

GUIDE D'ENTREVUE STRUCTURÉE POUR L'ÉCHELLE DE DÉPRESSION DE HAMILTON (SIGH-D)

Janet B.W. Williams, D.S.W.

Ce guide d'entrevue est basé sur l'échelle de dépression de Hamilton (Hamilton, Max : A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 23:56-61, 1960). Les descriptions des points principaux ont été adaptées, avec de très légères modifications, à partir du ECDEU Assessment Manual (Guy, William, *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*, révisé en 1976, DHEW Publication No. (ADM) 76-338). Une étude de fiabilité du Guide d'entrevue structurée pour l'échelle de dépression de Hamilton a été rapportée (Williams JBW : A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Archives of General Psychiatry* 45:742-747, 1988).

Droits d'auteur ©1988, 1992, 1996. Tous droits réservés. Une permission de reproduction est accordée à l'usage des chercheurs et des cliniciens.

Pour toute correspondance, s'adresser à : Dr. Williams, New York State Psychiatric Institute, Unit 60, 1051 Riverside Drive,
New York, New York 10032, États-Unis

QUESTIONNAIRE SUR LA SYMPTOMATOLOGIE DÉPRESSIVE – ÉVALUATION PAR LE CLINICIEN (IDS-C)

Rush, A.J., Gullion, C.M., Basco, M.R., Jarrett, R.B. et Trivedi, M.H. The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): Psychometric properties. *Psychological Medicine*, 26:477-486, 1996.

INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DES ENQUÊTEURS :

Poser la première question de chaque item (en gras) exactement comme elle est écrite. Des questions de suivi sont fournies si une exploration ou clarification plus poussée des symptômes s'avère nécessaire. Poser les questions spécifiées jusqu'à obtention d'informations suffisantes pour évaluer l'item avec assurance. Vous pouvez avoir à poser vos propres questions de suivi pour obtenir les informations nécessaires. Si la réponse à une question spécifique est déjà connue, il suffit de confirmer l'information avec le sujet (par exemple, « Vous avez dit que... »), de procéder à l'évaluation et de continuer. Le score final pour chaque item doit refléter l'évaluation et le bilan entre la gravité et la fréquence du symptôme.

Veillez noter que les sujets présentant des symptômes chroniques peuvent ne pas être capables d'identifier une période de normalité ou peuvent indiquer que « déprimé » est leur état normal. La dépression ne doit cependant pas être considérée comme un état « normal » (par ex., une évaluation de « 0 ») dans ces cas.

GUIDE D'ENTREVUE STRUCTURÉE POUR L'ÉCHELLE DE DÉPRESSION DE HAMILTON (SIGH-D) et GUIDE D'ENTREVUE SEMI-STRUCTURÉE POUR LE QUESTIONNAIRE DE SYMPTOMATOLOGIE DÉPRESSIVE (IDS-C) (SIGH-D-IDS)

Questionnaire combiné conçu par Kenneth A. Kobak, Janet B.W. Williams et A. John Rush

GÉNÉRALITÉS : J'aimerais vous poser des questions au sujet des 7 derniers jours. Comment vous sentez-vous depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier? DANS LE CAS D'UN SUJET EN CONSULTATION EXTERNE : Avez-vous travaillé? SI NON : Pourquoi?

Comment a été votre humeur au cours des 7 derniers jours? (comparé à quand vous vous sentez bien)?

Avez-vous eu le moral bas ou vous êtes-vous senti(e) déprimé(e)? Triste? Désespéré(e)? Impuissant(e)? Bon(ne) à rien?

SI OUI : Pouvez-vous décrire votre sentiment par rapport à cela? À quel point ce sentiment vous a fait sentir mal?

Vous est-il arrivé de pleurer?

Comment entrevoyez-vous l'avenir? (de manière optimiste/pessimiste) Vous sentez-vous mieux lorsque vous recevez des encouragements/êtes rassuré(e) par les autres? Pensez-vous que les choses vont s'arranger, s'améliorer?

SI LE SUJET EST « DÉPRIMÉ » : Au cours des 7 derniers jours, quand des événements agréables, même mineurs, se sont produits, votre humeur s'est-elle améliorée? Pendant combien de temps votre humeur s'est-elle améliorée? Y a-t-il des événements qui se sont produits qui auraient pu améliorer votre humeur mais qui ne l'ont pas fait?

Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) (ÉQUIVALENT EXPRIMÉ PAR LE SUJET)? Tous les jours? Toute la journée?

