



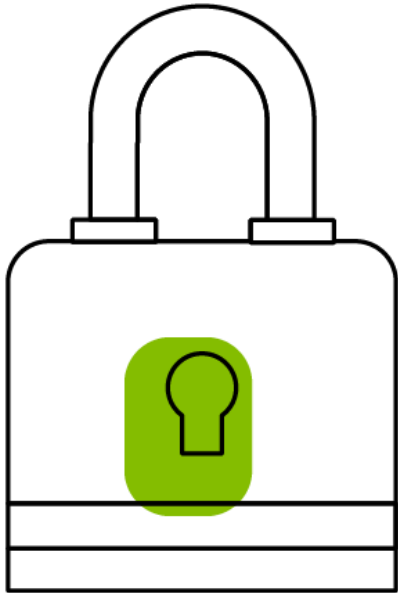
Pearson

# Les échelles de BECK

[conseilclinique@ecpa.fr](mailto:conseilclinique@ecpa.fr)



# Document protégé



Merci de ne pas diffuser ce document sur Internet afin de veiller à la validité de nos outils.

Ce document est protégé par le Code de la propriété intellectuelle.

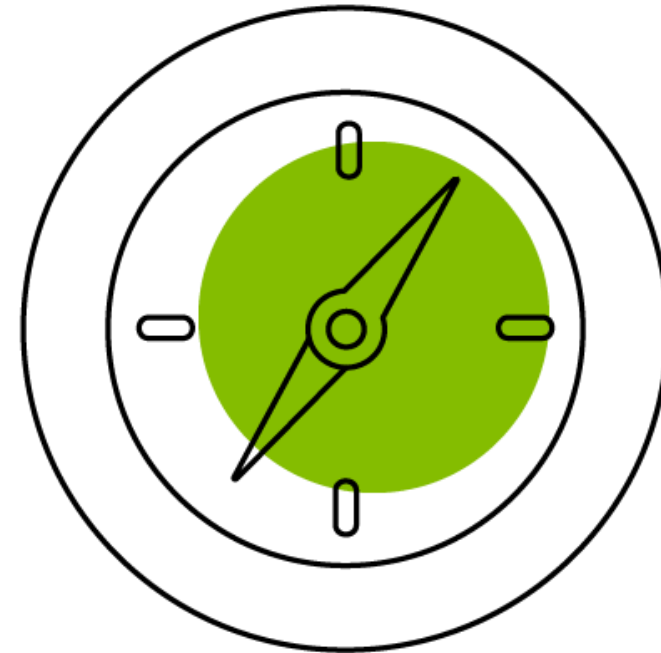
En application de l'article L335-3 de ce Code, constitue *"un délit de contrefaçon toute reproduction, représentation ou diffusion, par quelque moyen que ce soit, d'une œuvre de l'esprit en violation des droits de l'auteur"*.

Protégeons nos outils, nos moyens de travail afin de protéger nos patients.

Merci pour votre compréhension et votre confiance

# Sommaire

- p.05 BDI-2 : Inventaire de depression
- p.12 BSS : Échelle d'idéation suicidaire
- p.19 BHS : Échelle de désespoir
- p.27 Étude de cas : Mlle S, 17 ans



# Les échelles de BECK

- Les 3 échelles :
  - Tests de dépistage de référence, développés par le Docteur Beck : fondateur de la Thérapie Cognitive et Comportementale.
  - Normés sur des groupes de patients.
  - Destinés à objectiver la souffrance psychique, mesurer la sévérité de la dépression et évaluer le risque suicidaire dès 16 ans.
- Passation : 5 à 10 minutes
  - Papier-crayon : le questionnaire est directement imprimable depuis Q-global
  - Informatisée sur Q-global : le patient répond directement sur l'ordinateur
- Correction :
  - BDI-2 : 1 min avec le manuel ou instantanément avec Q-global
  - BHS/BSS : Instantanément avec Q-global (plateforme en ligne)



# BDI-2 : Inventaire de dépression



# Utilisation clinique

- Indicateur de la présence et de la sévérité des symptômes dépressifs
- Correspondant aux critères du DSM-IV et non comme une mesure spécifique de diagnostic clinique
- Chez des patients (adultes et adolescents à partir de 16 ans)
- Utilisation réservée aux psychologues et aux médecins.

