

CATÉGORIE ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE

Center for Epidemiologic Studies- Depression Scale (CES-D)

••• NOMS DES AUTEURS

Radloff L.S., Locke B.Z.

••• OBJECTIFS

Évaluation de la symptomatologie dépressive pour la population générale ou pour des groupes de sujets consultant dans des services de santé

••• ANNÉE DE PREMIÈRE PUBLICATION

1977

••• CADRE, DÉFINITION, MODÈLE

Cet outil cherche à identifier une symptomatologie dépressive et à en évaluer la sévérité. Échelle réalisée à partir d'instruments d'évaluation de la dépression déjà validés (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*, échelle de dépression de Beck et *al.*, de Raskin et *al.*, de Gardner). Un nombre d'items a été choisi pour chacun des principaux axes de la symptomatologie dépressive, identifiés cliniquement et par analyses factorielles : humeur dépressive, sentiment de culpabilité, ralentissement psychomoteur, perte d'appétit, troubles du sommeil...

••• NIVEAU D'INVESTIGATION

Diagnostic

••• LANGUE D'ORIGINE

Anglais

••• TRADUCTION

De nombreuses traductions existent (cf. www.proqolid.org/instruments/center_for_epidemiologic_studies_depression_scale_ces_d), mais elles n'ont pas été systématiquement validées.

La version française de l'échelle a été validée par Fuhrer et Rouillon [1989] chez des malades mentaux psychiatriques en ambulatoire et en médecine générale.

••• VOCABULAIRE

Pas de difficulté particulière

LANGEVIN V.*,
FRANÇOIS M.**,
BOINI S.***, RIOU A.*

* Département Expertise
et conseil technique, INRS
** Département Homme
au travail, INRS
*** Département
Épidémiologie
en entreprise, INRS

Ce document appartient à une série publiée régulièrement dans la revue. Elle analyse les questionnaires utilisés dans les démarches de diagnostic et de prévention du stress et des risques psychosociaux au travail. L'article par les mêmes auteurs : « Les questionnaires dans la démarche de prévention du stress au travail » (TC 134, Doc Méd Trav. 2011 ; 125 : 23-35) présente cette série et propose au préventeur une aide pour choisir l'outil d'évaluation le mieux adapté.

•• VERSIONS EXISTANTES

En dehors de la version initiale (pour adultes), il existe une version à destination des enfants et adolescents [CES-DC : Faulstich et al., 1986, Fendrich et al., 1990] et une version adaptée à la population âgée [Lewinsohn et al., 1997].

Il existe une version abrégée à 10 items du CES-D [Andresen et al., 1994].

•• STRUCTURATION DE L'OUTIL

Autoquestionnaire de 20 items à compléter en fonction de son humeur au cours des sept derniers jours

Outil unidimensionnel

•• MODALITÉS DE RÉPONSE ET COTATION

L'échelle CES-D évalue l'humeur du sujet en lui demandant avec quelle fréquence, durant la semaine écoulée, il a ressenti des symptômes ou des comportements souvent associés à la dépression.

La fréquence de survenue des symptômes est mesurée à l'aide d'une échelle de Likert à 4 points :

- 0 = Jamais, très rarement (moins d'un jour)
- 1 = Occasionnellement (1 à 2 jours)
- 2 = Assez souvent (3 à 4 jours)
- 3 = Fréquemment, tout le temps (5 à 7 jours)

La précision en nombre de jours pour chaque modalité de réponse a pour objectif d'éviter l'hétérogénéité dans l'interprétation des réponses.

Quatre items sont inversés.

Le score total se situe donc entre 0 et 60. Les scores les plus élevés correspondent à la présence d'une symptomatologie dépressive plus sévère.

Selon Radloff et Locke [1977], le seuil habituellement considéré comme témoignant d'une symptomatologie dépressive élevée correspond à un score supérieur à 16. Selon Husaini et Neff [1980], ce seuil est trop bas et ils ont donc suggéré le seuil de 17 et plus pour définir les cas possibles, et celui de 23 et plus pour définir les cas probables.

À partir des travaux réalisés sur la version française du CES-D [Führer et Rouillon, 1985, 1989], le seuil proposé est de 17 pour les hommes et de 23 pour les femmes.

•• TEMPS DE PASSATION

Environ dix minutes.

