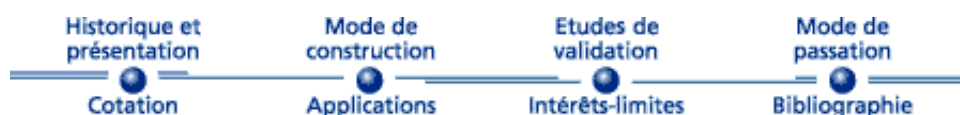


# L'ECHELLE DE DEPRESSION DE HAMILTON (HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE)

## HDRS

J.D. GUELF

### PRESENTATION



### HISTORIQUE ET PRESENTATION

Cette échelle a initialement été conçue pour mesurer les changements d'intensité de la symptomatologie dépressive lors des essais cliniques d'antidépresseurs. Elle ne prétend pas être un répertoire exhaustif des symptômes dépressifs ; elle est cependant constituée, d'une part de symptômes très fréquemment observés dans les dépressions, d'autre part de symptômes éventuellement moins fréquents mais dont la présence indique une forme clinique particulière de dépression.

Il existe plusieurs versions de l'échelle de dépression de Hamilton. La version originale a 21 items (Hamilton 1960). La version considérée comme définitive par l'auteur possède 17 items (Hamilton, 1967). Il existe une version à 23 items (où deux items de la HDRS-21 ont été dédoublés) et une version expérimentale à 26 items, d'origine américaine (NIMH) où figurent trois items additionnels : les sentiments d'impuissance, de dévalorisation et de perte d'espoir.



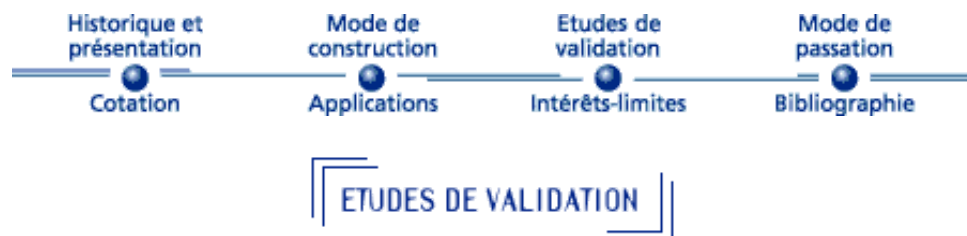
### MODE DE CONSTRUCTION

Les 17 items retenus par M. Hamilton sont ceux qui lui ont paru représenter au mieux la symptomatologie dépressive. La note totale reflète pour l'auteur l'intensité générale d'un syndrome dépressif. L'étude de Hamilton de 1967 reposait sur 272 patients. Certains items non spécifiques de dépression ont néanmoins été retenus en raison de leur fréquence au cours des syndromes dépressifs (signes somatiques, anxiété).

Les 4 items additionnels : variations dans la journée, dépersonnalisation, symptômes délirants et symptômes obsessionnels correspondent à des symptômes moins fréquents, non obligatoirement corrélés à l'intensité générale d'un syndrome dépressif, présents surtout dans certaines formes de dépression.

Les 3 items supplémentaires de la version expérimentale américaine : sentiment d'impuissance,

sentiment d'être sans espoir et sentiment de dévalorisation témoignent du souci d'augmenter le nombre des items "spécifiques" de la dépression.



Pour de nombreux auteurs et dans une première approximation, la note totale de l'échelle de dépression de Hamilton a une validité suffisante (validité concourante et discriminante). Sa sensibilité au changement et sa fidélité test-retest de même que sa fidélité inter-juges sont élevées. Cela étant, il n'existe pas de véritable consensus à ce sujet et la fidélité de chaque item, utile lorsqu'on désire approcher des effets différentiels de traitements différents sur les symptômes dépressifs, n'a guère fait l'objet d'études approfondies. Les études de concordance inter-juges sont pour la plupart issues de cotation sur des enregistrements vidéos. L'étude de la fidélité test-retest montre que les coefficients de concordance ne sont suffisants, surtout avant traitement, que pour certains items (variations de poids, troubles du sommeil, idées de suicide, fluctuations nyctémérales).

D'autre part, les études de validation ne peuvent pas se limiter au calcul des corrélations entre une note totale et un critère externe comme une évaluation globale de l'état dépressif.