# Échantillon

- Echantillon de 437 sujets (127 hommes et 310 femmes) :
  - 96 sujets sains
  - 341 sujets avec une pathologie selon les critères du DSM-IV (diagnostic de dépression, critères de sévérité, sous-types clinique...)

La moyenne d'âge est de 42 ans, avec un écart type de 14.5

# BDI-2 : inventaire de dépression

- Outil :

Questionnaire de 21 énoncés s'appuyant sur les symptômes présents dans le DSM-IV et issus de l'observation des patients hospitalisés : Tristesse, pessimisme, échecs dans le passé, perte de plaisir, sentiment de culpabilité, sentiment d'être puni, Sentiments, Négatifs envers soi-même, attitude critique envers soi, pensées ou désir de suicide, pleurs, agitation, perte d'intérêt, indécision, dévalorisation, perte d'énergie, modifications dans les habitudes de sommeil, irritabilité, modification de l'appétit, difficulté à se concentrer, fatigue, perte d'intérêt pour le sexe.

- Administration :

- Auto-questionnaire : le patient répond lui-même aux questions
- Administration orale : le professionnel lit les questions aux patients



- Cotation
  - Chaque item est coté de 0 à 3
  - La note totale correspond à la somme des 21 énoncés
  - La note brute maximale est 63



Pour les items 16 et 18, il y a 7 réponses possibles

**16. Modifications dans les habitudes de sommeil**

- 0. Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a. Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1b. Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2a. Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b. Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3a. Je dors presque toute la journée.
- 3b. Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

0; 1a = 1 ; 1b = 2 ; 2a = 3 ; 2b = 4 ; 3a = 5 et 3b = 6

- **Interprétation**

Des notes seuils ont été établies = estimation de l'intensité globale

- Non déprimé
- Dépression légère
- Dépression modérée
- Dépression sévère

Résultat statistique en NOTE T (moyenne 50 / ety 10)

Le BDI-2 renseigne sur un degré de dépression mais ne permet pas de poser le diagnostic !

Chaque patient présente un syndrome dépressif propre : interprétation contextuelle et singulière



Prendre en compte le contenu spécifique des items !

- Attention à l'item 9 : pensées suicidaire
- Attention à l'item 2 : Pessimisme



BSS



BSS :  
Échelle d'idéation suicidaire



# Utilisation clinique

- Détecter l'idéation suicidaire auprès d'une population souffrant de troubles psychiatriques.
- L'idéation suicidaire se caractérise par la présence de pensées, de projets et de souhaits de mettre fin à ses jours.
- Cette échelle n'est pas à utiliser avec une population « saine » : détecter l'idéation suicidaire dans cette population demande une évaluation plus approfondie.
- Utilisation réservée aux psychologues et aux médecins.

# Échantillon

- Echantillon de 151 sujets (61 hommes et 90 femmes) :
  - Tous les sujets présentent divers types de pathologies : dépression, troubles anxieux, douleurs chroniques...
  - Parmi eux : 49 sujets constitue le groupe « idéateurs suicidaires » : item 4 (tentative active de suicide) et item 5 (tentative passive de suicide)  $\neq 0$

La moyenne d'âge est de 33,2 ans, avec un écart type de 15.9

Age de 16 ans à 70 ans

# BSS : échelle d'idéation suicidaire

- Outil :

L'évaluation de l'idéation suicidaire permet d'avoir une idée sur « le projet » du passage à l'acte et le caractère sérieux et fatal de l'intention suicidaire.

- Échelle de 21 énoncés (19 items sous forme d'affirmations) :

Désir de vivre, Envie de mourir, Raisons de vivre ou de mourir, Tentative active de suicide, Tentative passive de suicide, Durée des pensées suicidaires, Fréquence de l'idéation, Attitude par rapport à l'idéation, Contrôle de l'acte suicidaire, Freins au suicide, Raisons de commettre une tentative, Précision de la préparation, Occasion et disponibilité de la méthode, Capacité de mettre à exécution une tentative, Anticipation d'une réelle tentative, Degré de préparation, Lettre de suicide, Dispositions terminales, et Mensonge et dissimulation.

Dans chaque série, entourez le chiffre placé devant l'affirmation qui correspond **le mieux** à votre ressenti au cours de **la semaine qui vient de s'écouler, aujourd'hui compris**.

1. 0. J'éprouve un désir de vivre modéré à fort.
1. J'éprouve un faible désir de vivre.
2. Je n'éprouve aucun désir de vivre.