•• DISPONIBILITÉS ET CONDITIONS D'UTILISATION

Domaine public : libre accès de la version française du CES-D dans l'article de Führer et Rouillon [1989] ainsi que sur Internet : www.stop-tabac.ch/fr/CESD

Copyright pour la version anglaise

•• QUALITÉS PSYCHOMÉTRIQUES

Les qualités psychométriques de la CES-D sont renseignées à partir des publications suivantes :

- Radloff et Locke [1977] : Validation de la version originale sur 3 574 sujets en popula-

tion générale et 70 patients psychiatriques,

- Weissmann et al. [1977] : validation de la version originale sur 5 populations psychiatriques (148 patients dépressifs, 87 patients qui ont eu un épisode dépressif, ont été traités et considérés comme guéris, 60 patients dépendants à la drogue traités, 61 patients traités pour alcoolisme et 50 patients schizophrènes) et en population générale (n=3 845),

- Myers et Weissman [1980] : validation de la version originale sur 515 personnes en population générale,

- Furher et Rouillon [1985, 1989] : validation de la version française en population générale (n=5226) et chez des patients psychiatriques (n=112) ou non (n=333),

- Cohidon et Santin [2007] : données issues de l'enquête décennale Santé 2002-2003 de l'INSEE (n=19 454),

- Wahrendorf et al. [2008] : données issues de la cohorte GAZEL-INSERM (n=14477).

Validité

Validité apparente

La validité apparente a été vérifiée en testant la compréhension des items auprès des malades interrogés. Le pourcentage de réponse manquante à un item est très faible (inférieur à 0,2 %) sauf pour deux items (1,6 % et 2,2 %) [Radloff et Locke, 1977].

Validité de structure interne

Les analyses factorielles avec rotation Varimax identifient quatre axes (aussi bien dans le groupe « population générale » que dans le groupe « patients psychiatriques ») : humeur dépressive, affectivité négative, ralentissements psychomoteur et somatique, et relations (hostilité, aversion). Ces quatre axes correspondent aux composantes identifiées dans la littérature sur la dépression et utilisées pour construire l'échelle. Les items sont tous des symptômes de dépression et, du fait de la très bonne consistance interne (voir plus bas), l'outil doit être utilisé en unidimensionnel [Radloff et Locke, 1977].

Validité de structure externe

Les corrélations entre les scores obtenus à la CES-D et diverses autres évaluations de la dépression sont satisfaisantes (validité convergente). Selon les études, les populations et les outils utilisés, ces corrélations varient entre 0,44 et plus de 0,70. Les corrélations les plus importantes sont observées avec l'échelle SCL-90 (*Symptom Checklist-90*), en particulier avec le facteur dépression qui la compose.

À l'inverse, les corrélations entre les scores obtenus à la CES-D et d'autres scores mesurant autre chose que les symptômes dépressifs (fonctionnement social, prise de médicaments...) sont plus faibles (0,19 à 0,28) (validité divergente).

Validité discriminante

Dans l'enquête décennale Santé 2002-03 [Cohidon et Santin, 2007], la dépressivité (symptomatologie dépressive) varie en fonction de l'occupation actuelle (plus importante chez les chômeurs, retraités et autres inactifs). Elle augmente globalement avec l'âge. Elle est plus importante chez les personnes qui ne vivent pas en couple, qui ont eu un événement marquant au cours de l'année, qui déclarent une maladie chronique, qui ont une consommation excessive d'alcool, qui fument, qui ont consommé un psychotrope la veille du 3^e passage de l'enquêteur (chaque ménage enquêté recevant trois fois sa visite).

Dans cette même enquête, la prévalence de la dépressivité varie également fortement

selon la catégorie sociale : chez les hommes, les employés sont les plus touchés (15,7 %) et les cadres et professions intellectuelles supérieures sont les moins touchés (7,8 %) ; chez les femmes, les employées et les ouvrières sont les plus touchées (12,3 % pour les deux catégories) et les catégories artisans, commerçants et chefs d'entreprise sont les moins touchées (4 %).

La dépressivité est également plus importante chez les personnes qui ont des conditions de travail difficiles (horaires atypiques, contraintes de pression temporelle, contraintes psychosociales) [Cohidon et Santin, 2007].

Dans l'étude de Weissmann et al. [1977], les scores moyens observés en population générale, chez les dépressifs guéris et chez les dépressifs varient fortement entre 9,1, 14,8 et 38,1 respectivement.

Pour le reste des informations disponibles, voir le paragraphe « Sensibilité / Spécificité ».

Fidélité

Consistance interne

Dans l'étude princeps [Radloff et Locke, 1977], la consistance interne a été vérifiée par le coefficient alpha de Cronbach, la méthode « *split-half* », et l'analyse d'items (corrélations inter-item et item-tout). Les résultats confirment les hypothèses posées par les auteurs :

- Le coefficient de Cronbach est de 0,85 pour la population générale et de 0,90 pour les patients psychiatriques.
- La corrélation *split-half* vaut 0,77 pour la population générale et 0,85 pour les patients psychiatriques.
- Les corrélations inter-items varient de 0,03 à 0,62 (avec 12 % de corrélations inférieures à 0,10) dans la population générale et de 0,01 à 0,73 (avec 11 % de corrélations inférieures à 0,10) chez les patients psychiatriques.
- Les corrélations item-tout varient de 0,30 à 0,76 (avec 15 % de corrélations inférieures à 0,40) dans la population générale et de 0,35 à 0,79 (avec 5 % de corrélations inférieures à 0,40) chez les patients psychiatriques.