Plusieurs études de validation interne de l'échelle de dépression de Hamilton ont utilisé l'analyse factorielle à la recherche soit d'un facteur général de dépression, soit de facteurs distincts qui auraient une stabilité suffisante (c'est-à-dire indépendants des échantillons). L'analyse initiale de Hamilton (1967) sur la forme à 17 items chez 272 patients montra six facteurs distincts, dont la constitution variait quelque peu selon le sexe.

L'étude de Cleary et Guy (1976) porta sur 480 patients principalement des femmes (70 %) suivies pour une dépression de type névrotique. Aucun facteur général ne fut mis en évidence. Les facteurs retenus ont été : Anxiété-somatisation, modifications du poids, perturbations cognitives, variations diurnes, ralentissement, troubles du sommeil. L'humeur dépressive se trouve au sein du facteur n°5 : ralentissement.

Les deux études françaises réalisées en 1981 (Guelfi et al., Dreyfus et al.) avec la version NIMH de 26 items ont confirmé l'instabilité de la structure factorielle de l'échelle.

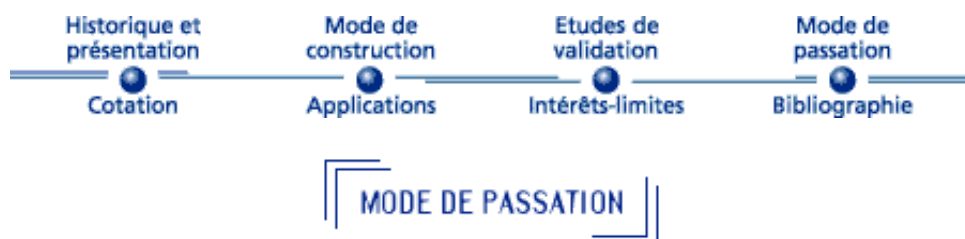
En effet, chez des patients déprimés relativement homogènes quant au diagnostic et à l'intensité de leur dépression et en utilisant la même technique d'analyse statistique (simulations), la première analyse (125 patients) a clairement identifié 2 facteurs (dépression et anxiété-somatisation) tandis que la seconde (85 patients) montrait 4 facteurs : dépression, somatique, anxiété, nyctéméral.

Les études de O'Brien et Glaudin (1988) puis de Marcos et Salamero (1990) ont confirmé que le nombre de facteurs était variable selon les études et qu'il n'existait pas de véritable facteur général.

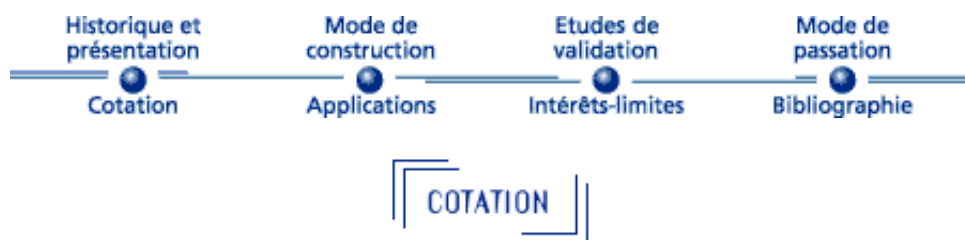
D'autres techniques que l'analyse factorielle permettent d'appréhender le problème de l'unidimensionnalité comme le modèle de Rash fondé sur les probabilités.

La revue récente effectuée par Cialdella et al., (1989) reprenant les travaux de Bech sur ce sujet conclut que seuls six items de l'échelle de Hamilton sont suffisamment corrélés à l'évaluation globale

de la dépression et répondent ainsi à des critères suffisants d'unidimensionnalité : l'humeur dépressive, la culpabilité, travail et activités, le ralentissement, l'anxiété psychique et les symptômes somatiques généraux. Comme le remarquent les auteurs, il serait donc plus judicieux de n'utiliser dans les essais thérapeutiques plutôt que la note totale de l'échelle de dépression de Hamilton, soit la note des six items représentant le noyau dépressif, soit celle des onze items de l'échelle de Bech-Rafaelsen (englobant les six items en question de la HDRS) qui semble satisfaire au modèle d'unidimensionnalité.



