anxiété de Beck
  http://darwin.psy.ulaval.ca/~psy8013/cours2/BAI.pdf
- Examen de Folstein sur l'état mental
  http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/916d3fbac5d9512485256ec10063b234/$FILE/AH-107_DT9088%20(04-10).pdf

* Ces échelles sont protégées par les droits d'auteur et ne peuvent être reproduites sans en obtenir l'autorisation. Pour vous les procurer, vous devez les acheter.

Vous connaissez les critères diagnostiques du *DSM-IV* ainsi que le truc mnémotechnique TAFASCIES (tristesse, anhédonie, fatigue, appétit, sommeil, concentration, irritabilité, énergie, suicide) qui vous permet de poser rapidement un diagnostic. Cependant, vous désirez connaître l'intensité des symptômes de votre patiente.

La littérature scientifique fournit un grand nombre d'outils validés pour évaluer la gravité du trouble dépressif (*tableau I*)[4-7]. Bien que ces outils ne constituent pas une nouveauté en soi, ils demeurent peu utilisés par les médecins de famille. Pour bien traiter une maladie, il est important de la dépister et de poser un diagnostic à l'aide d'outils validés. L'*encadré* présente des échelles d'évaluation de la dépression, de l'anxiété et des troubles cognitifs.

Quel test pourrait vous aider à établir rapidement l'intensité des symptômes de Mme Latriste ? Selon les besoins du clinicien et du patient, le recours au PHQ-9 est très fréquent en première ligne. Mis au point en 1995, le questionnaire validé permet de poser le diagnostic de dépression selon les neuf critères de la dépression majeure du *DSM-IV*. Il s'agit d'un test de dépistage et de diagnostic concis et facile d'emploi, accessible gratuitement en ligne (*figure 1*). Par ailleurs, les consignes sont claires pour le

Figure 1

Questionnaire sur la santé du patient-9 (PHQ-9)

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé par les problèmes suivants ?
Cochez (✓) pour indiquer votre réponse.

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de sept jours	Presque tous les jours
1. J'ai peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses.	0	1	2	3
2. Je me sens triste, déprimé ou désespéré.	0	1	2	3
3. J'ai de la difficulté à m'endormir ou à rester endormi ou je dors trop.	0	1	2	3
4. Je me sens fatigué ou j'ai peu d'énergie.	0	1	2	3
5. J'ai peu d'appétit ou je mange trop.	0	1	2	3
6. J'ai une mauvaise perception de moi-même ou je pense que je suis un perdant ou que je n'ai pas satisfait mes propres attentes ou celles de ma famille.	0	1	2	3
7. J'ai de la difficulté à me concentrer dans le cadre d'activités comme lire le journal ou regarder la télévision.	0	1	2	3
8. Je bouge ou je parle si lentement que les autres personnes l'ont remarqué. Ou au contraire, je suis si agité que je bouge beaucoup plus que d'habitude.	0	1	2	3
9. J'ai pensé que je serais mieux mort ou j'ai pensé à me blesser d'une façon ou d'une autre.	0	1	2	3
Score total				

Si vous avez coché au moins un des problèmes nommés dans ce questionnaire, répondez à la question suivante : Dans quelle mesure, ces éléments ont-ils rendu difficiles votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres ?

❑ Pas du tout difficiles ❑ Plutôt difficiles ❑ Très difficiles ❑ Extrêmement difficiles

Source : Le questionnaire PHQ-9 a été créé par les Drs Robert L. Spitzer, Janet B. Willimas, Kurt Kroenke et coll. grâce à une subvention de Pfizer US. Site Internet : *www.medhyg.ch/scoredoc/ scores_diagnostiques/psychiatrie/questionnaire_phq_9_pour_la_depression* ou *www.workingforwellness.org.uk/wp-content/uploads/2009/12/French-PHQ-9.pdf.* Reproduction autorisée.

patient. Le PHQ-9 peut être rempli dès l'évaluation initiale. Par la suite, selon le jugement du clinicien, le patient peut le faire à la maison à une fréquence fixée d'avance. Le résultat peut nous renseigner sur la gravité du trouble dépressif, l'évolution du tableau clinique et l'efficacité du traitement.

Voici comment interpréter les résultats de l'échelle PHQ-9 : de 1 à 4 = dépression minime ou rémission ; de 5 à 9 = dépression légère ; de 10 à 14 = dépression modérée ; de 15 à 19 = dépression modérément grave ; de 20 à 27 = dépression grave.

