

# Echelle de dépression de Montgomery et Asberg MADRS

J. Pellet

Hétéro-évaluation  
Echelle d'intensité

## Résumé

L'échelle de dépression de Montgomery et Asberg (MADRS) est une échelle d'hétéro-évaluation de la sémiologie dépressive en 10 items. Elle est courte et d'un emploi relativement facile. Elle fournit un bon indice de gravité globale de la dépression et elle est sensible aux changements. Les espoirs qu'avaient mis en elle ses auteurs n'ont pas été complètement confirmés. Il est nécessaire d'y adjoindre d'autres instruments lorsque l'on veut avoir une étude "exhaustive" de la sémiologie dépressive.

## Introduction

L'échelle de dépression de Montgomery et Asberg (MADRS) est une échelle qui a acquis une place importante, en particulier en France et dans les pays scandinaves. Par contre, elle ne semble pas être utilisée aux États-Unis où d'autres instruments lui sont préférés.

## Historique et présentation

La MADRS a été publiée en 1979 par Montgomery et Asberg. Deux traductions ont été effectuées en langue française : une par D. Bobon et l'autre par Th. Lemperière.

## Mode de construction

La MADRS a été extraite de la CPRS (Comprehensive Psychiatric Rating Scale), dans le but d'obtenir une échelle sensible au changement. La CPRS comporte 67 items dont 50 purement psychopathologiques qui couvrent un vaste champ de la sémiologie. Les auteurs ont utilisé un échantillon de 106 patients, 54 anglais et 52 suédois pour éviter les biais culturels, âgés de 18 à 69 ans, comprenant 33 hommes et 73 femmes, 33 patients hospitalisés et 73 ambulatoires, inclus dans quatre essais thérapeutiques avec des produits différents.

Tous les patients présentaient une dépression primaire "endogène" ou réactionnelle, diagnostiquée à l'aide des critères de Feighner. Une CPRS et une échelle globale en sept points ainsi que l'échelle de Hamilton (HAMD) pour 35 patients de l'échantillon étaient remplies avant et après traitement. 67 observations furent au total retenues. Dans un premier temps, ont été identifiés les items présents chez au moins 70 % des patients, la note globale de ces items étant d'ailleurs très corrélée à celle de l'échelle de Hamilton (0,94). Ont été ensuite isolés les 10 items les plus sensibles au changement en combinant la variation absolue avant et après traitement, et la corrélation de cette variation au changement global calculé pour l'échelle de 17 items. Cette exigence a d'ailleurs entraîné l'élimination de symptômes comme les troubles de la libido et le ralentissement psychomoteur. L'échelle n'a pas été modifiée depuis sa parution. Une version abrégée est à l'étude en langue allemande. Il existe aussi une version auto administrée.

La MADRS comprend 10 items (tristesse apparente, tristesse exprimée, tension intérieure, insomnie, perte d'appétit, difficultés de concentration, lassitude, perte de sentiments, pessimisme, idées de suicide). Chacun des items comporte une définition générale et six degrés de gravité, les degrés 0, 2, 4, 6 étant eux-mêmes définis. La note-seuil de dépression a été fixée à 15 en utilisant les notes d'un groupe de sujets ne présentant pas de critères de dépression, d'une part, et celles de sujets déprimés guéris.

La note de 20-21, chiffres confirmés par Mottram et al, est généralement considérée comme la note minimum pour l'inclusion dans un essai, un chiffre supérieur étant quelquefois choisi en fonction des exigences de gravité.

## **Etudes de validation**

L'exposé reprendra l'article original de Montgomery et Asberg (1979), un article de Kearns (1982) comparant la MADRS à divers instruments d'auto et d'hétéro-évaluation, un article de Maier et Philips (1985) comparant la MADRS à deux formes d'HAMD et à la BRMS (Bech et Rafaelsen Melancholia Scale), un article de Lemperrière et collaborateurs (1984), plusieurs travaux de Pellet et collaborateurs (1987) ainsi que des travaux plus récents.

