

## Risques psychosociaux : outils d'évaluation

# Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

CATÉGORIE  
ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE

### RÉDACTEURS :

**Langevin V.**, département Expertise et conseil technique, INRS  
**Boini S.**, département Épidémiologie en entreprise, INRS  
**François M.**, département Homme au travail, INRS  
**Riou A.**, département Expertise et conseil technique, 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.

### Noms des auteurs

Sheehan DV. et al. pour les États-Unis ; Lecrubier Y. et al. pour la France.

### Objectifs

Diagnostiquer les principaux troubles psychiatriques. Le MINI permet de déterminer une prévalence actuelle et/ou vie entière des différents troubles explorés.

### Année de première publication

1997.

### Cadre, définition, modèle

Initialement, le MINI a été développé pour fournir un entretien diagnostique structuré compatible avec les critères diagnostiques du DSM III-R (puis IV) de l'Association américaine de psychiatrie et de la CIM10 (Classification internationale des maladies). Il a été créé dans le but de remplacer les outils diagnostiques tels que le *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)* ou le *Structured Clinical Interview for DSM-III-R patients*

(SCID), qui sont plus longs à utiliser.

### Niveau d'investigation

Diagnostic.

### Langue d'origine

Développement conjoint en anglais (US) et français.

### Traduction

Il existe de nombreuses traductions : anglaise, allemande, japonaise, coréenne, polonaise, roumaine, russe, espagnole, suédoise...

### Vocabulaire

RAS.

### Versions existantes

Une seule version à 120 items mise à jour régulièrement en fonction de l'évolution des classifications DSM et CIM. Le « MINI Plus » est une version plus détaillée du MINI. Le « MINI Screen » permet une utilisation en médecine générale [Sheehan et al., 1998]. Il existe également une version pour les enfants et adolescents (MINI-KID) [Sheehan et al., 2010].

### Structuration de l'outil

Le MINI est divisé en modules. Chaque module peut être administré séparément. Le MINI permet de repérer les troubles suivants :

- épisode dépressif majeur,
- dysthymie,
- risque suicidaire,
- épisode (hypo-)maniaque / trouble bipolaire,
- trouble panique,
- agoraphobie,
- phobie sociale,
- trouble obsessionnel compulsif,
- état de stress post-traumatique,
- alcool (dépendance / abus),
- drogues (dépendance / abus),
- troubles psychotiques,
- anorexie mentale,
- boulimie mentale,
- anxiété généralisée,
- troubles de la personnalité anti-sociale.

### Modalités de réponse et cotation

Le MINI est prévu pour être administré par un clinicien lors d'un entretien en face à face, mais il peut également être utilisé comme

## CATÉGORIE

## ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE

questionnaire auto-administré. La période explorée concerne la vie entière (désormais utilisée dans le « MINI Plus »), et/ou la période actuelle (2 dernières semaines, mois écoulé, 3 derniers mois, 6 derniers mois ou 12 derniers mois selon les modules).

Chaque module commence par une ou plusieurs questions filtres correspondant aux critères principaux du trouble présenté, puis une série de symptômes secondaires. Les modalités de réponse à l'ensemble des questions du MINI sont « oui » ou « non ». Si les réponses à ces questions filtres s'avèrent positives, les suivantes sont posées, permettant ainsi de valider ou d'invalider le diagnostic concerné.

### Temps de passation

Une vingtaine de minutes en moyenne pour l'ensemble des modules.

### Disponibilités et conditions d'utilisation

Copyright, tous droits réservés. Autorisation écrite des auteurs avant toute utilisation ; citer les articles de validation dans les publications [Sheehan et al. 1997, Lecrubier et al. 1997, Sheehan et al. 1998, Amorim et al. 1998]. Le questionnaire (version papier ou web) peut être commandé à l'adresse suivante : [www.medical-outcomes.com/index/mini](http://www.medical-outcomes.com/index/mini).