Mme Latriste a obtenu un score de 20 au PHQ-9. Vous avez ainsi pu montrer de façon objective qu'elle devait se rendre à l'hôpital puisque son résultat indiquait un trouble dépressif d'intensité plus grande que ce que vous pensiez.

M. Légaré

M. Légaré, 67 ans, est ingénieur en informatique. Il travaille toujours à temps partiel. Il vient vous voir, car il est inquiet. Sa femme lui dit qu'il pose souvent les mêmes questions, mais lui ne s'en souvient plus. Sa secrétaire lui a fait la même remarque. Vous vous rappelez que la mère de M. Légaré était atteinte de la maladie d'Alzheimer.

Avec le vieillissement de la population, le médecin de famille se verra de plus en plus interpellé pour dépister et assurer le suivi des troubles cognitifs. La prévalence de la démence est inférieure à 1 % dans la population de moins de 65 ans, mais augmente de 3 % à 11 % après cet âge et de près de 33 % chez les personnes de plus de 85 ans[8]. Le trouble cognitif non démentiel

Tableau II

Échelles d'évaluation des troubles cognitifs et leurs caractéristiques[10-12]

Nom de l'outil	Temps requis	Sensibilité*	Spécificité†	Validité‡	Commentaires
MMSE (test de Folstein)[10]	De 5 à 10 minutes	De 78 % à 90 %	De 70 % à 87 %	++	Ne détecte pas le trouble cognitif léger
Test de l'horloge[11]	De 4 à 5 minutes	De 78 % à 91 %	De 82 % à 96 %	++	Doit être rempli parallèlement au MMSE si le patient ne peut réaliser une des tâches
MoCA[12]	10 minutes	De 90 % à 100 %	87 %	++	Détecte les troubles cognitifs légers

* Sensibilité : capacité d'un instrument à détecter les différences recherchées. † Spécificité : capacité du test à déterminer les personnes qui ne sont pas atteintes. ‡ Validité : capacité d'un test à bien mesurer ce qu'il doit mesurer (fait référence à la qualité de l'instrument).

Définitions de Bouchard S, Cyr C. *Recherche psychosociale. Pour harmoniser recherche et pratique.* Québec. Montréal : Presses de l'Université du Québec ; 2000. p. 242-62.

est encore plus fréquent, sa prévalence étant estimée à 17 % chez les gens de plus de 65 ans[8]. Il se caractérise par des fonctions cognitives inférieures à la normale, mais ne répond toutefois pas aux critères de la démence du *DSM-IV*[9]. Il importe donc de connaître les outils de dépistage et de suivi afin de les utiliser à bon escient.

Les tests d'évaluation de la fonction cognitive (*tableau II*)[10-12] servent à dépister les troubles cognitifs, à poser un diagnostic différentiel étiologique, à évaluer la gravité de la maladie ou à en suivre l'évolution[8]. Parmi les nombreux tests d'évaluation brève de la fonction cognitive, le meilleur pour le médecin de famille est concis, facile à administrer et fiable. Il est aussi important de considérer les caractéristiques sociodémographiques du patient : son âge, son degré de scolarité ainsi que son contexte socioculturel lors de l'interprétation du test. Par ailleurs, pour assurer la fiabilité des tests, le clinicien doit suivre strictement les consignes dans le but de diminuer les erreurs au moment de la reprise.

Vous prenez quelques minutes pour explorer les autres problèmes que cette situation cause à M. Légaré. Vous proposez ensuite à votre patient de se soumettre à un test simple qui aidera à préciser le diagnostic.

Le miniexamen de l'état mental

Le miniexamen de l'état mental (*Mini Mental State Examination* ou *MMSE* ou test de Folstein) est l'épreuve de dépistage des troubles cognitifs la plus utilisée dans le monde, notamment aux États-Unis, au Canada et au Royaume-Uni[8,13]. Il s'agit d'un test de dépistage qui ne doit pas servir à des fins diagnostiques sans une évaluation plus globale du patient[10]. À noter que certains facteurs sociodémographiques et socioculturels peuvent influer sur le score et donc sur l'interprétation du test.

Le test de l'horloge

Le test de l'horloge (*clock drawing*) est un test simple et rapide pour dépister les troubles cognitifs. Le clinicien demande au patient de dessiner une horloge et de placer les aiguilles à 11 heures 10 minutes. La corrélation avec le résultat du MMSE, qui doit être fait en même temps, est bonne. Ce test n'est toutefois pas sensible pour dépister la démence légère[11].