### **Spécificité**

A notre connaissance, la spécificité de la MADRS n'a été évaluée que par rapport à des sujets non ralentis, non déprimés. Dans ce cas, elle est excellente. Sur un échantillon de 59 sujets, aucune note n'est supérieure à 14 avec une majorité de notes  $\leq 10$ . Par ailleurs, deux sujets sur un échantillon de 300 sujets, déprimés de diverses provenances, ont une note inférieure à 15.

### **Sensibilité au changement**

Pour Montgomery et Asberg, la MADRS différencie mieux les répondeurs au traitement des non-répondeurs que l'échelle de Hamilton. Lemperrière avec la même technique que Montgomery et Asberg, mais sur deux fois plus de sujets, ne confirme pas ce résultat de même que Bobon, dans un travail non publié, et Pellet, à l'aide d'une technique d'analyse de variance. Cependant un article récent portant sur plus de 1000 patients inclus dans 2 essais thérapeutiques conclut nettement à la supériorité de la MADRS sur l'échelle de Hamilton à 17 items. Enfin la MADRS serait inférieure à l'Inventory for Depressive Symptomatology-Clinician.

### **Aptitudes à distinguer différents degrés de gravité**

Lorsque l'on utilise comme terme de comparaison une évaluation globale en 5 à 7 points, la MADRS apparaît généralement supérieure à l'échelle de Hamilton, quelle que soit la forme de cette dernière mais inférieure à la BRMS. Elle ne présente pas de différence significative par rapport à l'échelle de ralentissement de Widlöcher.

Les notes de 31 et de 35 ont été proposées pour distinguer les degrés modéré et sévère de dépression.

Diverses notes ont été proposées pour définir la rémission. Pour Zimmermann et al, une note  $\leq 4$  correspond à l'absence de symptômes, et une note comprise entre 5 et 9 aux exigences courantes. Hawley et al proposent une note inférieure à 10. Enfin Mulder et al considèrent en utilisant des courbes ROC que la note de 14 pour séparer les répondeurs des non répondeurs au cours d'essais thérapeutiques de patients modérément déprimés est le meilleur compromis.

**La validité de contenu** (indépendance des scores globaux par rapport à des variables non corrélées à l'intensité de la dépression), la normalité de la distribution des notes

globales, la cohérence interne appréciée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach et de l'examen des saturations dans le premier facteur des analyses en composantes principales sont excellentes. Il en est de même du coefficient d'homogénéité qui traduit l'uniformité de la relation entre chaque paire d'items. Enfin, l'indépendance des relations entre items vis-à-vis des critères permettant de décrire un échantillon (âge, sexe, note moyenne de dépression, etc.), qui est à distinguer de l'homogénéité, est également bonne. Cette propriété, qui renvoie aux concepts d'indépendance locale et s'exprime dans le modèle de Rasch, apparaît cependant comme étant meilleure en ce qui concerne la BRMS.

L'application du modèle de Gutmann à la MADRS montre qu'elle est une "quasi" échelle dont la structure pourrait vraisemblablement être améliorée en diminuant légèrement le nombre de ses items sans perdre l'information pertinente.

**Enfin, quant à la structure factorielle**, les diverses analyses permettent de retenir l'existence d'un facteur général auquel tous les items sont bien corrélés, ce qui est un gage de validité de l'échelle. En revanche, l'existence d'autres facteurs stables, en particulier somatiques, paraît plus sujette à caution. Il n'existe pas à notre connaissance d'analyse factorielle confirmatoire publiée.

### **Concordance inter-juges**

A ne considérer que la note globale, la concordance inter-juges étudiée à l'aide du coefficient intra-classe de Fischer est bonne. Ceci veut dire qu'il n'y a pas en moyenne de différence d'évaluation pour un groupe de cliniciens évaluant les mêmes patients. Par contre, l'étude item par item à l'aide du Kappa de Cohen montre que les items pessimisme et perte d'intérêt sont de cotation difficile. La concordance semble assez nettement améliorée par l'utilisation d'un entretien structuré.

