

# **Echelle HAD** **(Hospital anxiety and depression scale)** **HAD**

J.P. Lépine - Mise à jour 2008 par J.D. Guelfi

Auto-évaluation  
Echelle d'intensité  
Echelle diagnostique

## **Résumé**

Echelle d'auto-évaluation de la symptomatologie anxieuse et dépressive, composée de 14 items, l'échelle HAD a été développée en Angleterre par Zigmond et Snaith. Conçue pour faciliter la reconnaissance des troubles psychopathologiques en médecine interne, elle peut permettre de suivre l'évolution de ces troubles sous traitement mais elle peut également servir d'instrument de dépistage, posant alors le problème de la définition d'une note-seuil. La version française de cette échelle a fait l'objet de travaux de validation.

## **Introduction**

L'échelle HAD est un auto-questionnaire structuré de 14 items qui a été développé par Zigmond et Snaith (1983) afin de dépister les manifestations psychopathologiques les plus courantes. Ses objectifs s'avèrent donc très similaires à ceux du General Health Questionnaire (GHQ) de Goldberg, instrument qui a été davantage utilisé dans les études Européennes ou dans des pays de culture fort différente. Il convient également de souligner que la version française de cette échelle a fait l'objet d'études réalisées chez des sujets consultant en médecine générale et chez des patients hospitalisés ou consultant en médecine interne ou en psychiatrie.

## **Historique et présentation**

L'échelle HAD a été mise au point par les chercheurs de l'Université de Leeds, en Angleterre, afin de mettre à la disposition des médecins pratiquant dans des services hospitaliers non psychiatriques un test de dépistage des manifestations les plus communes des troubles névrotiques : anxiété et dépression. Sa finalité ne consiste donc pas à discriminer les divers types de dépression ou d'états anxieux, ni leur nature secondaire ou primaire. Son but est d'identifier l'existence d'une symptomatologie et d'en évaluer la sévérité.

## **Mode de construction**

L'objectif essentiel de la HAD est d'évaluer le niveau actuel de la symptomatologie dépressive et anxieuse en éliminant les symptômes somatiques qui selon les auteurs sont susceptibles de fausser les évaluations chez des patients vus en médecine interne et qui présentent donc fréquemment des problèmes organiques.

La première version de cette échelle comprenait deux groupes de huit items. Dans une première étude portant sur 50 patients, la consistance interne a été évaluée à l'aide du coefficient de corrélation de Spearman et a conduit à éliminer un item de l'échelle dépression et, partant, pour des raisons de symétrie un item de l'échelle anxiété, ces deux

items ayant les valeurs de  $r$  les plus faibles. La version définitive est donc composée de 14 items.

Les items de la sous-échelle dépression comprennent un item évaluant la dysphorie, un autre le ralentissement et les cinq autres la dimension anhédonique qui pour les auteurs est très spécifique de la dépression et dont la sévérité implique l'indication d'un traitement antidépresseur.

Les items de la sous-échelle anxiété proviennent de certaines sections du Present State Examination de Wing (PSE) ainsi que de la Clinical Anxiety Scale (Snaith et al., 1982).

Selon Zigmond et Snaith, la période sur laquelle porte l'évaluation est un des problèmes majeurs posés par des échelles de ce type. Le but est d'estimer l'état affectif actuel du sujet mais, si une telle instruction lui est donnée, le risque est grand d'obtenir un score élevé, notamment à l'échelle anxiété, du simple fait de la consultation. Un compromis possible consiste donc à lui demander de compléter ce questionnaire en fonction de son état au cours de la semaine écoulée.

Chaque item est coté sur une échelle en 4 points afin d'éviter les cotations moyennes.

### **Etudes de validation**

Dans l'étude princeps, les auteurs ont comparé les résultats obtenus par cet auto-questionnaire à une évaluation par le clinicien sur une échelle en 5 points.