ITEM HAMD

1. Humeur dépressive (sentiments de tristesse, de désespoir, d'impuissance, de dévalorisation) :

- 0 - Absence de symptôme
- 1 - Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le patient (*dépression occasionnelle, légère*)
- 2 - Ces états affectifs sont signalés verbalement de façon spontanée (*dépression persistante, de légère à modérée*)
- 3 - Ces états affectifs sont exprimés non verbalement, c'est-à-dire par l'expression faciale, la posture, la voix et la tendance à pleurer (*dépression persistante, de modérée à grave*)
- 4 - Ces états affectifs ont été PRESQUE EXCLUSIVEMENT les seuls exprimés par communications spontanées tant verbales que non verbales (*dépression persistante, très grave, accompagnée d'une forme extrême de désespoir ou de pleurs*)

ITEM IDS-C

5. Humeur (tristesse) :

- 0 - Ne se sent pas triste
- 1 - Se sent triste moins de la moitié du temps
- 2 - Se sent triste plus de la moitié du temps
- 3 - Se sent extrêmement triste pratiquement tout le temps

8. Réactivité de l'humeur :

- 0 - Retrouve son humeur habituelle pendant plusieurs heures quand des événements agréables se produisent
- 1 - L'humeur s'améliore mais ne se sent pas dans son état normal quand des événements agréables se produisent
- 2 - L'humeur ne s'améliore que très légèrement lorsque quelques événements très désirés se produisent.
- 3 - L'humeur ne s'améliore jamais, même quand des événements très agréables ou souhaités se produisent

17. Perspectives d'avenir :

- 0 - Voit l'avenir avec optimisme
- 1 - A parfois une perspective pessimiste qui peut être dissipée par les autres ou par les événements
- 2 - Surtout pessimiste à propos de son avenir proche
- 3 - Ne voit aucun espoir dans le futur en ce qui le concerne et en ce qui concerne sa situation

SI LE SCORE CI-DESSUS EST DE 1 À 4, POSER LA QUESTION SUIVANTE : Depuis combien de temps vous sentez-vous comme ça?

Au cours des 7 derniers jours, avez-vous remarqué si votre humeur déprimée s'est empirée à un moment précis de la journée, comme le matin ou le soir? (SI OUI), est-ce lié à un/des événement(s) particulier(s)? Vous êtes-vous senti(e) un peu moins bien ou beaucoup moins bien? Même la fin de semaine?

ITEM HAMD	ITEM IDS-C
AUCUN	<p>9. Variation de l'humeur :</p> <p>0 - Pas de rapport régulier entre l'humeur et le moment de la journée</p> <p>1 - L'humeur varie souvent selon le moment de la journée en fonction de circonstances extérieures</p> <p>2 - Durant la plus grande partie de la semaine, l'humeur semble plus liée au moment de la journée qu'aux événements</p> <p>3 - L'humeur est clairement et de manière prévisible, meilleure ou pire chaque jour à des moments précis.</p> <p><i>Si la réponse est 1, 2 ou 3 :</i></p> <p>9A. L'humeur est-elle typiquement pire LE MATIN, L'APRÈS MIDI, ou LE SOIR? (ENCERCLER UNE SEULE RÉPONSE).</p> <p>9B. Le sujet attribue-t-il ses variations d'humeur à l'environnement? OUI ou NON (ENCERCLER UNE SEULE RÉPONSE).</p>

Avez-vous fait l'expérience d'une grande tristesse ou d'une perte au cours de votre vie, par ex. la mort d'un ami proche ou d'un parent (ou d'un animal, perdu un emploi important, déménagé)? Vous souvenez-vous de ce que vous avez ressenti? Votre humeur de tristesse des 7 derniers jours était-elle similaire à celle que vous avez ressentie à ce moment-là? (SI NON), en quoi était-elle différente?

ITEM HAMD	ITEM IDS-C
AUCUN	<p>10. Qualité de l'humeur :</p> <p>0 - L'humeur n'est pas triste ou la tristesse est pratiquement identique à celle qui est associée à la perte d'un proche</p> <p>1 - L'humeur ressemble beaucoup à la tristesse associée à la perte d'un proche, bien qu'il n'y ait pas d'explication à cela, qu'elle soit associée à plus d'anxiété ou que l'intensité des affects soit plus forte</p> <p>2 - Moins de la moitié du temps, l'humeur se distingue qualitativement de celle qui est associée à la perte d'un proche et elle est donc plus difficile à expliquer aux autres</p> <p>3 - L'humeur se distingue qualitativement et presque tout le temps de celle qui est associée à la perte d'un proche</p>

Avez-vous été particulièrement critique envers vous-même au cours des 7 derniers jours, eu l'impression que vous faisiez certaines choses de travers ou que vous aviez déçu votre entourage? SI OUI : Quelles ont été vos pensées? Avez-vous eu plus de pensées de ce genre que d'habitude?

Au cours des 7 derniers jours, quelle a été votre image de vous-même?

Avez-vous remarqué que votre estime de vous-même avait baissé au cours 7 derniers jours? Quelle valeur pensez-vous avoir comparé aux autres?

Vous êtes-vous senti(e) coupable au sujet de quelque chose que vous avez fait ou que vous n'avez pas fait? À propos de choses qui se sont passées il y a longtemps?

Avez-vous l'impression que votre maladie est une punition?

Avez-vous eu l'impression de vous être attiré(e) (CETTE DÉPRESSION) en quelque sorte?

(Avez-vous entendu des voix ou eu des visions au cours des 7 derniers jours? SI OUI : Veuillez me les décrire.)

