

Nom :	Étiquettes du patient
Prénom :	
Date de naissance :	
Service :	
Hôpital/Centre MPR :	
Examineur :	
Date du jour :	

## Échelle d'Hamilton (hétéro-évaluation)

### B

#### Grille d'évaluation (HAMD - 21)

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

<b>1] Humeur dépressive : (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation)</b>	<input type="checkbox"/>
<b>0</b> Absent	
<b>1</b> Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet	
<b>2</b> Ces états affectifs sont signalés verbalement et spontanément	
<b>3</b> Le sujet communique ces états affectifs non verbalement ; par exemple par son expression faciale, son attitude, sa voix et sa tendance à pleurer	
<b>4</b> Le sujet ne communique pratiquement que ces états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales	

<b>2] Sentiments de culpabilité</b>	<input type="checkbox"/>
<b>0</b> Absent	
<b>1</b> S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens	
<b>2</b> Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou sur des actions condamnables	
<b>3</b> La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité	
<b>4</b> Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes	

<b>3] Suicide</b>	<input type="checkbox"/>
<b>0</b> Absent	
<b>1</b> A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue	
<b>2</b> Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même	
<b>3</b> Idées ou geste de suicide	
<b>4</b> Tentatives de suicide (côté 4 toute tentative sérieuse)	

<b>4] Insomnie du début de la nuit</b>	<input type="checkbox"/>
<b>0</b> Pas de difficulté à s'endormir	
<b>1</b> Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir : par exemple de mettre plus d'une demie-heure	
<b>2</b> Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir	

<b>5] Insomnie du milieu de la nuit</b>	<input type="checkbox"/>
<b>0</b> Pas de difficulté	
<b>1</b> Le malade se plaint d'être agité et troublé pendant la nuit	
<b>2</b> Il se réveille pendant la nuit (coter 2 toutes les fois où le malade se lève du lit, sauf pour uriner)	

<b>6] Insomnie du matin</b>	<input type="checkbox"/>
<b>0</b> Pas de difficulté	
<b>1</b> Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort	
<b>2</b> Incapable de se rendormir s'il se lève	



<b>7] Travail et activités</b>	<input type="checkbox"/>
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. À l'hôpital : coter 3 si le malade ne passe pas au moins trois heures par jour à des activités, aide 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. À l'hôpital, coter 4 si le malade n'a aucune activité, que les tâches de routine de la salle ou s'il est incapable d'exécuter ces tâches de routine sans être aidé

<b>8] Ralentissement : (lenteur de la pensée et du langage ; baisse de la faculté de concentration ; baisse de l'activité motrice)</b>	<input type="checkbox"/>
0	Langage et pensée normaux
1	Léger ralentissement à l'entretien
2	Ralentissement manifeste à l'entretien
3	Entretien difficile
4	Stupeur

<b>9] Agitation</b>	<input type="checkbox"/>
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, ronges ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres

<b>10] Anxiété psychique</b>	<input type="checkbox"/>
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 des questions

<b>11] Anxiété somatique : Concomitants physiques de l'anxiété tels que :</b>	<input type="checkbox"/>
- Gastro-intestinaux (bouche sèche, troubles digestifs, diarrhée, coliques, éructations)	
- Cardiovasculaire (palpitations, céphalées)	
- Respiratoires (hyper ventilation, soupirs)	
- Pollakiurie	
- Transpiration	<input type="checkbox"/>
0	Absente
1	Discrète
2	Moyenne
3	Grave
4	Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle

<b>12] Symptômes somatiques gastro-intestinaux</b>	<input type="checkbox"/>
0	Aucun
1	Perte d'appétit, mais mange sans être poussé par les infirmières. Sentiment de lourdeur abdominale
2	A des difficultés à manger en l'absence d'incitation du personnel. Demande ou a besoin de laxatifs, de médicament intestinaux ou gastriques

<b>13] Symptômes somatiques généraux</b>	<input type="checkbox"/>
0	Aucun
1	Lourdeurs dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs musculaires. Perte d'énergie et fatigabilité
2	Coter 2 au cas où n'importe quel symptôme est net

<b>14] Symptôme génitaux tels que ; perte de la libido, troubles menstruels</b>	<input type="checkbox"/>
0	Absent
1	Légers
2	Graves

<b>15] Hypochondrie</b>	<input type="checkbox"/>
0	Absente
1	Attention concentrée sur son propre corps
2	Préoccupations sur sa santé
3	Plaintes fréquentes, demandes d'aide, etc.
4	Idées délirantes hypochondriaques

- 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, etc.
- 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 une 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 18 B.

- 19] Dépersonnalisation et déréalisation :**  
(par exemple 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 compulsifs**
- 0** Absents
- 1** Légers
- 2** Graves

**Total des 21 items**