**2 derniers items** : nombres de tentatives passées et force de l'envie de mourir. Ces items ne sont pas pris en compte dans la cotation. Ils aident le professionnel à connaître le contexte psychique du patient.

- Cadre temporel

Importance de se référer à « la semaine qui vient de s'écouler » : accès aux informations plus pertinentes, moins de distorsions dues aux processus mnésiques...

Dans chaque série, entourez le chiffre placé devant l'affirmation qui correspond **le mieux** à votre ressenti au cours de **la semaine qui vient de s'écouler, aujourd'hui compris**.

1. 0. J'éprouve un désir de vivre modéré à fort.
1. J'éprouve un faible désir de vivre.
2. Je n'éprouve aucun désir de vivre.



Pas de mécanisme de détection, de dissimulation ou de confusion (échelle de mensonge...) donc lecture et une interprétation du professionnel en fonction du contexte et de la personnalité du patient !

Mais... il faut contrôler les réponses : si même sévérité à toutes les réponses, indiquer au patient qu'il est très peu probable de répondre ainsi et l'inviter à revoir ses réponses.



- **Administration**
  - Auto-questionnaire : le patient répond lui-même aux questions
  - Administration orale : le professionnel lit les questions aux patients
  
- **Cotation**
  - Chaque item est coté de 0 à 2 : niveau de sévérité
  - Cotation via Q-global : si le questionnaire a été fait en papier-crayon, le professionnel doit saisir les réponses du patient dans Q-global.
  - La passation via Q-global permet une correction instantanée et plus précise !

- **Interprétation**

- Détection : si réponse 0 à l'Item 4 (ce qui n'indique aucune intention suicidaire active) et à l'Item 5 (ce qui indique que la personne éviterait la mort dans une situation de grand danger), il faut ignorer le reste du protocole (le patient n'a pas d'intention suicidaire).

Cas contraire : prendre en considération toutes les réponses

- Sévérité : sévérité estimée en additionnant les valeurs aux items.

Note totale BSS max de 38 points

La moindre réponse positive à la BSS indique un risque suicidaire

Parfois, un patient suicidaire peut masquer ses intentions et ses projets suicidaires.

Si un doute persiste chez le professionnel, il faut approfondir l'évaluation.



BHS



# BHS : Échelle de désespoir



# Utilisation clinique

- Mesurer l'ampleur du pessimisme vis-à-vis de l'avenir et peut refléter les intentions suicidaires chez les personnes déprimées ou ayant commis des tentatives de suicides.
- L'utilisation conjointe de la BHS et de la BSS est conseillée pour mieux évaluer le risque de passage à l'acte.
- Utilisation réservée aux psychologues et aux médecins.

# Échantillon

- Echantillon de 119 sujets (54 hommes et 65 femmes) :
  - Tous les sujets présentent divers types de pathologies : dépression, troubles anxieux, douleurs chroniques...

La moyenne d'âge est de 38,7 ans, avec un écart type de 16.1

Age de 16 ans à 70 ans

# BHS : échelle de désespoir

- Outil :

S'appuie sur le concept de désespoir de Stotland (1969)= Schéma cognitif basé sur une négativité des attentes de l'avenir à court et moyen long terme.

- 1) Rien ne va s'arranger
- 2) Ils ne réussiront jamais ce qu'ils entreprennent
- 3) Objectifs jamais atteints
- 4) Problèmes sans solution

Echelle BHS de 20 énoncés appelant une réponse par vrai ou faux

**2.** Je pourrais tout aussi bien baisser les bras car il n'y a rien que je puisse faire pour améliorer ma situation.



- Cadre temporel

Importance de se référer à « la semaine qui vient de s'écouler » : accès aux informations plus pertinentes, moins de distorsions dues aux processus mnésiques...

#### CONSIGNES

Ce questionnaire comporte 20 affirmations. Lisez attentivement chacune d'entre elles. Si l'affirmation correspond à votre état d'esprit de la **semaine qui vient de s'écouler aujourd'hui compris**, cochez « V », pour VRAI, dans la colonne de réponses située à droite de l'affirmation. Si l'affirmation ne correspond pas à votre état d'esprit, cochez « F », pour FAUX, dans la colonne de réponses située à droite de l'affirmation. **Lisez attentivement chaque affirmation.**



Pas de mécanisme de détection, de dissimulation ou de confusion (échelle de mensonge...) donc lecture et une interprétation du professionnel en fonction du contexte et de la personnalité du patient !