ITEM HAMD

ITEM IDS-C

2. Sentiments de culpabilité :

- 0 - Absence de symptôme
- 1 - S'adresse des reproches, a le sentiment d'avoir déçu les autres (*ou culpabilité à propos d'une productivité décriée uniquement*)
- 2 - Idées de culpabilité ou ruminations à propos d'erreurs ou d'actes répréhensibles commis dans le passé (*sentiments de culpabilité, remords ou honte*)
- 3 - Considère que sa maladie actuelle est une punition; délires de culpabilité (*sentiments de culpabilité sévères et envahissants*)
- 4 - Entend des voix accusatrices ou dénonciatrices ou a des hallucinations visuelles menaçantes ou les deux

16. Image de soi :

- 0 - Considère qu'il a autant de valeur et qu'il est aussi inestimable que les autres
- 1 - Se fait plus de reproches que d'habitude
- 2 - Croit très souvent qu'il cause des problèmes aux autres
- 3 - Rumine à propos de ses gros et de ses petits défauts

Au cours des 7 derniers jours, avez-vous pensé que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue? Avez-vous pensé que vous seriez mieux mort(e) ou avez-vous souhaité être mort(e)? Avez-vous songé à vous faire du mal ou même à vous suicider?

SI OUI : À quoi avez-vous pensé?

À quelle fréquence avez-vous ces idées? Combien de temps durent-elles? Avez-vous songé à un plan au cours des 7 derniers jours?

Avez-vous fait quoi que ce soit pour vous faire du mal ou avez-vous essayé de mettre fin à vos jours?

ITEM HAMD

ITEM IDS-C

3. Suicide :

- 0 - Absence de symptôme
- 1 - A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue
- 2 - Souhaite être mort ou songe à se suicider
- 3 - Idées ou gestes suicidaires
- 4 - Tentatives de suicide

18. Idéation suicidaire :

- 0 - Ne pense pas au suicide ou à la mort
- 1 - Sentiment que la vie est vide ou qu'elle ne vaut pas la peine d'être vécue
- 2 - Pense au suicide ou à la mort plusieurs fois par semaine pendant plusieurs minutes
- 3 - Pense sérieusement au suicide ou à la mort plusieurs fois par jour, ou a préparé son suicide ou a essayé de mettre fin à ses jours

--	--

Parlons maintenant de votre sommeil. À quelle heure vous endormiez-vous et vous réveilliez-vous avant que tout cela ne commence?

À quelle heure vous êtes-vous endormi(e) et réveillé(e) au cours des 7 derniers jours?

Avez-vous eu de la difficulté à vous endormir au début de la nuit? (À partir du moment où vous vous couchez, combien de temps vous fallait-il pour vous endormir?)

Combien de nuits au cours des 7 derniers jours avez-vous eu de la difficulté à vous endormir?

ITEM HAMD	ITEM IDS-C
<p>4. Insomnie initiale :</p> <p>0 - Aucune difficulté à s'endormir</p> <p>1 - Se plaint de difficultés occasionnelles à s'endormir (<i>c.-à-d. une demi-heure ou plus, 2 ou 3 nuits</i>)</p> <p>2 - Se plaint d'avoir de la difficulté à s'endormir chaque soir (<i>c.-à-d. une demi-heure ou plus, 4 nuits ou plus</i>)</p>	<p>1. Insomnie d'endormissement :</p> <p>0 - Ne met jamais plus de 30 minutes pour s'endormir</p> <p>1 - Moins d'une fois sur deux, met au moins 30 minutes pour s'endormir</p> <p>2 - Plus d'une fois sur deux, met au moins 30 minutes pour s'endormir</p> <p>3 - Plus d'une fois sur deux, met plus de 60 minutes pour s'endormir</p>

Au cours des 7 derniers jours, vous êtes-vous réveillé(e) au milieu de la nuit? SI OUI : Vous êtes-vous levé(e)? Qu'avez-vous fait? (Seulement aller aux toilettes?)

Lorsque vous retourniez au lit, étiez-vous capable de vous rendormir immédiatement?

Combien de temps restez-vous réveillé(e)?

Combien de nuits au cours des 7 derniers jours avez-vous eu ce genre de problème?

(SI PAS D'INSOMNIE) Avez-vous senti que votre sommeil était agité ou perturbé certaines nuits?

ITEM HAMD	ITEM IDS-C
<p>5. Insomnie moyenne :</p> <p>0 - Aucune difficulté</p> <p>1 - Se plaint d'être agité ou perturbé pendant la nuit. (<i>ou occasionnellement, c.-à-d. 2 ou 3 nuits difficiles, une demi-heure ou plus</i>)</p> <p>2 - Se promène pendant la nuit – sort du lit pour quelque raison que ce soit, sauf pour uriner (<i>souvent, c.-à-d. 4 nuits difficiles ou plus, une demi-heure ou plus</i>)</p>	<p>2. Insomnie du milieu de la nuit :</p> <p>0 - Ne se réveille pas la nuit</p> <p>1 - Agitation, sommeil léger avec peu de réveils</p> <p>2 - Se réveille au moins une fois par nuit, mais se rendort facilement</p> <p>3 - Plus d'une fois sur deux, se réveille plus d'une fois par nuit et reste réveillé pendant 20 minutes ou plus</p>

Au cours des 7 derniers jours, à quelle heure vous réveilliez-vous pour la dernière fois le matin?

SI C'EST TÔT : À l'aide d'un réveil-matin ou par vous-même? À quelle heure aviez-vous l'habitude de vous réveiller (c.-à-d., avant votre dépression)?