Contacts : Yves Lecrubier / Thomas Hergueta (hôpital La Salpêtrière, Paris ; [hergueta@ext.jussieu.fr](mailto:hergueta@ext.jussieu.fr))

### Qualités psychométriques

#### VALIDITÉ

##### • Validité apparente

L'acceptabilité du MINI (version anglaise) a été jugée satisfaisante par 111 patients [Pinninti et al., 2003]. Les autres propriétés de validité

et de fidélité ont été vérifiées en parallèle chez des sujets français et américains :

- concernant la version anglaise : 330 sujets en Floride (dont 57 témoins) et 40 (dont 5 témoins) à Paris [Sheehan et al., 1997]. Une version administrée par le clinicien et une version auto-administrée ont été testées ;

- concernant la version française : 310 sujets (dont 50 témoins) à Paris et 40 en Floride [Lecrubier et al., 1997] – 346 sujets ont été considérés pour les analyses ; Amorim et al. [1998] ont étudié plus spécifiquement chez les sujets français la validité du MINI pour les diagnostics de troubles psychotiques et les troubles d'humeur.

##### • Validité concourante

La validité concourante du MINI a été testée en utilisant le CIDI\* comme *gold-standard* pour établir les diagnostics des différents troubles psychiatriques explorés par le MINI pour la version française [Lecrubier et al., 1997] et le SCID\*\* comme *gold-standard* pour la version anglaise [Sheehan et al., 1997].

Concernant la version anglaise, selon les troubles étudiés, la sensibilité du MINI variait entre 45 (dépendance actuelle à la drogue) et 96 % (épisode dépressif majeur), la spécificité entre 86 (anxiété généralisée) et 100 % (anorexie) et le coefficient de concordance (Kappa) entre 0,43 (dépendance actuelle à la drogue) et 0,90 (anorexie). Le MINI présente de meilleures qualités psychométriques lorsqu'il est administré par un clinicien qu'en autoquestionnaire [Sheehan et al., 1997].

Concernant la version française, selon les troubles étudiés, la sensibilité du MINI variait entre 46 (phobies) et 94 % (épisode dépressif majeur et troubles psychotiques vie entière), la spécificité entre 79 (épisode dépressif majeur) et 97 % (dépendance à l'alcool et troubles paniques) et le coefficient de concordance (Kappa) entre 0,36 (anxiété généralisée) et 0,82 (troubles psychotiques vie entière et dépendance à l'alcool) [Lecrubier et al., 1997].

##### • Validité convergente

Une étude de validation convergente a été réalisée sur un échantillon de la cohorte Gazel [Duburcq et al., 1999]. L'échantillon comportait des sujets traités pour état dépressif fréquent (n=480) et/ou déprimés (score CES-D positif - cf. fiche FRPS 12 - arrêt de travail pour dépression ou longue maladie) (n=371), ainsi que des témoins (n=257). Sur cet échantillon, 461 sujets présentant un épisode dépressif ont été identifiés avec le MINI selon les critères de la CIM10, 94 % de ces sujets étant traités pour état dépressif fréquent (67 %) et/ou déprimés (27 %). Selon les critères DSM-IV, le même gradient était observé : 380 sujets présentant un épisode dépressif ont été identifiés avec le MINI, 96 % de ces sujets étant traités pour état dépressif fréquent (71 %) et/ou déprimés (25 %). Quels que soient les critères diagnostiques utilisés (CIM10 ou DSM-IV), très peu d'épisodes dépressifs ont été identifiés chez les témoins. L'estimation de la prévalence d'épisode dépressif avec les critères DSM-IV est proche de celle trouvée dans la littérature.

#### FIDÉLITÉ

##### • Fidélité interjuge

La fidélité inter-juge est très bonne pour la version anglaise mais aussi pour la version française : les coefficients Kappa varient de 0,79 à 1 [Sheehan et

\* CIDI = Composite International Diagnostic Interview

\*\* SCID = Structured Clinical Interview for DSM-III-R diagnoses

al., 1997] et de 0,88 à 1 [Lecrubier et al., 1997], respectivement.