L'interprétation se fait de la façon suivante : un point pour dessiner le cercle correctement ; un point pour inscrire les chiffres au bon endroit ; un point pour inscrire les douze chiffres ; un point pour placer les aiguilles dans la position indiquée. Si le patient ne peut

Pour assurer la fiabilité des tests, le clinicien doit suivre strictement les consignes dans le but de diminuer les erreurs au moment de la reprise.

Repère

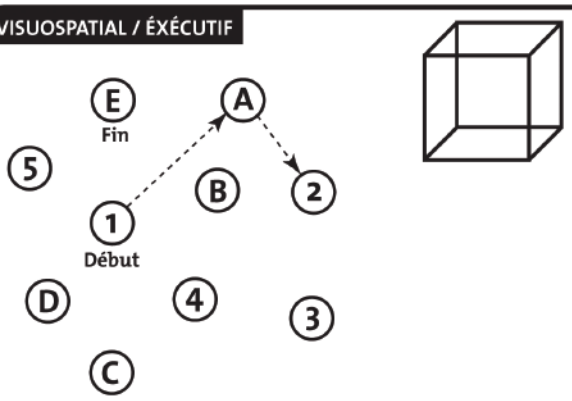
Figure 2

Test MoCA[12]

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
Version 7.1 **FRANÇAIS**

NOM :
Scolarité : **Date de naissance :**
Sexe : **DATE :**

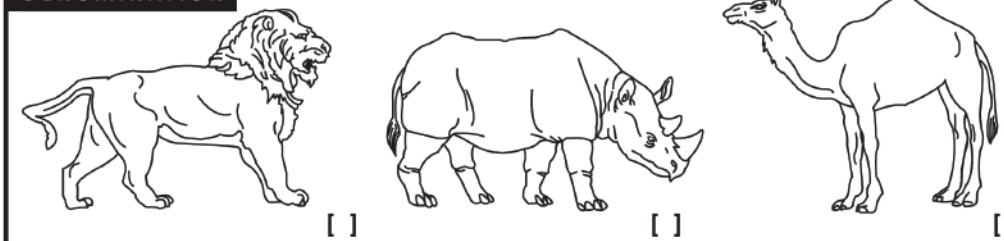
VISUOSPATIAL / ÉXÉCUTIF — POINTS



Copier le cube [ ] [ ]

Dessiner HORLOGE (11 h 10 min) (3 points)
[ ] Contour [ ] Chiffres [ ] Aiguilles __/5

DÉNOMINATION



[ ] [ ] [ ] __/3

MÉMOIRE Lire la liste de mots, le patient doit répéter. Faire 2 essais même si le 1er essai est réussi. Faire un rappel 5 min après.

	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE
1er essai					
2ème essai					

Pas de point

ATTENTION Lire la série de chiffres (1 chiffre/ sec.). Le patient doit la répéter. [ ] 2 1 8 5 4
Le patient doit la répéter à l'envers. [ ] 7 4 2 __/2

Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pas de point si 2 erreurs
[ ] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B __/1

Soustraire série de 7 à partir de 100. [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65
4 ou 5 soustractions correctes : **3 pts**, 2 ou 3 correctes : **2 pts**, 1 correcte : **1 pt**, 0 correcte : **0 pt** __/3

LANGAGE Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable . [ ] L'argument de l'avocat les a convaincus. [ ] __/2

Fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «F» en 1 min [ ] ____ (N ≥ 11 mots) __/1

ABSTRACTION Similitude entre ex : banane - orange = fruit [ ] train – bicyclette [ ] montre - règle __/2

RAPPEL

	Doit se souvenir des mots SANS INDICES	VISAGE [ ]	VELOURS [ ]	ÉGLISE [ ]	MARGUERITE [ ]	ROUGE [ ]	Points pour rappel SANS INDICES seulement
Optionnel	Indice de catégorie						
	Indice choix multiples						

__/5

ORIENTATION [ ] Date [ ] Mois [ ] Année [ ] Jour [ ] Endroit [ ] Ville __/6

© Z.Nasreddine MD www.mocatest.org Normal ≥ 26 / 30

TOTAL __/30
Ajouter 1 point si scolarité ≤ 12 ans

Administré par : _____

Reproduit avec la permission du Dr Ziad Nasreddine. Site Internet : *www.mocatest.org*

Tableau III

Échelles d'évaluation des troubles anxieux et leurs caractéristiques[4]

Nom de l'outil	Temps requis	Sensibilité*	Spécificité†	Validité‡	Commentaires
Échelle d'anxiété de Hamilton[4]	De 10 à 15 minutes	74 %	+++ 100 %	+++	14 points, test relativement long
Échelle d'anxiété de Beck[4]	De 5 à 10 minutes	40 %	+++ 89 %	+++	21 points Mesure les symptômes physiques de l'anxiété et non les pensées

* Sensibilité : capacité d'un instrument à détecter les différences recherchées. † Spécificité : capacité du test à déterminer les personnes qui ne sont pas atteintes (fait référence à la précision de l'instrument). ‡ Validité : capacité d'un test à bien mesurer ce qu'il doit mesurer (fait référence à la qualité de l'instrument).