Combien de fois au cours des 7 derniers jours vous êtes-vous réveillé(e) tôt le matin?

Arrivez-vous à vous rendormir?

ITEM HAMD	ITEM IDS-C
<p>6. Insomnie tardive (insomnie matutinale) :</p> <p>0 - Aucune difficulté</p> <p>1 - Se réveille aux petites heures du matin, mais se rendort (<i>occasionnelle, c.-à-d. 2 ou 3 nuits difficiles, une demi-heure ou plus</i>)</p> <p>2 - Incapable de se rendormir s'il se lève (<i>souvent, c.-à-d. 4 nuits difficiles ou plus, une demi-heure ou plus</i>)</p>	<p>3. Insomnie du petit matin :</p> <p>0 - Plus d'une fois sur deux, ne se réveille pas plus de 30 minutes avant de devoir se lever</p> <p>1 - Plus d'une fois sur deux, se réveille plus de 30 minutes avant de devoir se lever.</p> <p>2 - Plus d'une fois sur deux, se réveille au moins 1 heure avant de devoir se lever</p> <p>3 - Plus d'une fois sur deux, se réveille au moins 2 heures avant de devoir se lever</p>

En moyenne, combien d'heures avez-vous dormi (siestes comprises) par période de 24 heures au cours des 7 derniers jours? Est-ce un nombre d'heures normal pour vous? Combien d'heures, au maximum, avez-vous dormi sur une période de 24 heures, au cours des 7 derniers jours?

ITEM HAMD	ITEM IDS-C
<p>AUCUNE</p>	<p>4. Hypersomnie :</p> <p>0 - Ne dort pas plus de 7-8 heures par nuit et ne fait pas de sieste</p> <p>1 - Ne dort pas plus de 10 heures par période de 24 heures (siestes comprises)</p> <p>2 - Ne dort pas plus de 12 heures par période de 24 heures (siestes comprises)</p> <p>3 - Dort plus de 12 heures par période de 24 heures (siestes comprises)</p>

Comment avez-vous passé votre temps au cours des 7 derniers jours (lorsque vous n'étiez pas au travail)?

Est-ce normal pour vous?

Avez-vous éprouvé de l'intérêt pour ce que vous avez fait (POUR CES CHOSES) ou avez-vous l'impression que vous deviez vous forcer?

Comment décririez-vous votre niveau d'intérêt et de motivation pour effectuer les activités quotidiennes?

Y a-t-il quelque chose que vous avez cessé de faire et que vous aviez l'habitude de faire? (Des passe-temps, par exemple?) SI OUI : Pourquoi?

Environ combien d'heures par jour passez-vous à faire des choses qui vous intéressent?

Y a-t-il quelque chose que vous attendez impatiemment?

Vous êtes-vous amusé(e) au cours des 7 derniers jours? (SI NON), y a-t-il quoi que ce soit dont vous avez tiré plaisir? (repas, film, passer du temps avec des amis)? **(SI OUI)**, le niveau de plaisir que vous avez ressenti était-il normal pour vous?

SI LA PERSONNE TRAVAILLE (À DOMICILE OU À L'EXTÉRIEUR) : Avez-vous pu accomplir autant de travail que d'habitude?

ITEM HAMD

ITEM IDS-C

7. Travail et activités :

- 0 - Aucune difficulté
- 1 - Pensées et sentiments d'incapacité, de fatigue ou de faiblesse liés aux activités, au travail ou aux loisirs (*légère baisse de l'intérêt ou du plaisir; pas de réelle diminution du fonctionnement*)
- 2 - Perte d'intérêt pour les activités, les loisirs ou le travail – communiquée par le sujet directement, ou indirectement par son apragmatisme, son indécision et son hésitation (*sent qu'il doit se forcer à travailler ou à mener certaines activités; nette baisse de l'intérêt, du plaisir ou du fonctionnement*)
- 3 - Diminution du temps alloué aux activités ou de la productivité (*baisse considérable de l'intérêt ou du plaisir ou du fonctionnement*)
- 4 - A cessé de travailler à cause de sa maladie actuelle (*incapable de travailler ou de remplir son rôle principal, et perte totale d'intérêt*)

19. Participation aux activités :

- 0 - Pas de changement dans le niveau habituel d'intérêt pour les autres et pour les activités
- 1 - Remarque une diminution des intérêts/activités qu'il avait auparavant
- 2 - Conserve de l'intérêt pour seulement une ou deux activités qu'il pratiquait auparavant
- 3 - N'a pratiquement plus aucun intérêt pour les activités pratiquées auparavant

21. Plaisir (activités sexuelles exclues) :

- 0 - S'investit dans des activités agréables et est capable d'en tirer le plaisir habituel
- 1 - Ne tire pas le plaisir habituel des activités agréables
- 2 - Tire rarement du plaisir d'une activité quelle qu'elle soit
- 3 - Est incapable de tirer un quelconque plaisir de quelque chose/d'apprécier quoi que ce soit

