

# Echelles de dépression

## 1. Rappel clinique de la dépression.

### 1. Les troubles des fonctions végétatives :

- Sommeil (augmentation ou diminution).
- Appétit (augmentation ou diminution).
- Perte de libido.
- Energie diminuée.

### 2. Les troubles des fonctions motivationnelles :

- Déficit de l'activité, de l'intérêt et du plaisir.
- Désir de s'évader par le suicide.
- Evitement majeur des contacts sociaux.
- Dépendance vis-à-vis des autres.

### 3. Les troubles de fonctions cognitives :

- Perte de l'estime de soi.
- Indécision.
- Pessimisme et désespoir irréalistes.
- Apparition de rêves lugubres.
- Attitudes psychologiques globalement négatives.

### 4. Les troubles comportementaux :

- Ralentissement psychique et moteur OU agitation.
- Comportements actifs et productifs négatifs.
- Comportement passifs et improductifs positifs.

Parfois, s'ajoute un certain degré d'anxiété (de nature psychique ou somatique).

### 5. Les différentes échelles :

- Hamilton Depression Scale (HDS).
- MADRS (Montgomery & Asberg).
- Beck.
- Echelle de dépression gériatrique.

### 6. Des infos :

- Questionnaire : Autoévaluation : <http://www.psychomedia.qc.ca/squest1.htm>
- Dossier sur la dépression : <http://www.psychomedia.qc.ca/sdos2men.htm>

- Critères diagnostic dépression : <http://www.psychomedia.qc.ca/qfr6.htm>

## II. Echelle d'Hamilton.

### 1. Création et objectif.

Elle a été créée en 1960 par un psychiatre américain Max Hamilton. Son objectif était d'évaluer les changements d'intensité de la dépression en sélectionnant les items qui représente au mieux la symptomatologie dépressive. Cette échelle demeure à ce jour l'échelle de dépression la plus utilisée au monde.

### 2. Administration.

La cotation est faite par un clinicien expérimenté après un entretien avec le patient, cette échelle porte sur une période relativement récente dans la vie du patient : On lui demande ce qu'il a fait la semaine passée (comment il a dormi par exemple).

Il y a plusieurs versions à ce jour mais la version définitive possède 17 items :

### 3. Les items.

1. Humeur dépressive.
2. Sentiments de culpabilité.
3. Suicide.
4. Insomnie au début de la nuit.
5. Insomnie du milieu de la nuit.
6. Insomnie du matin.
7. Travail et activités.
8. Ralentissement.
9. Agitation.
10. Anxiété psychique.
11. Anxiété somatique.
12. Symptômes gastro-intestinaux.
13. Symptômes généraux.
14. Symptômes génitaux.
15. Hypochondrie.
16. Perde de poids.
17. Prise de conscience.

Echelle dépression Hamilton : <http://www.members.optusnet.com.au/bill54/depresstest.htm>

Je n'ai trouvé que des versions anglaises que j'ai méchamment copié, voici :

## HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE

NAME: \_\_\_\_\_

	Pre-treatment	1st review	2nd review
		2 weeks later	2 weeks later

SYMPTOMS	DATE:	DATE:	DATE:
1. Depressed Mood			
2. Feelings of guilt			
3. Suicide			
4. Insomnia – early			
5. Insomnia – middle			
6. Insomnia – late			
7. Work & Activities			
8. Retardation			
9. Agitation			
10. Anxiety – psychic			
11. Anxiety – somatic			

12. Somatic symptoms – GI
13. Somatic symptoms
14. Genital symptoms
15. Hypochondrias
16. Weight loss either A Or B
17. Insight

**TOTAL SCORE:**

**SCORING THE HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE**

*The total HDRS score provides an indication of the level of a patient's depression and over time, provides a valuable guide to your patient's progress.*

In general, the higher the total score, the more severe is the depression. While it is not realistic to categorically assign a specific level of depression to a specific HDRS score, it is possible to give the following general guidelines:

**HDRS Score: Level of depression:**

10 – 13 Mild

13 – 17 Mild to Moderate

> 17 Moderate to severe

Ongoing assessment is an important aspect of the management of depression and a key feature of the HDRS system.

On the forms provided, the newly diagnosed patient should be assessed at 2 weekly intervals following the initial assessment.