Dans l'étude de validation de Duburcq et al. [1999], la variabilité interjuge est relativement importante malgré une formation des enquêteurs psychologues ou psychiatres à l'utilisation du MINI. Selon les enquêteurs (douze au total), l'estimation de la prévalence d'épisode dépressif varie du simple au double.

#### ● Fidélité test-retest

La fidélité test-retest de la version anglaise est très bonne (40 sujets en Floride + 40 sujets à Paris réinterrogés à 1 ou 2 jours d'intervalle) : 61 % des valeurs des coefficients kappa sont supérieures à 0,75 et seulement une valeur (épisode maniaque) est inférieure à 0,40 [Sheehan et al., 1997]. Pour la version française (42 sujets réinterrogés à 1 ou 2 jours d'intervalle), seuls cinq modules ont été testés (épisode dépressif majeur, anxiété généralisée, trouble panique regroupé avec agoraphobie, dépendance à l'alcool et/ou drogues, troubles psychotiques). Les valeurs du coefficient kappa varient entre 0,76 et 0,93 [Lecrubier et al., 1997].

### Étalonnage

Le MINI a été utilisé, entre autres, dans le cadre de l'étude « Santé et itinéraire professionnel » (SIP) en ce qui concerne les troubles dépressifs majeurs et les troubles de l'anxiété généralisée. L'enquête a été effectuée en 2006 auprès de 14 000 personnes vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine, âgées de 20 à 74 ans, et quelle que soit leur situation vis-à-vis du marché du travail (actifs occupés, chômeurs ou inactifs, retraités...). En 2010, 11 000 personnes ont pu être réinterrogées (pour plus d'information : [www.drees.sante.gouv.fr/l-enquete-sante-et-itinerai-re-professionnel-sip,4256.html](http://www.drees.sante.gouv.fr/l-enquete-sante-et-itinerai-re-professionnel-sip,4256.html)).

### Biais, critiques, limites

Contrairement à d'autres outils abrégés, les réponses aux items sont en oui/non et ne permettent pas d'évaluer à la fois la sévérité des symptômes ni leur retentissement fonctionnel.

### Observations particulières

Il est préférable que cet instrument soit administré par un clinicien entraîné ayant l'habitude de la pathologie psychiatrique. Le risque, en cas d'administration par des cliniciens peu expérimentés, réside dans le fait que les diagnostics peuvent être sur- ou sous-évalués.

### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AMORIM P, LECRUBIER Y, WEILLER E, HERGUETA T ET AL. - DSM-IV-R Psychotic Disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *Eur Psychiatry*. 1998 ; 13 (1) : 26-34.
- DUBURCQ A, BLIN P, CHARPAK Y, BLANCHIER C ET AL. - Utilisation d'un entretien diagnostique structuré pour identifier les épisodes dépressifs dans une étude épidémiologique : validation interne a posteriori. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 1999 ; 47 (5) : 455-63.
- LECRUBIER Y, SHEEHAN DV, WEILLER E, AMORIM P ET AL. - The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry*. 1997 ; 12 (5) : 224-31.
- PINNINTI NR, MADISON H, MUSSER E, RISSMILLER D - MINI International Neuropsychiatric Schedule: clinical utility and patient acceptance. *Eur Psychiatry*. 2003 ; 18 (7) : 361-64.
- SHEEHAN DV, LECRUBIER Y, SHEEHAN KH, JANAVS J ET AL. - The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *Eur Psychiatry*. 1997 ; 12 (5) : 232-41.
- SHEEHAN DV, LECRUBIER Y, SHEEHAN KH, AMORIM P ET AL. - The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998 ; 59 (Suppl 20) : 22-33; quiz 34-57.
- SHEEHAN DV, SHEEHAN KH, SHYTYLE RD, JANAVS J ET AL. - Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). *J Clin Psychiatry*. 2010 ; 71 (3) : 313-26.