<p>Quel a été votre degré de concentration au cours des 7 derniers jours? Avez-vous été capable de vous concentrer sur vos activités (comme lire ou regarder la télévision)? Avez-vous remarqué que vous aviez plus de difficulté que d'habitude à prendre des décisions (quoi porter, manger, regarder à la télé)?</p>	
ITEM HAMD	ITEM IDS-C
AUCUNE	<p>15. Concentration / prise de décision :</p> <p>0 - Pas de changement dans les capacités de concentration et de prise de décision</p> <p>1 - Se sent parfois indécis ou trouve que son attention se disperse</p> <p>2 - La plupart du temps, lutte pour fixer son attention ou pour prendre une décision</p> <p>3 - Est incapable de se concentrer suffisamment pour lire ou est incapable de prendre une décision même peu importante</p>

<p>Avez-vous remarqué un ralentissement de votre pensée, de votre élocution ou de vos mouvements au cours des 7 derniers jours? D'autres personnes vous l'ont-elles signalé?</p>	
ITEM HAMD	ITEM IDS-C
<p>ÉVALUATION FONDÉE SUR L'OBSERVATION EFFECTUÉE DURANT L'ENTREVUE SEULEMENT</p> <p>8. Déficience (lenteur de la pensée et de la parole, baisse de la faculté de concentration, activité motrice réduite) :</p> <p>0 - Pensée et parole normales</p> <p>1 - Légère déficience à l'entrevue (<i>ou légère déficience psychomotrice</i>)</p> <p>2 - Déficience manifeste à l'entrevue (<i>c.-à-d. difficultés modérées ou marquées pendant l'entrevue, pauses significatives et lenteur de pensée</i>)</p> <p>3 - Entrevue difficile (<i>déficience psychomotrice grave, entrevue très difficile, très longues pauses</i>)</p> <p>4 - Stupeur totale (<i>déficience extrême; stupeur; entrevue à peine réalisable</i>)</p>	<p>ÉVALUATION FONDÉE SUR L'OBSERVATION PENDANT L'ENTREVUE ET SUR LE RAPPORT DU PATIENT SUR SON ÉTAT</p> <p>23. Ralentissement psychomoteur :</p> <p>0 - Vitesse normale de la pensée, des gestes et de l'élocution</p> <p>1 - Le patient remarque un ralentissement de la pensée et de sa façon de parler</p> <p>2 - Met plusieurs secondes à répondre à la plupart des questions, fait état d'un ralentissement de la pensée</p> <p>3 - Est incapable de répondre à la plupart des questions sans une forte incitation</p>

<p>Avez-vous ressenti de l'agitation ou une envie irrésistible de bouger au cours des 7 derniers jours? Vous êtes-vous trouvé(e) incapable de rester assis(e) ou senti(e) obligé(e) de bouger?</p>	
ITEM HAMD	ITEM IDS-C
<p>ÉVALUATION FONDÉE SUR L'OBSERVATION EFFECTUÉE DURANT L'ENTREVUE SEULEMENT</p> <p>9. Agitation :</p> <p>0 - Aucune agitation (<i>mouvements normaux</i>) 1 - Agité 2 - Joue avec ses mains, ses cheveux, etc. 3 - Ne cesse de remuer, incapable de rester assis tranquille 4 - Se tord les mains, se ronge les ongles, se tire les cheveux, se mord les lèvres (<i>entrevue impossible</i>)</p>	<p>ÉVALUATION FONDÉE SUR L'OBSERVATION PENDANT L'ENTREVUE ET SUR LE RAPPORT DU PATIENT SUR SON ÉTAT</p> <p>24. Agitation psychomotrice :</p> <p>0 - Pas d'augmentation de la vitesse ou de désorganisation de la pensée ou des gestes. 1 - S'agite, se tord les mains et change souvent de position 2 - Décrit un besoin de bouger et présente une agitation motrice 3 - Incapable de rester assis. Déambule avec ou sans permission</p>

<p>Vous êtes-vous senti(e) particulièrement tendu(e) ou irritable au cours des 7 derniers jours? SI OUI : Plus que d'habitude?</p> <p>Avez-vous été anormalement porté à vous disputer ou à être impatient(e)? Avez-vous remarqué vous être mis(e) en colère contre les autres sans vraiment de raison apparente? Est-ce plus fréquent que d'habitude pour vous? Combien de fois cela s'est-il produit au cours des 7 derniers jours?</p> <p>Vous êtes-vous senti(e) particulièrement anxieux(se), nerveux(se) ou sur les nerfs cette semaine? Combien de fois?</p> <p>Vous êtes-vous beaucoup inquiété(e) à propos de petites choses sans importance et qui ne vous inquiètent pas normalement? SI OUI : Pouvez-vous me donner un exemple?</p>	
ITEM HAMD	ITEM IDS-C
<p>10. Anxiété (psychique) :</p> <p>0 - Aucune difficulté 1 - Tension subjective et irritabilité (<i>légère, occasionnelle</i>) 2 - S'inquiète à propos de choses mineures (<i>modérée, source de détresse; ou inquiétude excessive à propos de problèmes réels</i>) 3 - Appréhension apparente dans l'expression faciale ou dans la parole (<i>grave, diminution du fonctionnement causée par l'anxiété</i>) 4 - Exprime ses craintes avant d'être questionné(e) (<i>symptômes incapacitants</i>)</p>	<p>6. Humeur (irritabilité) :</p> <p>0 - Ne se sent pas irritable 1 - Se sent irritable moins de la moitié du temps 2 - Se sent irritable plus de la moitié du temps 3 - Se sent extrêmement irritable pratiquement tout le temps</p> <p>7. Humeur (anxiété) :</p> <p>0 - Ne se sent pas anxieux ou tendu. 1 - Se sent anxieux ou tendu moins de la moitié du temps 2 - Se sent anxieux ou tendu plus de la moitié du temps 3 - Se sent extrêmement anxieux ou tendu pratiquement tout le temps</p>

Vous êtes-vous soudainement senti(e) très effrayé(e), anxieux(se) ou extrêmement mal à l'aise?