Dans les données issues de la cohorte GAZEL-INSERM [Wahrendorf et al., 2008], les auteurs observent un coefficient alpha de Cronbach de 0,89 (données 2005, n=14 477).

La consistance interne du CES-D est satisfaisante.

Méthode test-retest

Les corrélations test-retest sont de 0,51, 0,67, 0,59 et 0,59 à 2, 4, 6 et 8 semaines d'intervalle, respectivement. Elles sont de 0,48, 0,54 et 0,49 à 3, 6 et 12 mois d'intervalle, respectivement [Radloff et Locke, 1977]. La fidélité test-retest est donc moyennement satisfaisante mais s'explique en partie par le fait que le CES-D est conçu pour mesurer le niveau actuel de la symptomatologie dépressive, pour lequel on attend une variation au cours du temps. D'autre part, l'existence d'événement de vie peut influencer cette corrélation : elle est meilleure pour les personnes qui n'ont déclaré aucun événement de vie aux deux temps de mesure par rapport à celles qui en ont déclaré.

Sensibilité

Sensibilité au changement

Elle a été étudiée sur 35 patients dépressifs à l'admission qui ont été traités par médicament [Weissmann et al., 1977]. Après 4 semaines de traitement, l'état de tous les patients s'est amélioré, avec plus de 70 % des patients devenus asymptomatiques (évaluation du

clinicien). Cette amélioration s'est traduite par une amélioration des scores CES-D (diminution du score CES-D de 20 points). En revanche, les patients présentant encore des symptômes n'ont eu qu'une diminution du score CES-D de 12 points.

Dans l'étude de Radloff et Locke [1977], les scores de la CES-D, de l'échelle dépression de Hamilton et de Raskin et al. diminuent statistiquement significativement après une semaine (-10, -8 et -2 respectivement) et quatre semaines (-18, -14 et -4 respectivement) de traitement.

Sensibilité / Spécificité

La sensibilité de l'échelle CES-D est plus satisfaisante que sa spécificité. Le changement de seuil n'améliore pas les performances de l'outil de ce point de vue.

Ainsi dans l'étude de Radloff et Locke (1979), 19 % des personnes de la population générale ont un score inférieur ou égal à 16, alors que 70 % des patients psychiatriques ont un score supérieur ou égal à 16. De même, la moyenne du score observée en population générale est plus faible que celle observée chez les patients psychiatriques (9,2 vs 24,4).

Dans l'étude de Weissmann et al. [1977], en utilisant l'échelle de Raskin et al. comme référence pour l'identification des cas, la sensibilité est de 99 % pour le seuil de 16 dans le groupe de dépressifs, la spécificité est de 56 % dans le groupe des dépressifs guéris. Dans les trois autres populations psychiatriques de l'étude, la sensibilité varie de 74 % à 94 % et la spécificité varie de 59 % à 86 %. Avec ce même seuil, Myers et Weissman [1980] observent 6,1 % de faux positifs et 36,4 % de faux négatifs, en utilisant comme référence pour classer les cas de dépression majeure, une interview clinique structurée développée par Spitzer et al. (SADS-RDC). Dans cette même étude, les auteurs utilisent également les seuils proposés par Husaini et Neff [1980]. Ils observent 5,6 % de faux positifs et 36,4 % de faux négatifs pour un seuil à 17, et 4,1 % de faux positifs et 45,5 % de faux négatifs avec un seuil de 23. Pour la version française de l'échelle, la sensibilité est de 76 % et la spécificité est de 71 %, en prenant comme référence pour classer les cas, le diagnostic ouvert du médecin et les critères d'un épisode dépressif majeur selon le DSM-III.

ÉTALONNAGE

L'échelle CES-D a été utilisée dans la cohorte GAZEL tous les trois ans depuis 1996. Les rapports annuels disponibles sur le site www.gazel.inserm.fr, dans la rubrique documentation/rapports, permettent d'avoir le pourcentage de salariés de la cohorte présentant une symptomatologie dépressive (seuils de Fuhrer et Rouillon, [1989]). À partir de 2002, la répartition des réponses à chaque item est également présentée. En 2005, 15,5 % des hommes et 19,7 % des femmes sont concernés par la dépressivité.