Définitions de Bouchard S, Cyr C. *Recherche psychosociale. Pour harmoniser recherche et pratique.* Québec : Presses de l'Université du Québec ; 2000. p. 242-62.

accomplir une ou plusieurs de ces tâches, il faut penser à un trouble cognitif et lui faire passer un test de dépistage complémentaire.

Le test MoCA

Le MoCA (*Montreal Cognitive Assessment*) est un test de dépistage des troubles cognitifs légers chez les patients dont le miniexamen de l'état mental est normal (*figure 2*). Il ne demande que dix minutes. Précédant la démence et y conduisant dans plusieurs cas, le trouble cognitif léger doit être diagnostiqué et suivi de façon appropriée[12]. Au seuil de 26, le MMSE a une sensibilité de 18 % pour dépister le trouble cognitif léger contre 90 % pour le MoCA[12]. Dans la démence de type Alzheimer, le MMSE a une sensibilité de 78 % contre 100 % pour le MoCA (*www.mocatest.org*).

M. Légaré a obtenu un résultat de 29 sur 30 au test de Folstein. Vous le rassurez donc. Cependant, intrigué par ses antécédents familiaux, vous lui donnez un autre rendez-vous pour passer le MoCA. Quelle ne fût pas votre surprise de constater le résultat de 25 de M. Légaré à ce test, compatible avec un trouble cognitif léger.

M^me^ Souci

M^me^ Souci, 25 ans, vient vous consulter pour obtenir un certificat médical. Elle ne peut plus continuer sa maîtrise à l'université, car depuis deux semaines « ça ne va pas du tout ». Elle se plaint d'étourdissements et de palpitations et a de la difficulté à respirer, surtout dans l'autobus. Elle se sent très angoissée et vous demande un tranquillisant.

Dans la pratique médicale de première ligne, les symptômes anxieux constituent l'un des motifs de consultation les plus fréquents. En effet, de 10,4 % à 28,8 % de la population est touchée[14]. Les outils diagnostiques et thérapeutiques existants permettent d'établir la gravité du tableau et de suivre l'évolution du trouble ainsi que l'efficacité du traitement. D'autres échelles peuvent également aider le clinicien à poser le diagnostic spécifique de trouble anxieux. Par exemple, le *Social Phobia Inventory* (I-SPIN) est excellent pour les phobies sociales, l'échelle de Yale-Brown (Y-BOCS) sert dans le cas de trouble obsessif compulsif et l'Inventaire de mobilité permet de dépister l'agoraphobie. Le *tableau III*[4] présente deux échelles fréquemment employées en première ligne dans l'évaluation du trouble anxieux.

Dans l'*encadré*, vous trouverez des sites Internet contenant les échelles utilisées couramment en première ligne dans le dépistage des problèmes de santé mentale. Ces dernières sont protégées par les droits d'auteur et ne peuvent être reproduites sans en obtenir l'autorisation. Pour vous les procurer, vous devez les acheter.

Les outils d'évaluation clinique permettent de suivre l'évolution de la santé mentale des patients de façon objective. De plus, ils peuvent servir de guide pour ajuster les médicaments, encourager les patients à poursuivre leur traitement et leur montrer concrètement les progrès réalisés au cours de leur suivi.

Repère

Vous avez posé votre diagnostic, mais avant de prescrire un traitement médicamenteux à M^me^ Souci, vous aimeriez évaluer le degré de gravité de son trouble anxieux. Il vous reste encore quelques exemplaires de l'échelle d'anxiété de Hamilton que votre établissement avait achetés et distribués aux médecins. Vous décidez donc d'utiliser cette échelle.

Selon l'échelle d'anxiété de Hamilton, M^me^ Souci souffre d'une anxiété modérée. En voyant son résultat, elle a compris qu'elle avait besoin d'une prise en charge globale et non d'un simple tranquillisant. Vous lui avez offert de devenir son médecin de famille et d'assurer son suivi avec l'équipe de santé mentale de votre CSSS.