**1. Depressed Mood:**

0 Absent

1 These feeling states indicated only on questioning

2 These feeling states spontaneously reported verbally

3 Communicates feeling state, nonverbal, ie: facial expression, posture, voice and crying

4 Patient reports virtually only these feeling states in their spontaneous verbal and nonverbal communication

**2. Feelings of guilt:**

0 Absent

1 Self-reproach, feels they have let people down

2 Ideas of guilt or rumination over past errors or sinful deeds

3 Present illness is a punishment; delusion of guilt

4 Hears accusatory or denunciatory voices and / or experiences threatening visual hallucinations

**3. Suicide:**

0 Absent

1 Feels it is not worth living

2 Wishes he / she were dead or has thoughts of possible death to self

3 Suicide ideas or gesture

4 Attempts at suicide (any serious attempt rates 4)

**4. Insomnia Early**

0 No difficulty falling asleep

1 Complains of occasional difficulty falling asleep, ie: more than 1/2 hour

2 Complains of nightly difficulty falling asleep

**5. Insomnia Middle:**

0 No difficulty

1 Patient complains of being restless and disturbed during the night

2 Waking during the night; any getting out of bed rates 2 (except to go to the toilet)

**6. Insomnia Late:**

0 No difficulty

14/03/03

- 1 Waking in early hours of the morning but goes back to sleep
- 2 Unable to fall asleep again if gets out of bed

**7. Works and Activities:**

- 0 No difficulty
- 1 Thoughts and feelings of incapacity, fatigue or weakness related to activities, work or hobbies
- 2 Loss of interest in activities, hobbies or work, either directly reported by patient, or indirectly by listlessness, indecision & vacillation; feels he/she has to push self to work or activities
- 3 Decrease in actual time spent in activities or decrease in productivity. (For Hospitalised patients, rate 3 if he / she does not spend at least 3 hours a day in activity).
- 4 Stopped working because of present illness. (In hospitalized patients, rate 4 if patient engages in no activities except ward chores, or if patient fails to perform chores unassisted).

**8. Retardation:**

- 0 Normal speech and thought
- 1 Slight retardation at interview
- 2 Interview difficult
- 3 Obvious retardation at interview
- 4 Complete stupor

**9. Agitation:**

- 0 None
- 1 Fidgetiness
- 2 Playing with hands, hair etc
- 3 Moving about, cannot sit still
- 4 Hand wringing, nail biting, hair pulling, biting of lips

**10 Anxiety – psychic**

- 0 No difficulty
- 1 Some tension and irritability
- 2 Worrying about minor matters
- 3 Apprehensive attitude apparent in patient's face or speech
- 4 Fears expressed without questioning

**11. Anxiety – Somatic**

Symptoms can be Gastrointestinal (dry mouth, wind, indigestion, diarrhea, cramps, belching); Cardiovascular (palpitations, headaches); Respiratory (hyperventilation, sighing); Other symptoms include:

urinary frequency, sweating)

- 0 Absent
- 1 Mild
- 2 Moderate
- 3 Severe
- 4 Incapacitating

**12. Somatic symptoms – Gastrointestinal**

- 0 None
- 1 Loss of appetite but continuing to eat; heavy feelings in abdomen
- 2 Difficulty eating; request or requires laxatives or medication for bowels or for GI symptoms

**13. Somatic symptoms – General**

- 0 None
- 1 Heaviness in limbs, back or head; backaches, headaches, muscle aches; loss of energy and fatigability
- 2 Any clear-cut symptom rates 2

**14. Genital symptoms** (such as loss of libido, menstrual disturbances)

14/03/03

- 0 Absent
- 1 Mild
- 2 Severe

### 15. Hypochondrias

- 0 Not present
- 1 Self-absorption (bodily)
- 2 Preoccupation with health
- 3 Frequent complaints, requests for help etc
- 4 Hypochondriacal delusions

### 16. Loss of weight Check A or B

A: Rating by history

- 0 No weight loss
- 1 Probable weight loss associated with present illness
- 2 Definite weight loss (according to patient)

B: Rating by measurement

- 0 Less than 1/2 kg weight loss
- 1 Greater than 1/2 kg weight loss
- 2 Greater than 1 kg weight loss

### 17. Insight:

- 0 Acknowledges being depressed and ill
- 1 Acknowledges illness but attributes to bad food, climate, overwork, virus, need for a rest
- 2 Denies being ill

[http://www.monashdivision.com.au/resources/mental\\_health/tools\\_hamilton\\_dep\\_rating\\_scale.pdf](http://www.monashdivision.com.au/resources/mental_health/tools_hamilton_dep_rating_scale.pdf)

Voilà qui devrait nous aider. (La prof nous a donné en exemple les items 6 et 9).