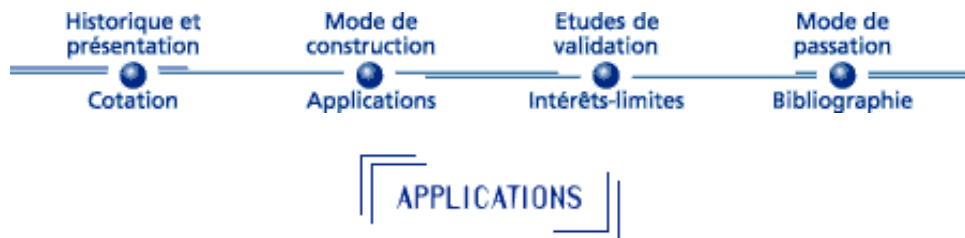
L'échelle est remplie dans les minutes qui suivent un entretien au cours duquel le clinicien cherche à mettre en évidence d'authentiques symptômes dépressifs et non de simples fluctuations thymiques mineures. Des questions doivent être posées au patient dans cette optique. Les données cliniques ainsi recueillies peuvent être complétées si besoin par des informations fournies par l'entourage. La durée de l'entretien nécessaire pour couvrir l'ensemble de la sémiologie parcourue par les items de l'échelle est au minimum de trente minutes. Cette durée peut être raccourcie à une vingtaine de minutes avec des patients suffisamment coopérants, surtout lorsqu'on utilise le guide pour l'entretien structuré proposé par Williams, 1988 (Voir Annexe).



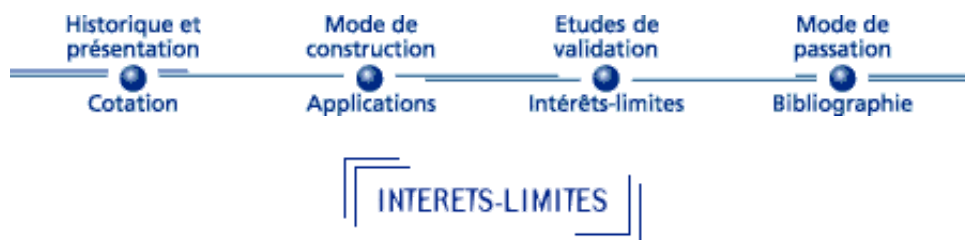
Les items de l'échelle sont cotés de 0 à 2 ou de 0 à 4. La note totale de la version à 17 items va de 0 à 52. Les cotations de 0 à 4 correspondent respectivement à des symptômes : absents, douteux ou non significatifs, légers, moyen ou importants. Celles allant de 0 à 2 correspondent à des symptômes : absents, douteux ou légers, manifestes ou sévères. La cotation repose sur les données de l'entretien ainsi que sur les phénomènes rapportés par le patient dans le cadre de l'épisode actuel au cours de la semaine écoulée.

La double cotation (par deux évaluateurs indépendants) a été recommandée par Max Hamilton. Une divergence de cotation de 4 points entre les deux évaluateurs représente le maximum acceptable. Au-delà, des séances d'entraînement en commun à la cotation s'imposent. Elles améliorent la fidélité

interjuges.



L'échelle de dépression de Hamilton reste à ce jour l'échelle de dépression la plus utilisée dans le monde. Elle sert le plus souvent à enregistrer la séméiologie dépressive avant traitement, à évaluer l'importance de l'amélioration sous traitement. Largement employée par les psychiatres, l'échelle HDRS peut être utilisée par les médecins généralistes (Paykel, 1990).



De nombreux auteurs utilisent la note totale de l'échelle de dépression de Hamilton comme critère d'inclusion dans les essais thérapeutiques d'anti-dépresseurs. Cette utilisation sous-entend que cette note totale est un fidèle reflet global de la symptomatologie dépressive.

Les notes seuils-repères pour la dépression, proposées par Bech en 1989, sont les suivantes :

- note globale jusqu'à 7 : absence de dépression
- note globale de 8 à 15 : dépression mineure
- note globale de 16 ou plus : dépression majeure.

La note-seuil globale de 15 est retenue par les auteurs américains (Frank, 1991) pour désigner une dépression "manifeste" (fully symptomatic).