Les outils diagnostiques et thérapeutiques, une valeur ajoutée dans le suivi ?

Les échelles standardisées d'évaluation des troubles mentaux peuvent être employées au cours du suivi des patients. Par exemple, M^mes^ Latriste et Souci, après avoir commencé leur traitement médicamenteux et leur psychothérapie, remplissaient le formulaire à chaque rencontre. De tels outils d'évaluation clinique permettent de suivre l'évolution de la santé mentale des patients de façon objective. De plus, ils peuvent servir de guide pour ajuster les médicaments, encourager les patients à poursuivre leur traitement et leur montrer concrètement les progrès réalisés tout au cours de leur suivi.

Date de réception : le 28 février 2012
Date d'acceptation : le 23 mars 2012

Les D^res^ Willine R. Rozefort et Huguette Bélanger n'ont déclaré aucun intérêt conflictuel.

Summary

Sorting through diagnostic and therapeutic tools in the mental health field. The majority of patients with mental health problems will consult a primary care physician. For this reason, family physicians should familiarise themselves with reliable psychometric scales. Although their efficacy in improving illness outcome has not been clearly proven, diagnostic and therapeutic tools are recommended to establish an objective diagnosis, evaluate intensity of symptoms, guide physicians when adjusting medications and help assess evolution of the condition. By means of case studies, this article discusses many different tests and evaluation scales and their characteristics pertaining to approaching depressive, cognitive and anxious disorders.

Bibliographie

1. Zimmerman M, Roy-Byrne PP, Solomon D. Using scales to monitor symptoms and treatment of depression (measurement based care). *UpToDate* Version 19.3. Octobre 2011. Site Internet : *www.uptodate.com/contents/using-scales-to-monitor-symptoms-and-treatment-of-depression-measurement-based-care* (Date de consultation : le 15 février 2012).
2. Fleury MJ, Bamvita JM, Tremblay J et coll. *Rôle des médecins omnipraticiens en santé mentale au Québec.* Rapport de recherche : Québec. Institut de recherche en santé du Canada ; 2008. 67 p. Site Internet : *www.douglas.qc.ca/publications/141/file_fr/rapport_fleury2008.pdf* (Date de consultation : le 15 février 2012).
3. Ouadahi Y, Lesage A, Rodrigue J et coll. Les problèmes de santé mentale sont-ils détectés par les omnipraticiens ? Regard sur la perspective des omnipraticiens selon les banques de données administratives. *Santé mentale au Québec* 2009 ; XXXIV (1) : 161-72. Site Internet : *http://findarticles.com/p/articles/mi_7386/is_1_34/ai_n57840979/pg_2* (Date de consultation : le 15 février 2012).
4. McDowell I. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires.* 3^e^ éd. Londres : Oxford University Press ; 2006. p. 273-328 et 329-93.
5. Furukawa TA. Assessment of mood: Guides for clinicians. *J Psychosom Res* 2010 ; 68 (6) : 581-9.
6. Jain S, Carmody T, Trivedi MH et coll. A psychometric evaluation of the CDRS and MADRS in assessing depressive symptoms in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007 ; 46 (9) : 1204-12.
7. Phelan E, Williams B, Meeker K et coll. A study of the diagnostic accuracy of the PHQ-9 in primary care elderly. *BMC Fam Pract* 2010 ; 11 (63) : 1-9.
8. Woodford HJ, George J. Cognitive assessment in the elderly: a review of clinical methods. *QJM* 2007 ; 100 (8) : 469-84.
9. Jacova C, Peters KR, Beattie BL et coll. Cognitive impairment no dementia – Neuropsychological and neuroimaging characterization of an amnestic subgroup. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2008 ; 25 (3) : 238-47.
10. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State Exam (MMSE). Modified from Rush J et coll. Psychiatric Measures. Dans : *American Psychiatric Association DSM-IV*, Washington DC ; 2000.
11. Powlishta KK, Von Dras DD, Stanford A et coll. The clock drawing test is a poor screen for very mild dementia. *Neurology* 2002 ; 59 (6) : 898-903.
12. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V et coll. The Montreal cognitive assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 2005 ; 53 (4) : 695-9.
13. Hensel A, Angermeyer MC, Riedel-Heller SG. Measuring cognitive change in older adults: reliable change indices for the Mini-Mental State Examination. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007 ; 78 (12) : 1298-303.
14. Bernier JP, Simard I. Mise à jour dans le traitement des troubles anxieux. *Pharmactuel* 2007 ; 40 (4) : 204-17.