### 4. Passation.

On démarre avec une consigne générale, par exemple : « J'aimerais vous poser quelques questions au sujet de la semaine dernière. Comment vous êtes vous senti(e) depuis mardi dernier ? ». Le psychologue essaie de recueillir un maximum d'informations sur l'humeur dépressive : La tristesse, la désespoir, l'autodépréciation... avec des questions du type :

- ☞ « Quelle a été votre humeur au cours de la semaine écoulée ? »
- ☞ « Vous êtes vous senti abattu et déprimé ? »
- ☞ « Triste ? Désespéré ? » Le patient répond.
- ☞ « Combien de fois vous êtes vous senti déprimé/triste ? » Le patient répond.
- ☞ « Chaque jour ? Pendant toute la journée ? »
- ☞ « Vous est-il arrivé de pleurer. »

Voilà comment qu'on s'y prend pour cuisiner les gens.

La passation passe donc par un entretien structuré, pourquoi ?

Car l'utilisation d'outils structurés ou semi structurés pour le recueil des données psychopathologiques améliore la fidélité des cotations.

### 5. Déroulement de l'entretien.

On commence par une question générale ouverte qui permet au patient de s'exprimer librement sur ses impressions quant à la présence des symptômes (humeur dépressive, sommeil...).

Le psychologue peut poser des questions du type : « Comment avez-vous dormi au cours de la semaine ? » et la réponse à cette question informe suffisamment sur la gravité et la fréquence du trouble.

Il peut également demander : « Est-ce que votre sommeil est différent par comparaison avec votre sommeil lorsque vous n'étiez pas malade ? »

<http://www.interpsychonet.fr.st>

Des questions plus précises sont posées permettant à l'évaluateur de définir les différents degrés d'intensité de la symptomatologie mesurée par chaque item : « Votre sommeil est-il réduit ou interrompu ? Pendant combien d'heures ? » Avec des reformulations si nécessaire : « Si je comprend bien ce que vous me dites, c'est que... »

### 6. Interprétation du score.

La note globale (score de sévérité pour chaque item allant de 0 à 4) indique la gravité de la dépression :

- 0 à 7 : Pas de dépression.
- 8 à 17 : Dépression légère.
- 18 à 25 : Dépression modérée.
- De 26 à 52 : Dépression sévère.

### III. MADRS : Echelle de dépression de Montgomery & Åsberg.

#### 1. Création, objectif et passation.

Elle a été publiée en 1979 et avait pour but d'étudier les modifications sous l'effet des thérapeutiques.

C'est une échelle relativement simple, courte, la passation est relativement facile.

Elle est sensible au changement et différencie relativement bien les différents degrés de gravité de la dépression.

La cotation est faite d'après un entretien clinique (le clinicien peut faire appel à toutes les sources d'informations disponibles).

#### 2. Les items.

Elle comprend 10 items :

1. Tristesse apparente.
2. Tristesse exprimée.
3. Tension intérieure.
4. Insomnie.
5. Perte de l'appétit.
6. Difficultés de concentration.
7. Lassitude.
8. Perte de sentiments.
9. Pessimisme.
10. Idées de suicide.

Exemple item 1 : Tristesse apparente.

Critères : 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 déridier :

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

Exemple item 10 : Idées de suicide.

Critères : Correspond au sentiment que la vie ne vaut pas la 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.

14/03/03

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.

<http://www.geocities.com/bpradines/MADRS.html>

### 3. Cotation.

Le score va de 0 (absence de symptômes) à 60 (maximum).

### 4. Remarques : Avantages et limites.

- Les critères pour le psychologue sont plus détaillés que dans l'échelle de Hamilton.
- On observe une prédominance des items psychiques sur les items somatiques ce qui favorise son utilisation chez des patients atteints d'affection somatique (éviter des faux positifs, c'est-à-dire les sujets présentant un score indiquant une dépression mais qui ne le sont pas).
- Limites : Cette échelle souffre de l'absence d'items visant à repérer le ralentissement et l'anxiété, par conséquent il faut l'utiliser avec d'autres échelles pour un diagnostic précis.

## IV. Inventaire de dépression de Beck (Beck depression inventory).

- Cette échelle est destinée à l'évaluation des aspects subjectifs de la dépression.
- Elle est la plus utilisée dans la mesure subjective de la dépression de la population adulte (auto passation).
- Elle a été proposée en 1962 par Aaron Beck et comprend 21 items.
- En 1972, il a proposé une version abrégée de 13 items (celle que nous allons étudier).

### 1. Consignes.

Il est demandé au sujet de remplir le questionnaire en entourant le chiffre qui correspond à la proposition choisie.