### **Mode de passation**

Les consignes générales se trouvent en tête de l'échelle. Bien qu'il soit indiqué que le cotateur fasse appel à toutes sources d'informations disponibles, la cotation se fait en général après un entretien clinique. L'apparente simplicité de l'échelle ne doit pas dispenser d'un entretien soigneux. Nous rappelons à ce propos les problèmes concernant les items "perte des sentiments" et "pessimisme" que rencontrent fréquemment les cotateurs de langue française. 3 entretiens structurés ont été publiés dont 2 en français. Le premier permet aussi de coter la Geriatric Depression scale et l'échelle de Dépression d'Hamilton, le second de coter également l'échelle de dépression de Hamilton à 17 items, l'échelle de ralentissement dépressif de Widlöcher, et l'échelle de manie dépression de Pichot. Le troisième plus récent, en langue anglaise, permet également de coter une version de l'échelle de Hamilton à 31 items. Enfin l'échelle pourrait être remplie au cours d'un entretien par téléphone y compris pour l'item "tristesse apparente" sans perte de qualité.

### **Cotation**

Le cotateur remplit l'échelle après l'entretien en se référant à la fois au contenu général de l'item et à la formulation qui est faite pour chacun des niveaux (0,2,4,6) décrits. Les degrés non définis sont cotés par interpolation. La note globale résulte de l'addition des scores d'items.

## Intérêts-limites

La MADRS est une échelle relativement simple, courte, de passation assez facile. Elle est sensible au changement, différencie bien les différents degrés de gravité de la dépression et constitue donc un bon indice global. Elle est à l'heure actuelle très utilisée dans les essais de psychotropes et lorsque l'on veut avoir un témoin de l'intensité dépressive comme variable de contrôle. Elle est considérée comme valide en psychogériatrie et pour évaluer la dépression chez des patients présentant une pathologie parkinsonienne. Il faut également noter, par rapport à l'échelle de Hamilton, la prédominance des items psychiques sur les items somatiques ce qui peut favoriser son utilisation chez les patients atteints d'affection somatique. Quant à ses limitations, elles résident essentiellement dans l'absence du ralentissement, absence qui s'explique par le mode de construction de l'échelle. La présence d'un item d'anxiété, pour corrélé que ce dernier soit au changement, n'est peut-être pas strictement indispensable dans une échelle qui veut mesurer surtout la dimension dépressive. Il faut également noter que, contrairement aux vœux de ses promoteurs, l'échelle ne paraît pas indiscutablement plus sensible au changement que d'autres échelles, particulièrement l'échelle de Hamilton. Ceci est peut-être dû au fait que Montgomery et Asberg n'ont validé cette supériorité qu'à l'aide d'un échantillon de 35 sujets. Lorsque l'on souhaite évaluer de façon plus exhaustive la sémiologie des syndromes dépressifs, il nous paraît souhaitable d'y adjoindre une échelle d'anxiété et l'échelle de ralentissement.

## Bibliographie

HAWLEY C.J., GALE T.M., SIVAKUMARAN T., HERTFORDSHIRE NEUROSCIENCE RESEARCH GROUP. Defining remission by cut off score on the MADRS: selecting the optimal value. *J Affect Disord.* 2002;72:177-84.

HERMENS M.L., ADÈR H.J., VAN HOUT H.P., TERLUIN B., VAN DYCK R., DE HAAN M. Administering the MADRS by telephone or face-to-face: a validity study *Ann Gen Psychiatry.* 2006, 22; 5:3.

IANNUZZO R.W., JAEGER J., GOLDBERG J.F., KAFANTARIS V., SUBLETTE M.E. Development and reliability of the HAM-D/MADRS interview: an integrated depression symptom rating scale. *Psychiatry Res.* 2006 ;145:21-37.

KEARNS N.P., CRUICKSHANK C.A., McGUIGAN K.J., RILEY S.A., SHAW S.P., SNAITH R.P. A comparison of depression rating scales. *Brit. J. Psychiatry,* 1982, 141, 45-49.