Extrêmement paniqué(e) sans raison apparente? Cela s'est-il produit au cours des 7 derniers jours? Quand cela s'est-il produit pour la dernière fois? Que s'est-il passé?

Y a-t-il des situations ou des choses que vous fuyez constamment ou que vous n'aimez pas parce qu'elles vous rendent anxieux(se)? Des phobies? Avez-vous remarqué que vous évitiez de plus en plus ces situations/choses au cours des 7 derniers jours?

ITEM HAMD

ITEM IDS-C

AUCUN

27. Symptômes phobiques ou de panique :

- 0 - N'a ni épisodes de panique ni symptômes phobiques
- 1 - A de légers épisodes de panique ou des phobies qui n'altèrent pas le comportement ou ne sont pas invalidants
- 2 - A des épisodes de panique ou des phobies qui modifient le comportement mais ne sont pas invalidants
- 3 - A des épisodes de panique invalidants au moins une fois par semaine ou des phobies sévères qui conduisent régulièrement à des comportements d'évitement total

Au cours des 7 derniers jours, avez-vous ressenti des symptômes physiques parfois associés à la nervosité comme...? (LIRE LA LISTE)

- GI - bouche sèche, gaz, indigestion, constipation, diarrhée, crampes, éructation, besoins urinaires fréquents
- C-V - palpitations, maux de tête
- RESP - hyperventilation, soupirs, difficultés respiratoires (dyspnée); sueurs
- AUTRES - tremblements; tintements d'oreille (acouphènes); vision trouble; bouffées de chaleur et sueurs froides; douleurs dans la poitrine

POUR CHACUN DES SYMPTÔMES DONT LA PRÉSENCE EST RECONNUE :
 À quel point (CE SYMPTÔME X) vous a-t-il dérangé(e) au cours des 7 derniers jours? (À quel point a-t-il empiré? Pendant combien de temps ou à quelle fréquence l'avez-vous ressenti?)

NOTE : N'ÉVALUEZ PAS UN SYMPTÔME S'IL EST MANIFESTEMENT LIÉ À UN ÉTAT PHYSIQUE DOCUMENTÉ.

ITEM HAMD	ITEM IDS-C
<p>11. Anxiété somatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 - Aucun symptôme 1 - Symptômes légers (<i>symptômes présents de manière peu fréquente seulement, pas d'invalidité, détresse minimale</i>) 2 - Symptômes modérés (<i>symptômes plus persistants, ou interférences marquées avec les activités habituelles, détresse modérée</i>) 3 - Symptômes graves (<i>invalidité marquée du fonctionnement</i>) 4 - Symptômes invalidants 	<p>26. Symptomatologie neurovégétative :</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 - Ne rapporte pas de palpitations, de tremblements, de flou visuel, d'acouphènes ou de transpiration excessive, de dyspnée, d'essoufflement, de frissons ou de bouffées de chaleur, de douleurs dans la poitrine 1 - Les signes décrits ci-dessus sont légers et ne se manifestent que de manière intermittente 2 - Les signes décrits ci-dessus sont d'intensité moyenne et se manifestent plus de la moitié du temps 3 - Les signes décrits ci-dessus entraînent une altération fonctionnelle <p>28. Troubles gastro-intestinaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 - Pas de modification du transit intestinal 1 - Présente une constipation intermittente et /ou une légère diarrhée 2 - Présente une diarrhée et/ou constipation la plupart du temps mais cela n'altère pas le fonctionnement 3 - Présente une constipation intermittente et /ou une diarrhée qui nécessitent un traitement ou altèrent le fonctionnement

Comment a été votre appétit au cours des 7 derniers jours? Comment se compare-t-il à votre appétit habituel?

SI MOINS D'APPÉTIT : À quel point?

Avez-vous dû vous forcer à manger?

D'autres personnes ont-elles dû vous inciter à manger? (Avez-vous sauté des repas?)

Avez-vous remarqué que vous mangiez plus que d'habitude? Tous les jours? Avez-vous remarqué que vous mangiez plus pendant les repas? Que vous grignotiez ou mangiez plus entre les repas? Vous êtes-vous senti(e) poussé(e) à manger? Avez-vous eu des épisodes de boulimie?