Les auteurs français considèrent généralement que les notes-seuils proposées dans les études américaines sont nettement trop basses. Une note totale d'au moins 18 est nécessaire (et non suffisante) pour parler de dépression modérée selon Cottraux (1985). Dans l'étude de Collet et Cottraux (1985) sur 50 patients ambulatoires sélectionnés selon les critères de Feighner, la moyenne était de 32 (écart-type : 6,6).

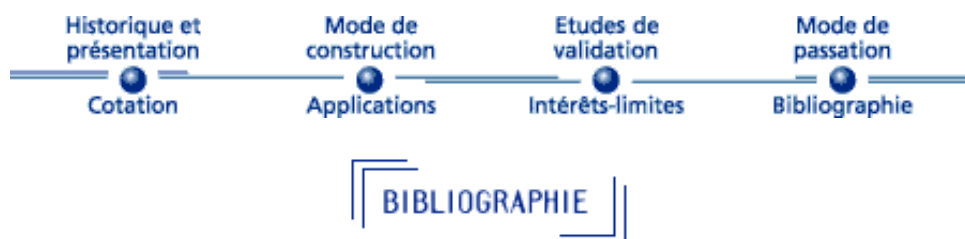
Dans l'étude de Th. Lempérière et al., (1984) chez 79 déprimés majeurs, hospitalisés pour la plupart, la note moyenne pré-thérapeutique de la HDRS-17 était de 26 avec une corrélation de 0,70 avec l'échelle de dépression de Montgomery et Asberg.

Enfin, des notes moyennes atteignant ou dépassant 30-32 sont habituellement obtenues dans des échantillons exclusivement constitués de dépressions de type endogène.

Compte tenu des réserves qui ont été émises sur la signification de la note globale et des travaux ayant montré que six items de cette échelle seulement satisfaisaient aux critères d'unidimensionnalité, il est sans doute plus prudent de n'utiliser la note totale que pour la sous-échelle correspondant au "noyau de la dépression" constituée des 6 variables suivantes : humeur dépressive (0 à 4), sentiments de culpabilité (0 à 4), travail et activités (0 à 4), ralentissement (0 à 4), anxiété psychique (0 à 4) et symptômes somatiques généraux (0 à 2).

Pour cette sous-échelle, dont la note peut varier de 0 à 22, une note inférieure à 4 correspond à une absence de dépression, une note allant de 4 à 8 correspond à une dépression mineure et une note égale ou supérieure à 9 à un syndrome dépressif manifeste, dépression dite majeure dans la terminologie américaine.

Compte tenu de l'instabilité de la structure factorielle, il n'est pas recommandé d'utiliser comme élément d'appréciation les scores factoriels de cette échelle. Pour certaines formes cliniques de dépression comme les dépressions saisonnières, l'échelle de dépression de Hamilton est inadaptée. Certains auteurs ont proposé des versions remaniées de l'instrument, adaptées à cet usage. Dans le cas de la dépression saisonnière, par exemple, l'adjonction de certains items comme la somnolence, la prise de poids, ou l'appétence pour les hydrates de carbone s'avère indispensable.



**BECH P., KASTRUP M., RAFAELSEN O.J.** : *Echelles d'évaluation des états d'anxiété, de dépression, de manie, de schizophrénie. Correspondance avec les syndromes du DSM III*. Masson, Paris, 1989.

**BECH P.** : Psychometric developments of the Hamilton Scales In : Bech P., Coppen A. (eds). *The Hamilton Scales*, Berlin, Springer, 1990.

**CIALDELLA Ph., CHAMBON O. et al.** : La recherche d'une mesure unidimensionnelle de la dépression : à propos de l'échelle de dépression de Hamilton. *Psychiatrie et Psychobiologie*, 1989, 4, 203-210.

**CLEARY P., GUY M.** : Factor Analysis of the Hamilton Depression Scale. In : GUY (ed) : *"ECDEU Assessment Manual for Psychomarmacology"*. NIMH, Rockville, Maryland, 1976.

**COLLET L., COTTRAUX J.** Inventaire abrégé de la dépression de Beck (13 items). Etude de la validité concurrente avec les échelles de Hamilton et de ralentissement dépressif de Widlöcher. *L'Encéphale* 1986, 12, 77-79.