### 2. Les items.

1. Tristesse.
2. Pessimisme.
3. Eche personnel.
4. Insatisfaction.
5. Culpabilité.
6. Dégoût de soi.
7. Tendances suicidaires.
8. Retrait social.
9. Indécision.
10. Modification de l'image de soi.
11. Difficulté au travail.
12. Fatigabilité.
13. Anorexie.

La version abrégée est constituée par les items 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 17, 18 de la version originale.

### 3. Scores.

Va de 0 à 39. Il fournit une note globale d'intensité du syndrome dépressif :

<http://www.interpsychonet.fr.st>

14/03/03

- 0 à 3 : Pas de dépression.
- 4 à 7 : Dépression légère.
- 8 à 15 : Dépression modérée.
- 16 ou plus : Dépression sévère.

#### V. La dépression et le sujet âgé.

La dépression du sujet âgé est une pathologie fréquent mais souvent sous-estimé (on estime qu'elle sont méconnue dans 30 à 50% des cas) car le dépistage et le diagnostic sont difficiles.

On ne peut pas évaluer la dépression chez le sujet âgé à l'aide d'échelles de dépression classiques (Hamilton ou MADRS), elles sont inadéquates car les symptômes somatiques sont commun à la dépression et à la démence.

La diagnostic est compliqué parce que :

- Certains sujets ont des difficultés à reconnaître qu'ils sont déprimés et à s'en plaindre.
- Les symptômes centraux de la dépression sont attribués à tort au processus de vieillissement « normal ».
- L'humeur dépressive est parfois inapparente du fait de l'émoussement affectif apparaissant chez certains sujets vieillissants (certains petits vieux étendu des heures durant sur leur chaise longue sont considérés comme sereins alors qu'ils peuvent être complètement déprimés).
- Les perturbations intellectuelles sont parfois aussi attribué au processus dégénératif ou à la démence.

Quelques règles :

- Les questionnaires d'autoévaluation sont préférables aux évaluations par un cotateur externe (meilleur dépistage, permet de filtrer les problèmes d'audition, de concentration etc...).
- Les items doivent être facilement compréhensibles.
- L'évaluation doit être intégré dans un entretien semi-directif.
- Le mode de réponse « binaire » (oui/non ou vrai/faux) doit être préféré aux réponses avec graduation (le sujet s'y perd).
- Le temps de passation doit être inférieur à 30 minutes sinon des troubles de concentration et une certaine fatigabilité s'installent.

#### VI. Geriatric depression scale (GDS).

- Elle a été crée par Yesavage et Brink en 1983 ( voir fascicule de texte).
- C'est une échelle spécifique pour l'évaluation de la dépression chez le sujet âgé, c'est également la plus connue et la plus utilisée.
- Elle a été développé sur la base d'un consensus commun précis sur les spécificités de la dépression du sujet âgé : Plusieurs symptômes somatiques ont été supprimés afin d'éviter la confusion entre les pathologies organiques et l'âge.

##### 1. Mode de passation et items.

- Elle constituée de 30 items, elle est complétée par le sujet lui-même qui répond oui ou non à chacune des affirmations.
- Le temps de passation est assez court : Entre 5 et 10 minutes.

##### 2. Cotation et interprétation.

- Sur les 30 items, on additionne le nombre de réponse positive.
- 20 items indiquent une dépression si le sujet donne une réponse positive.
- 10 items indiquent la présence de dépression si le sujet donne une réponse négative (items renversés)  
=> Les numéros 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30.
- A partir de 11 réponses positives on peut considérer que la dépression est probable.

##### 3. Avantages.

- C'est un outil conçu et validé auprès des personnes âgées (encore heureux !).



14/03/03

- Il est facile à administrer car il demande peu d'efforts de la part du sujet.
- Les symptômes somatiques sont absents, ce qui diminue les risques de faux positifs (score significatif de dépression mais qui n'indique pas vraiment une dépression mais plutôt des problèmes d'origine organique).

#### 4. Problèmes dans l'utilisation en clinique.

1. Echelle incomplète : Elle peut poser des problèmes aux personnes ayant des problèmes de vue et aussi à celles qui ne peuvent pas se décider (il y a seulement deux choix de réponse).
2. Problème lié à la mémoire : Il est difficile pour certains individus de se situer dans le temps (semaine écoulée), soit il généralise leur réponse en prenant comme repère leur vie entière soit il restreint leur réponse en prenant comme repère l'instant présent.

#### VII. L'enfant ou l'adolescent déprimé.

5% des enfants et des adolescents souffrent d'une dépression significative, cependant les enfants et les adolescents déprimés ne présentent pas les mêmes symptômes que les adultes.