Mais... il faut contrôler les réponses: si que des réponses VRAI ou FAUX à toutes les réponses, indiquer au patient qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses et qu'il indique bien son ressenti.

- **Administration**
  - Auto-questionnaire : le patient répond lui-même aux questions
  - Administration orale : le professionnel lit les questions aux patients
- **Cotation**
  - Chaque item est coté de 0 ou 1
  - 9 items où le patient répond FAUX = signe de pessimisme
  - 11 items où le patient répond VRAI = signe de pessimisme
  - Note totale max de 20
  - Cotation via Q-global : si le questionnaire a été fait en papier-crayon, le professionnel doit saisir les réponses du patient dans Q-global.
  - La passation via Q-global permet une correction instantanée et plus précise !



- **Interprétation**

Estimation de la sévérité globale de la négativité de l'état d'esprit du patient vis-à-vis de l'avenir.

Importance d'approfondir l'évaluation psychique du patient avec d'autres mesures pour appréhender d'autres aspects psychologiques (dépression...) et proposer des entretiens cliniques complémentaires.

4 seuils cliniques :


- minimum de désespoir
- désespoir léger
- désespoir modéré
- désespoir sévère

# Conclusion



- Ces 3 outils peuvent se montrer tout à fait complémentaires et permettent une évaluation de l'état psychique du patient selon 3 dimensions :
  - la dynamique et le degré de dépression
  - la présence d'idéation suicidaire
  - l'ampleur du désespoir
- Ces 3 dimensions peuvent s'articuler entre elles et permettent aux professionnels de mieux comprendre la détresse du patient et la qualifier.

Possibilité de proposer un éventail d'interventions psychothérapeutiques et/ou médicales adaptées.



Étude de cas :  
Mlle S, 17 ans

# Etude de cas : Mlle S, 17 ans

- Contexte :

Jeune fille de 17 ans, scolarisée en classe de Terminale S. Fille unique, elle vit avec ses parents.

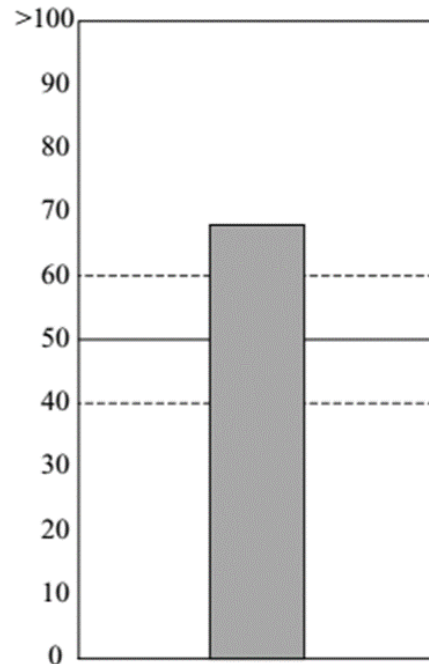
Refus de se rendre au lycée depuis plusieurs mois et présence des comportements autodestructeurs : scarifications, conduites sexuelles à risque, consommation de cannabis, troubles du comportement alimentaire.

Hospitalisée dans un service de psychiatrie adulte suite à une tentative de suicide grave par ingestion médicamenteuse volontaire.

Mademoiselle S fait état d'un mal-être présent depuis plusieurs années, qui s'est aggravé ces derniers mois.

- bon contact
- mais s'exprime peu
- l'humeur est triste
- minimise son passage à l'acte
- manque total d'estime d'elle-même et se dit persuadée qu'elle ne survivra pas au-delà de 30 ans car elle se sera donnée la mort d'ici-là.

# BHS : L'échelle de désespoir



Note Brute :	18
Note T :	68
Rang percentile :	97
Rang diagnostic :	Sévère

(note brute = 18, note T = 68, rang percentile = 97)

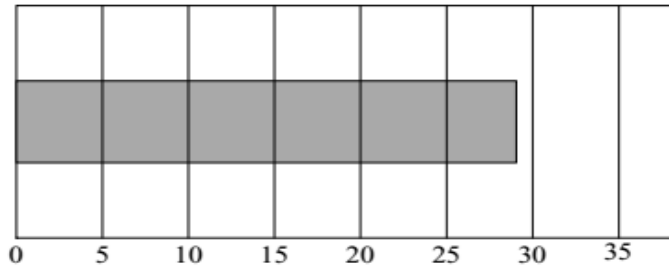
- **Désespoir sévère** associé à un syndrome dépressif et à un risque suicidaire significatif.