**DREYFUS J.F., GUELFY J.D., RUSCHEL S., BLANCHARD C., PICHOT P.** : Structure factorielle de l'échelle de dépression de Hamilton II. *Ann. Médico-Psychol.*, 1981, 139, 446-53.

**FRANK E., PRIEN R.F. et al.** : Conceptualization and Rationale for Consensus Definitions of terms in Major Depressive Disorder. Remission, Recovery, Relapse and Recurrence. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1991, 48, 851-855.

**GUELFY J.D., DREYFUS J.F., RUSCHEL S., BLANCHARD C., PICHOT P.** : Structure factorielle de l'échelle de dépression de Hamilton I *Ann. Médico-Psychol.*, 1981, 139, 199-214.

**HAMILTON M.** : A rating Scale for depression. J. Neuro. Neuro-surg. *Psychiatry*, 1960, 23, 56-62.

**HAMILTON M.** : Development of a rating scale for primary depressive illness. *Brit. J. Soc. Clin. Psychol.* 1967, 6, 278-296.

**LEMPERIERE T., LEPINE J.P., ROUILLON F., HARDY P., ADES J., LUAUTE J.P., 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, 1206-1213.

**MARCOS T., SALAMERO M.** : Factor Study of the Hamilton Rating Scale for Depression and the Bech Melancholia Scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1990, 82, 178-181.

**O' BRIEN K.P., GLAUDIN V.** : Factorial structure and factor reliability of the Hamilton Rating Scale for depression. *Acta Psychiatr. Scand.* 1988, 78, 113-120.

**WILLIAMS J.** : A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Arch. Gen. Psychiatry* 1988, 45, 742-747.

## ECHELLE DE DEPRESSION DE HAMILTON

### HAMD-21

Traduction française révisée par J.D. GUELFY



NOM:

PRENOM:

SEXE:

AGE:

DATE:

EXAMINATEUR:

### INSTRUCTIONS

**Pour chacun des 21 items choisir la définition qui caractérise le mieux le malade et écrire dans la case la note correspondante**

---

### 1 Humeur dépressive :

☐

(tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation).

0. Absent.

1. Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet.

2. Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.

3. Le sujet communique ces états affectifs non verbalement ; par ex. par son expression faciale, son attitude, sa voix et sa tendance à pleurer.

4. Le sujet ne communique PRATIQUEMENT QUE ces états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales.

---

### 2 Sentiments de culpabilité :

☐

0. Absent.

1. S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens.

2. Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou sur des actions condamnables.

3. La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.

4. Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes.

---

### 3 Suicide :

☐

0. Absent.

1. A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.

2. Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.

3. Idées ou geste de suicide.

4. Tentatives de suicide (coter 4 toute tentative sérieuse).

---

### 4 Insomnie du début de la nuit :

☐

0. Pas de difficulté à s'endormir.



1. Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir ; par ex. de mettre plus d'une demi-heure.

2. Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.

---

### 5 Insomnie du milieu de la nuit :

☐

0. Pas de difficulté.

1. Le malade se plaint d'être agité et troublé pendant la nuit.

2. Il se réveille pendant la nuit (coter 2 toutes les fois où le malade se lève du lit sauf si c'est pour uriner).

---

### 6 Insomnie du matin :

☐

0. Pas de difficulté.

1. Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort.

2. Incapable de se rendormir s'il se lève.

---

### 7 Travail et activités :

☐

0. Pas de difficulté.

1. Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.

2. Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente - ou bien décrite directement par le malade, ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations (il a l'impression qu'il doit se forcer pour travailler ou pour avoir une activité quelconque).

3. Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité. A l'hôpital : coter 3 si le malade ne passe pas au moins 3 heures par jour à des activités - aides aux infirmières ou thérapie occupationnelle (à l'exclusion des tâches de routine de la salle).

4. A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle. A l'hôpital, coter 4 si le malade n'a aucune autre activité que les tâches de routine de salle, ou s'il est incapable d'exécuter ces tâches de routine sans être aidé.

---

### 8 Ralentissement :

☐



(lenteur de la pensée et du langage ; baisse de la faculté de concentration ; baisse de l'activité motrice).