LEMPERIERE T., LEPINE JP., ROUILLON F., HARDY P., ADES J., LUAUTE JP., FERRAND I. Comparaison de différents instruments d'évaluation de la dépression à l'occasion d'une étude sur l'ATHYMIL 30 mg. *Ann. Médico-Psychol.,* 1984, 142, 1206-1212.

MAIER W., PHILIPP M. Comparative analysis of observer depression scales. *Acta Psychiatr. scand.* 1985, 72, 239-245.

MONTGOMERY SA., ASBERG M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Brit. J. Psychiatry,* 1979, 134, 382-389.

MOTTRAM P., WILSON K., COPELAND J. Validation of the Hamilton Depression Rating Scale and Montgomery and Asberg Rating Scales in terms of AGE-CAT depression cases. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2000 ;15:1113-9.

MÜLLER M.J, HIMMERICH H., KIENZLE B., SZEGEDI A. Differentiating moderate and severe depression using the Montgomery-Asberg depression rating scale (MADRS). J Affect Disord. 2003 ;77:255-60.

PELLET J., DECRAT M., LANG F., CHAZOT L., TATU P., BLANCHON Y., BERLIER J.M. Description d'un échantillon de 300 échelles MADRS portant sur des sujets déprimés. Ann. Médico-Psychol., 1987, 145, 170-175.

SVANBORG P., ASBERG M. A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS). J Affect Disord. 2001 ;64:203-16.

TISON P. Guide d'entretien structuré pour l'évaluation de la dépression du sujet âgé, adapté à partir du DSM IV et des échelles GDS, HDRS et MADRS. L'Encéphale. 2000,26: 33-43.

ZIMMERMAN M., POSTERNAK M.A., CHELMINSKI I. Defining remission on the Montgomery-Asberg depression rating scale. J Clin Psychiatry. 2004 ; 65:163-8.

# ECHELLE DE DEPRESSION MADRS

S. MONTGOMERY et M. ASBERG, 1979  
Traduction française : T. LEMPERIERE

## Outil d'évaluation

NOM : \_\_\_\_\_  
PRENOM : \_\_\_\_\_  
SEXE :  AGE : \_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_

### CONSIGNES

La cotation doit se fonder sur l'entretien clinique allant de questions générales sur les symptômes à des questions plus précises qui permettent une cotation exacte de la sévérité. Le cotateur doit décider si la note est à un point nettement défini de l'échelle (0, 2, 4, 6) ou à un point intermédiaire (1, 3, 5).

Il est rare qu'un patient déprimé ne puisse pas être coté sur les items de l'échelle. Si des réponses précises ne peuvent être obtenues du malade, toutes les indications pertinentes et les informations d'autres sources doivent être utilisées comme base de la cotation en accord avec la clinique.

Cocher pour chaque item la case qui correspond au chiffre le plus adéquat.

#### 1 - Tristesse apparente

Correspond au découragement, à la dépression et au désespoir (plus qu'un simple cafard passager) reflétés par la parole, la mimique et la posture.

Coter selon la profondeur et l'incapacité à se dérider.

- 0 Pas de tristesse.
- 1
- 2 Semble découragé mais peut se dérider sans difficulté.
- 3
- 4 Paraît triste et malheureux la plupart du temps.
- 5
- 6 Semble malheureux tout le temps. Extrêmement découragé.

#### 2 - Tristesse exprimée

Correspond à l'expression d'une humeur dépressive, que celle-ci soit apparente ou non. Inclut le cafard, le découragement ou le sentiment de détresse sans espoir.

Coter selon l'intensité, la durée à laquelle l'humeur est dite être influencée par les événements.

- 0 Tristesse occasionnelle en rapport avec les circonstances.
- 1
- 2 Triste ou cafardeux, mais se déride sans difficulté.
- 3
- 4 Sentiment envahissant de tristesse ou de dépression ; l'humeur est encore influencée par les circonstances extérieures.
- 5
- 6 Tristesse, désespoir ou découragement permanents ou sans fluctuations.