##### 1. Signes.

- Tristesse prolongée.
- Incapacité à apprécier ses activités préférées.
- Agitation ou irritabilité.
- Plaintes fréquentes de maux physiques (tête, ventre).
- Absences scolaires ou chute des résultats scolaires.
- Période prolongée d'ennui, baisse d'énergie ou de concentration.
- Changement important de l'appétit ou du sommeil.

##### 2. Terrain de développement ou d'aggravation.

- Stress important.
- Deuil, divorce des parents, abandon.
- Problèmes d'attention, de l'apprentissage ou de la conduite.

Des enfants ou des adolescents qui posent beaucoup de problèmes à la maison ou à l'école peuvent être en réalité déprimés sans le savoir (... !).

Il y a également un gros problème de reconnaissance des signes dépressifs par les professeurs ou les parents. Quand on leur pose directement la question, les enfants ou adolescents déprimés disent parfois constater eux-mêmes qu'ils sont tristes ou malheureux.

Des exemples d'outils standardisés pour l'évaluation de la dépression de l'enfant et de l'adolescent :

- L'échelle de dépression de l'enfant de Posansky.
- Adolescent Beck Depression Inventory.

#### VIII. Echelle de dépression de l'enfant (Children Depressive Rating Scale : CDRS).

- Elle permet d'évaluer la dépression de l'enfant âgé de 6 à 12 ans.
- Elle a été publiée en 1979 par Pozansky et al., elle a été révisée en 1984. La forme révisée comporte 17 items.
- Elle permet au clinicien de faire la synthèse des différentes sources d'informations c'est-à-dire l'enfant, et/ou ses parents, ou encore autres adultes qui connaissent l'enfant.

##### 1. Passation.

Il s'agit d'une échelle d'évaluation où l'évaluateur peut tenir compte des informations recueillies au cours de l'entretien avec l'enfant mais également avec ses parents, les enseignants ou d'autres personnes. Pour trois items,

14/03/03

l'évaluateur doit tenir compte des observations faites au cours de l'entretien avec l'enfant (affects dépressifs, temps de langage, hypoactivité). Chaque item est coté de 0 à 7 points, soit de 0 à 5 points.

## 2. Catégorisation.

Le score total est la somme des notes obtenues aux 17 items de l'échelle. Plus le score est élevé et plus l'enfant a des chances d'être dépressif. Cependant l'échelle de Poznansky n'est pas un outil diagnostique : un haut score n'est pas synonyme d'une dépression.

## 3. Normes.

- Score inférieur à 30 : sujet « normal ».
- Score égal ou supérieur à 40 à 60 : Etats dépressifs légers/modérés.
- 60 ou plus : Etats dépressifs sévères.
- Score maximum : 115.

Ces derniers paragraphes sont extraits du bouquin de Cottraux et Martine Bouvard : Protocoles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie.

## 4. items.

1. Capacité de s'amuser.
2. Travail scolaire.
3. Retrait social.
4. sommeil.
5. Appétit ou habitudes alimentaires.
6. Fatigue excessive (tenir compte de l'âge).
7. Plaintes somatiques (sans origine organique).
8. Irritabilité.
9. Culpabilité.
10. Estime de soi.
11. Sentiments dépressifs.
12. Idéation morbide.
13. Idéation suicidaire.
14. Pleurs.
15. Affects dépressifs (non verbal).
16. Rythme du langage.
17. Hypoactivité.

## 4. Exemples :

### a. Item 2 : Travail scolaire.

(Tenir compte des changements dans les résultats et des changements dans le degré de concentration).

0 Incoctable.

1 Résultats conformes aux capacités.

2

3 Léger « parasitage » dans la majorité des matières.

4

5 Important « parasitage » dans la majorité des matières.

6

7 Absence de motivation dans le travail.

### b. Item 15 : Affects dépressifs (non verbal).

0 Incoctable.

1 Aucune manifestation dépressive : L'expression du visage et la voix sont animées pendant l'entretien.

14/03/03

2 Répression mineure des affects. Certainne perte de spontanéité.

3 Perte globale de la spontanéité. A l'air nettement malheureux à certains moments de l'entretien. Peut-être encore en mesure de sourire lorsque sont abordées des questions ne présentant pas de caractère menaçant.

4

5 Répression modérée des affects pendant la plus grande partie de l'entretien. Les périodes où le sujet a l'air nettement malheureux sont plus longues et plus fréquentes.

6

7 Grave. A l'air triste, replié sur lui même. Les échanges verbaux au cours de l'entretien sont réduits au minimum. Il pleure ou semble au bord des larmes.