ITEM HAMD

ITEM IDS-C

12. Symptômes somatiques gastro-intestinaux :

- 0 - Aucune modification
- 1 - Perte d'appétit, mais a mangé sans y être poussé (*appétit quelque peu faible par rapport à d'habitude*)
- 2 - Difficulté à manger en l'absence d'incitation (*ou appétit considérablement plus faible, avec ou sans nécessité de se forcer à manger*)

11. Appétit (diminution) :

- 0 - Pas de changement par rapport à l'appétit habituel
- 1 - Mange plutôt moins souvent et/ou de plus petites quantités que d'habitude
- 2 - Mange beaucoup moins que d'habitude et seulement en se forçant
- 3 - Mange rarement dans une période de 24 heures et seulement au prix de gros efforts ou lorsqu'on l'en persuade

12. Appétit (augmentation) :

- 0 - Pas de changement par rapport à l'appétit habituel
- 1 - Éprouve plus souvent que d'habitude le besoin de manger
- 2 - Mange régulièrement plus souvent et/ou en plus grandes quantités que d'habitude
- 3 - Se sent poussé à trop manger pendant et entre les repas

Évaluer seulement la partie 11 OU 12 (pas les deux)

Comment a été votre énergie au cours des 7 derniers jours?

SI L'ÉNERGIE EST FAIBLE : Vous êtes-vous senti(e) fatigué(e)? (Quel pourcentage de temps? À quel point?)

Au cours de la semaine dernière, avez-vous ressenti des maux ou des douleurs? (Des maux de dos, maux de tête, ou des douleurs musculaires?)

À quelle fréquence? À quel point était-ce douloureux?

Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu la sensation d'être alourdi(e), comme si vous aviez du plomb dans les jambes ou les bras? Combien de jours? Combien de temps? Ces symptômes ont-ils interféré avec vos activités quotidiennes?

ITEM HAMD

ITEM IDS-C

13. Symptômes somatiques généraux :

- 0 - Aucun symptôme
- 1 - Lourdeur dans les membres, le dos ou la tête; maux de dos, maux de tête, douleurs musculaires; perte d'énergie et fatigabilité (*un peu moins d'énergie que d'habitude; perte d'énergie ou douleurs/fatigue musculaires légères, intermittentes*).
- 2 - Tout symptôme nettement caractérisé (*perte d'énergie ou douleurs/fatigue musculaires persistantes, significatives*)

20. Énergie / fatigabilité :

- 0 - Pas de changement par rapport au niveau d'énergie habituel
- 1 - Se fatigue plus facilement que d'habitude
- 2 - Doit faire des efforts significatifs pour entreprendre ou poursuivre les activités quotidiennes habituelles
- 3 - Ne peut mener à bien la plupart des activités quotidiennes par manque d'énergie

25. Plaintes somatiques :

- 0 - Ne rapporte aucune lourdeur ou douleur au niveau des membres
- 1 - Se plaint de maux de tête, de douleurs abdominales, de douleurs au niveau du dos ou des articulations, intermittentes mais pas invalidantes
- 2 - Se plaint des douleurs décrites ci-dessus et les ressent la plus grande partie du temps
- 3 - Altération fonctionnelle qui résulte des douleurs décrites ci-dessus

30. Inertie / énergie physique :

- 0 - N'a pas la sensation physique d'être alourdi et d'être sans énergie physique
- 1 - A occasionnellement des périodes où il se sent alourdi et dépourvu d'énergie mais sans effets négatifs sur le travail, l'école ou le niveau d'activité
- 2 - A la sensation physique d'être alourdi (d'être sans énergie) plus de la moitié du temps
- 3 - A la sensation physique d'être alourdi (d'être sans énergie) la plupart du temps, plusieurs heures par jour, plusieurs jours par semaine

Parfois, lorsqu'une personne souffre de dépression ou d'anxiété, elle perd son intérêt pour les activités sexuelles. Au cours des 7 derniers jours, comment a été votre intérêt pour les activités sexuelles? (La question n'est pas à propos de vos activités sexuelles actuelles mais à propos de votre intérêt pour ces activités.)

Est-ce que le sexe est une chose à laquelle vous avez beaucoup pensé au cours des 7 derniers jours?

Avez-vous noté un changement dans votre appétit sexuel (depuis que vous êtes déprimé(e))?

SI OUI : Est-ce inhabituel dans votre cas comparé à quand vous n'étiez pas déprimé(e)? (Votre intérêt est-il un peu moins grand ou beaucoup moins grand?)

ITEM HAMD

ITEM IDS-C

14. Symptômes génitaux (tels que baisse de la libido, troubles menstruels) :

- 0 - Aucun symptôme
- 1 - Symptômes légers (*un peu moins d'intérêt que d'habitude*)
- 2 - Symptômes graves (*beaucoup moins d'intérêt que d'habitude*)

22. Intérêt pour la sexualité :

- 0 - A le même intérêt sexuel ou tire le même plaisir des activités sexuelles que d'habitude
- 1 - L'intérêt sexuel et le plaisir tiré des activités sexuelles sont assez proches de ce qui est habituel.
- 2 - A peu de désir sexuel ou tire rarement du plaisir des activités sexuelles
- 3 - N'a absolument aucun intérêt pour les activités sexuelles ou n'en tire aucun plaisir

Au cours des 7 derniers jours, à quel point vos pensées se sont-elles tournées vers votre santé physique ou le fonctionnement de votre corps (par rapport à vos pensées normales)? (Vous êtes-vous beaucoup inquiété(e) à propos d'être ou de tomber malade? Votre santé vous a-t-elle profondément préoccupé(e)?)