Réponses données = sa difficulté à se projeter, l'avenir envisagé de façon très pessimiste, résignation majeure, liée au fait que la patiente se sente incapable de réussir ce qu'elle entreprend, peu confiante et ne se sent pas préparée à faire face aux situations futures.

Ex d'items de pessimisme (réponse « vrai ») :

- Je n'ai jamais de chance et il n'y a aucune raison que cela change à l'avenir.
- Ce n'est pas la peine de faire des efforts pour essayer d'obtenir quoi que ce soit car je n'y arriverais sûrement pas.

# BSS : L'échelle d'idéations suicidaires



Note Brute : 29

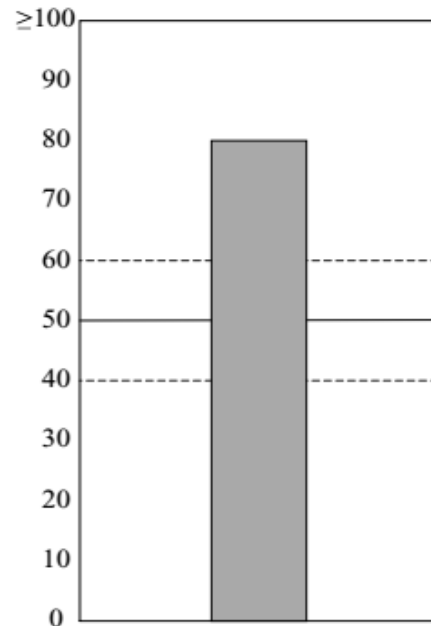
- Risque de suicide imminent (note brute = 29).

Le niveau global de risque doit être évalué en considérant le tableau clinique complet = niveau de fonctionnement adaptatif, degré de stress psychosocial, structure de la personnalité et syndrome clinique.

Ex de réponses :

- J'ai préparé certaines choses pour mettre fin à mes jours.
- J'ai le courage et la capacité de mettre fin à mes jours.

# BDI-2 : L'inventaire de dépression



- (note brute = 52 ; note T = 80, rang percentile = 99) = **présence d'une dépression d'intensité sévère.**

Ex de réponses :

- J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.
- Je sens que je ne vaux absolument rien.

Note Brute : 52

Note T : 80

Rang percentile : 99

Rang diagnostique : Sévère

# Conclusion

- Au total :
  - Présence d'un syndrome dépressif d'intensité sévère
  - associé à un désespoir majeur
  - risque suicidaire imminent



Nécessité du maintien de l'hospitalisation

Dès le lendemain de son admission, Mlle S adopte un discours plus évasif lorsqu'on la questionne sur l'évolution de ses idées suicidaires, cherchant à rassurer les professionnels...

Ses réponses aux échelles fournissent une matière intéressante aux entretiens cliniques:

- **BHS** : on va comparer les affirmations pessimistes avec des réponses VRAI et les affirmations optimistes avec des réponses FAUX permet d'évaluer avec finesse ses croyances sur son avenir.
- **BSS** : donne des indices à approfondir avec la jeune-femme, afin de la questionner sur la méthode envisagée et le niveau de planification, mieux comprendre les raisons et les facteurs de dissuasion du suicide qu'elle perçoit.

Opportunités pour le professionnel, une fois la crise apaisée, d'établir des objectifs thérapeutiques ajustés afin par exemple de renforcer le sentiment d'efficacité personnelle de la patiente et le développement de stratégies de coping fonctionnelles.



# Le Conseil Clinique est à votre disposition

D'autres présentations détaillées sur des outils ou des thématiques sont disponibles, sur demande, au conseil clinique.

N'hésitez pas à nous contacter !



[conseilclinique@ecpa.fr](mailto:conseilclinique@ecpa.fr)



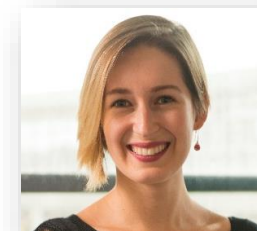
+33 (0)1 43 62 30 01



[www.pearsonclinical.fr](http://www.pearsonclinical.fr)



**Marie Bauduin**  
*Psychologue clinicienne*



**Clémentine Conte**  
*Psychologue clinicienne*



Pearson