L'échelle CES-D a également été utilisée dans l'enquête décennale santé de l'INSEE en 2002-03. Un rapport d'étude présente les données pour 19 454 personnes de plus de 18 ans et 11 603 travailleurs en activité professionnelle [Cohidon et Santin, 2007]. Les seuils utilisés pour classer les sujets présentant une symptomatologie dépressive (dépressivité) sont ceux préconisés par Fuhrer et Rouillon [1989]. Sur les 19 454 personnes de plus de 18 ans, 14,6 % sont concernés par la dépressivité. Elle est de 11,7 % chez les hommes en activité professionnelle et 10,6 % chez les femmes en activité professionnelle.

La prévalence apparaît donc inférieure dans l'enquête décennale santé que dans l'enquête GAZEL.

BIAIS, CRITIQUES, LIMITES

Des études sur la version anglaise [Breslau N, 1985 et Roberts RE et al., 1990] suggèrent que le CES-D ne permet pas d'évaluer de façon précise la symptomatologie dépressive. Il se pourrait, d'après ces études, que le CES-D ne permette pas de faire la distinction entre angoisse et dépression. Cependant, pour évaluer les symptômes dépressifs dans

une population « non malade » le CES-D serait plus approprié que d'autres échelles telles que le BDI (*Beck Depression Inventory*), questionnaire qui serait plus adapté, lui, pour une évaluation de la dépression dans une population déjà « malade » (suivi ou hospitalisation psychiatrique).

Des désaccords sont présents dans plusieurs études concernant le seuil à prendre pour considérer la présence d'une symptomatologie dépressive élevée. Il faut donc être prudent dans l'utilisation des seuils indiqués.

•• OBSERVATIONS PARTICULIÈRES

Peu d'information sur les qualités psychométriques de la version française

L'échelle CES-D peut être utilisée en première approche pour dépister des cas probables mais il est nécessaire de confirmer l'évaluation par un diagnostic clinique. Cet outil a été conçu dans une perspective épidémiologique sans prétendre à une utilisation pour interprétation individuelle du score.

•• RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- **ANDRESEN EM, MALMGREN JA, CARTER WB, PATRICK DL** - Screening for depression in well older adults: evaluation of a short form of the CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale). *Am J Prev Med.* 1994 ; 10 (2) : 77-84.
- **BRESLAU N** - Depressive symptoms, major depression, and generalized anxiety: a comparison of self-reports on CES-D and results from diagnostic interviews. *Psychiatry Res.* 1985 ; 15 (3) : 219-29.
- **COHIDON C, SANTIN G** - Santé mentale et activité professionnelle dans l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee. InVS, 2007 (www.invs.sante.fr/publications/2007/sante_mentale/).
- **FAULSTICH ME, CAREY MP, RUGGIERO L, ENYART P ET AL.** - Assessment of depression in childhood and adolescence: an evaluation of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC). *Am J Psychiatry.* 1986 ; 143 (8) : 1024-27.
- **FENDRICH M, WEISSMAN MM, WARNER V** - Screening for depressive disorder in children and adolescents: validating the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Children. *Am J Epidemiol.* 1990 ; 131 (3) : 538-51.
- **FUHRER R, ROUILLON F** - Évaluation de la version française de l'échelle : Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale. Congrès de la Fédération internationale d'épidémiologie psychiatrique, Bruxelles, 1985.
- **FUHRER R, ROUILLON F** - La version française de l'échelle CES-D (Center for epidemiologic studies-depression scale). Description et traduction de l'échelle d'autoévaluation. *Psychiatr Psychobiol.* 1989 ; 4 (3) : 163-66.
- **HUSAINI BA, NEFF JA** - Characteristics of life events and psychiatric impairment in rural communities. *J Nerv Ment Dis.* 1980 ; 168 (3) : 159-66.
- **LEWINSHON PM, SEELEY JR, ROBERTS RE, ALLEN NB** - Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) as a screening instrument for depression among community-residing older adults. *Psychol Aging.* 1997 ; 12 (2) : 277-87.
- **MYERS JK, WEISSMAN MM** - Use of a self-report symptom scale to detect depression in a community sample. *Am J Psychiatry.* 1980 ; 137 (9) : 1081-84.
- **RADLOFF LS** - The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas.* 1977 ; 1 (3) : 385-401.
- **ROBERTS RE, RHOADES HM, VERNON SW** - Using the CES-D scale to screen for depression and anxiety: effects of language and ethnic status. *Psychiatry Res.* 1990 ; 31 (1) : 69-83.
- **WAHRENDORF M, RIBET C, ZINS M, SIEGRIST J** - Social productivity and depressive symptoms in early old age-results from the GAZEL study. *Aging Ment Health.* 2008 ; 12 (3) : 310-16.
- **WEISSMAN MM, SHOLOMSKAS D, POTTENGER M, PRUSOFF BA ET AL.** - Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: a validation study. *Am J Epidemiol.* 1977 ; 106 (3) : 203-14.