Vous êtes-vous beaucoup plaint(e) de la façon dont vous vous sentez physiquement?

Vous est-il arrivé de demander de l'aide pour faire des choses que vous auriez pu faire vous-même?

SI OUI : Pouvez-vous me donner un exemple? Combien de fois cela s'est-il produit?

ITEM HAMD

ITEM IDS-C

15. Hypochondrie :

- 0 - Absence d'hypochondrie (*absence d'inquiétude inappropriée OU est complètement rassuré*)
- 1 - Attention concentrée sur son propre corps (*un peu d'inquiétude inappropriée à propos de sa santé OU est légèrement soucieux en dépit des garanties médicales*)
- 2 - Préoccupé par sa santé (*a souvent des inquiétudes excessives à propos de sa santé OU est complètement soucieux croyant avoir des maladies spécifiques en dépit des garanties médicales*)
- 3 - Nombreuses plaintes, demandes d'aide, etc. (*est sûr qu'il y a un problème physique que les médecins ne peuvent confirmer; est soucieux à propos de son corps et de sa santé physique de manière exagérée et irréaliste*)
- 4 - Délire hypochondriaque (*par ex. ressent le pourrissement de ses membres; se présente rarement chez les sujets en consultation externe*)

AUCUN

Avez-vous perdu du poids depuis le début de votre (DÉPRESSION)? SI OUI : Avez-vous perdu du poids au cours des 7 derniers jours? (Est-ce dû à votre sentiment de dépression ou de tristesse?) Combien?

EN CAS D'INCERTITUDE : Vos vêtements vous semblent-ils plus amples?

Quelle a été votre variation de poids au cours des 15 derniers jours?

LORS DU SUIVI : Avez-vous repris du poids?

ITEM HAMD	ITEM IDS-C
<p>16. Perte de poids au cours des 7 derniers jours</p> <p>Tenir compte de ce que le sujet vous dit :</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 - Aucune perte de poids ou perte de poids NON causée par la maladie actuelle 1 - Perte de poids probable associée à la dépression actuelle 2 - Perte de poids certaine (selon le sujet) à cause de la dépression 	<p>13. Poids (perte) au cours des 15 derniers jours :</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 - Ne pense pas avoir changé de poids. 1 - A l'impression d'avoir perdu un peu de poids 2 - A perdu 1 kg ou plus 3 - A perdu 2,5 kg ou plus <p>14. Poids (augmentation) au cours des 15 derniers jours:</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 - Ne pense pas avoir changé de poids 1 - A l'impression d'avoir pris un peu de poids 2 - A pris 1 kg ou plus 3 - A pris 2,5 kg ou plus
	<p>Évaluer seulement la partie 13 OU 14 (pas les deux)</p>

ÉVALUATION FONDÉE SUR L'OBSERVATION LORS DE L'ENTREVUE	
ITEM HAMD	ITEM IDS-C
<p>17 Compréhension / connaissance de soi :</p> <p>0 - Reconnaît être déprimé et malade OU n'est pas actuellement déprimé</p> <p>1 - Reconnaît sa maladie, mais l'attribue à une mauvaise alimentation, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc. (<i>nie la maladie mais accepte la possibilité d'être malade, par ex. « je ne pense pas qu'il y ait un problème, mais les autres pensent que oui »</i>)</p> <p>2 - Nie être malade (<i>déni complet de la maladie, par ex. « je ne suis pas déprimé(e) »</i>)</p>	<p>AUCUN</p>

Vous êtes-vous senti(e) facilement rejeté(e), remis(e) à votre place, critiqué(e) ou blessé(e) par les autres? Combien de fois cela s'est-il produit? Comment réagissez-vous lorsque cela se produit (en colère, démoralisé(e), etc.)? (Sonder la gravité de la réaction) Quel impact cela a-t-il sur votre capacité à entretenir des relations sociales ou accomplir des tâches professionnelles?

ITEM HAMD	ITEM IDS-C
<p>AUCUN</p>	<p>29. Sensibilité dans les relations interpersonnelles :</p> <p>0 - Ne se sent pas facilement rejeté, remis à sa place, critiqué ou blessé par les autres</p> <p>1 - Se sent occasionnellement rejeté, remis à sa place, critiqué ou blessé par les autres</p> <p>2 - Se sent souvent rejeté, remis à sa place, critiqué ou blessé par les autres, mais cela n'a que peu de répercussions sur le fonctionnement social/professionnel</p> <p>3 - Se sent souvent rejeté, remis à sa place, critiqué ou blessé par les autres, ce qui induit une altération du fonctionnement social/professionnel</p>

SCORE TOTAL DES 17 ITEMS DE L'ÉCHELLE DE DÉPRESSION : ___ ___

SCORE TOTAL DES 30 ITEMS DE L'IDS : ___ ___

SI LE SCORE EST 1, 2, 3 OU 4 À L'ITEM SUR LE SUICIDE (ITEM 3 DE L'HAMD OU ITEM 18 DE L'IDS), PENSER À ADMINISTRER LE C-SSRS.