- 0. Langage et pensée normaux.
- 1. Léger ralentissement à l'entretien.
- 2. Ralentissement manifeste à l'entretien.
- 3. Entretien difficile.
- 4. Stupeur.

---

### 9 Agitation :

☐

- 0. Aucune.
- 1. Crispations, secousses musculaires.
- 2. Joue avec ses mains, ses cheveux, etc.
- 3. Bouge, ne peut rester assis tranquille.
- 4. Se tord les mains, ronge ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres.

---

### 10 Anxiété psychique :

☐

- 0. Aucun trouble.
- 1. Tension subjective et irritabilité.
- 2. Se fait du souci à propos de problèmes mineurs.
- 3. Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage.
- 4. Peurs exprimées sans qu'on pose de questions.

---

### 11 Anxiété somatique :

☐

Concomitants physiques de l'anxiété tels que :

**Gastro-intestinaux** (bouche sèche, troubles digestifs, diarrhée, coliques, éructations),

**Cardiovasculaires** (palpitations, céphalées),

**Respiratoires** (hyperventilation, soupirs),

**Pollakiurie**

**Transpiration**

- 0. Absente.

1. Discrète.
  2. Moyenne.
  3. Grave.
  4. Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle.
- 

## 12 Symptômes somatiques gastro-intestinaux :

☐

0. Aucun.
  1. Perte d'appétit, mais mange sans y être poussé par les infirmières.  
Sentiment de lourdeur abdominale.
  2. A des difficultés à manger en l'absence d'incitations du personnel.  
Demande ou a besoin de laxatifs, de médicaments intestinaux ou gastriques.
- 

## 13 Symptômes somatiques généraux :

☐

0. Aucun.
  1. Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires. Perte d'énergie et fatigabilité.
  2. Coter 2 au cas où n'importe quel symptôme est net.
- 

## 14 Symptômes génitaux : symptômes tels que : perte de libido, troubles menstruels.

☐

0. Absents.
  1. Légers.
  2. Graves.
- 

## 15 Hypocondrie :

☐

0. Absente.
1. Attention concentrée sur son propre corps.
2. Préoccupations sur sa santé.
3. Plaintes fréquentes, demandes d'aide, etc.

#### 4. Idées délirantes hypochondriques.

---

### 16 Perte de poids : (coter soit A, soit B) ☐

#### A. (D'après les dires du malade).

- 0. Pas de perte de poids.
- 1. Perte de poids probable liée à la maladie actuelle.
- 2. Perte de poids certaine (suivant ce que dit le sujet).

#### B. (Appréciation par pesées hebdomadaires par le personnel soignant lorsque des modifications actuelles de poids sont évaluées).

- 0. Moins de 500 g de perte de poids par semaine.
- 1. Plus de 500 g de perte de poids par semaine.
- 2. Plus de 1 Kg de perte de poids par semaine.

---

### 17 Prise de conscience : ☐

- 0. Reconnaît qu'il est déprimé et malade.
- 1. Reconnaît qu'il est malade, mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, ect.
- 2. Nie qu'il est malade.

---

### Total des 17 premiers items ☐

---

### 18 Variations dans la journée : ☐

#### A. Noter si les symptômes sont plus marqués dans la matinée ou la soirée. S'il N'Y A PAS de variations diurnes, indiquer : aucune.

☐Aucune ; ☐Plus marqués le matin ; ☐Plus marqués l'après-midi.

#### B. Quand il y a variation diurne, indiquer la sévérité de la variation. Indiquer "Aucune" s'il n'y a pas de variation.

- 0. Aucune.

1. Légère.

2. Importante.

Inscrire dans la case la note de l'item 18 B.

---

**19 Dépersonnalisation et déréalisation :**

☐

(par ex. sentiment que le monde n'est pas réel ; idées de négation).

0. Absente.

1. Légère.

2. Moyenne.

3. Grave.

4. Entraînant une incapacité fonctionnelle.

---

**20 Symptômes délirants : (persécutifs)**

☐

0. Aucun.

1. Soupçonneux.

2. Idées de référence.

3. Idées délirantes de référence et de persécution.

---

**21 Symptômes obsessionnels et compulsions :**

☐

0. Absents.

1. Légers.

2. Graves.