---

### 3 - Tension intérieure

Correspond aux sentiments de malaise mal défini, d'irritabilité, d'agitation intérieure, de tension nerveuse allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse.

Coter selon l'intensité, la fréquence, la durée, le degré de réassurance nécessaire.

- 0 Calme. Tension intérieure seulement passagère.
- 1
- 2 Sentiments occasionnels d'irritabilité et de malaise mal défini.
- 3
- 4 Sentiments continuels de tension intérieure ou panique intermittente que le malade ne peut maîtriser qu'avec difficulté.
- 5
- 6 Effroi ou angoisse sans relâche. Panique envahissante.

---

### 4 - Réduction de sommeil

Correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade.

- 0 Dort comme d'habitude.
- 1
- 2 Légère difficulté à s'endormir ou sommeil légèrement réduit, léger ou agité.
- 3
- 4 Sommeil réduit ou interrompu au moins deux heures.
- 5
- 6 Moins de deux ou trois heures de sommeil.

---

### 5 - Réduction de l'appétit

Correspond au sentiment d'une perte de l'appétit comparé à l'appétit habituel.

Coter l'absence de désir de nourriture ou le besoin de se forcer pour manger.

- 0 Appétit normal ou augmenté.
- 1
- 2 Appétit légèrement réduit.
- 3
- 4 Pas d'appétit. Nourriture sans goût.
- 5
- 6 Ne mange que si on le persuade.

---

### 6 - Difficultés de concentration

Correspond aux difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité à se concentrer.

Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité.

- 0 Pas de difficultés de concentration.
- 1
- 2 Difficultés occasionnelles à rassembler ses pensées.
- 3
- 4 Difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à soutenir une conversation.
- 5
- 6 Incapable de lire ou de converser sans grande difficulté.

---

## 7 - Lassitude

Correspond à une difficulté à se mettre en train ou une lenteur à commencer et à accomplir les activités quotidiennes.

- 0 Guère de difficultés à se mettre en route. Pas de lenteur.
- 1
- 2 Difficultés à commencer des activités.
- 3
- 4 Difficultés à commencer des activités routinières qui sont poursuivies avec effort.
- 5
- 6 Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

---

## 8 - Incapacité à ressentir

Correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant, ou les activités qui donnent normalement du plaisir. La capacité à réagir avec une émotion appropriée aux circonstances ou aux gens est réduite.

- 0 Intérêt normal pour le monde environnant et pour les gens.
- 1
- 2 Capacité réduite à prendre du plaisir à ses intérêts habituels.
- 3
- 4 Perte d'intérêt pour le monde environnant. Perte de sentiment pour les amis et les connaissances.
- 5
- 6 Sentiment d'être paralysé émotionnellement, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir et impossibilité complète ou même douloureuse de ressentir quelque chose pour les proches parents et amis.

---

## 9 - Pensées pessimistes

Correspond aux idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de péché, de remords ou de ruine.

- 0 Pas de pensée pessimiste.
- 1
- 2 Idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation ou d'auto-dépréciation.
- 3
- 4 Auto-accusations persistantes ou idées de culpabilité ou péché précises mais encore rationnelles. Pessimisme croissant à propos du futur.
- 5
- 6 Idées délirantes de ruine, de remords ou péché inexpiable. Auto-accusations absurdes ou inébranlables.

---

## 10 . Idées de suicide

Correspond au sentiment que la vie ne vaut pas le peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, idées de suicide et préparatifs au suicide.

Les tentatives de suicide ne doivent pas, en elles-mêmes, influencer la cotation.

- 0 Jouit de la vie ou la prend comme elle vient.
- 1
- 2 Fatigué de la vie, idées de suicide seulement passagères.
- 3
- 4 Il vaudrait mieux être mort. Les idées de suicide sont courantes et le suicide est considéré comme une solution possible mais sans projet ou intention précis.
- 5
- 6 Projets explicites de suicide si l'occasion se présente. Préparatifs de suicide.