Les coefficients de Spearman étaient de 0,70 pour la dépression et de 0,74 pour l'anxiété. Les cas certains pour le clinicien correspondaient à une note de 3 ou 4 à son évaluation et les cas douteux à une note de 2. Des notes-seuils des deux sous-échelles de la HAD ont ensuite été déterminées avec les valeurs suivantes : 7 ou moins : absence de cas, 8 à 10 : cas douteux, et 11 et plus : cas certain. Dans ces conditions, dans une population de 100 patients pour la dépression ils ont observé 1 % de faux positifs et 1 % de faux négatifs. Pour l'anxiété, ces chiffres étaient respectivement de 5 et 1 %.

Afin de déterminer si les deux sous-échelles évaluaient des dimensions différentes, ou ne représentaient qu'un index général de trouble émotionnel, ils ont sélectionné 17 patients chez lesquels l'évaluation du clinicien de la sévérité de l'anxiété et de la dépression différait de deux points ou plus. Dans ces conditions, l'auto-évaluation de l'anxiété n'est pas corrélée à l'appréciation clinique de la dépression (0,19) et l'auto-évaluation de la dépression n'est pas corrélée à l'évaluation de l'anxiété (0,08). Enfin, les auteurs ont comparé les scores obtenus par des patients présentant une maladie physique mais pas de trouble affectif (note du clinicien de 0 ou 1) à ceux observés dans un échantillon de sujets normaux appariés pour le sexe et l'âge. L'absence de différence des notes montre bien, selon eux, que la maladie physique en l'absence de trouble psychopathologique n'affecte pas le score de l'échelle.

Dans des travaux de validation de la version française de cette échelle, chez des patients hospitalisés en médecine interne, nous avons retrouvé des corrélations satisfaisantes entre l'échelle dépression et la Befindlichkeits Skala de von Zerssen (0,69) ou l'échelle de dépression de Montgomery et Asberg MADRS (0,62) et un peu moins bonnes entre l'échelle anxiété et l'échelle d'anxiété de De Bonis (0,65) ou l'échelle d'anxiété de Hamilton (0,44) (Lépine et al., 1985). Dans une autre étude portant sur 156 sujets déprimés traités par métopramine, nous avons observé des valeurs du coefficient de corrélation du même ordre entre l'échelle HAD-dépression et la MADRS (0,54) et entre l'échelle HAD-anxiété et celle de COVI (0,43) (Lépine, Lancrenon et Stéru, 1986, résultats non publiés). Les deux

sous-échelles étaient elles-mêmes corrélées (0,39) et nous avons observé la sensibilité au changement sous traitement du score de ces échelles.

On trouvera dans l'article de Snaith et Taylor (1985) d'autres études de validation comparative entre HAD et MADRS et Clinical Anxiety Scale.

La structure factorielle de l'échelle a fait l'objet de peu de travaux. Récemment, Razavi et al., (1989) n'ont pas retrouvé de structure factorielle stable et, partant, ont proposé de tenir compte du score global de la HAD plutôt que de celui des deux sous-échelles. Dans la même population de sujets déprimés nous avons étudié la structure factorielle de cette échelle (Lépine, Lancrenon et Stéru, 1986, résultats non publiés). Par analyse en composantes principales, après rotation orthogonale Varimax, nous retrouvions une solution à trois facteurs expliquant 54,2 % de la variance totale. Le premier facteur englobait tous les items dépressifs, le second regroupait les items suivants de l'échelle anxiété : sensations de panique, sensations de peur, soucis, estomac noué, et le troisième comprenait les trois derniers items : bougeotte, décontracté et énervé. Une solution factorielle du même type est observée chez des patients ambulatoires consultant dans le cadre de la consultation anxiété de l'hôpital Bichat, avec éclatement de l'échelle anxiété en deux facteurs, l'un regroupant les items d'agitation motrice (bougeotte et décontracté), et le second les autres items anxieux. Selon nous, ces données ne font que confirmer l'absence d'homogénéité de la dimension anxieuse qui englobe des aspects psychopathologiques fort différents, alors que l'échelle dépression est, de par sa construction, beaucoup plus homogène.

Dans une optique de dépistage des symptômes dépressifs ou anxieux, peut-on retenir une note-seuil ?

Pour les auteurs de l'échelle, si l'on désire étudier les patients qui présentent une probabilité élevée de présenter un trouble affectif ou encore une faible proportion de faux positifs, la valeur supérieure du score des cas limites, c'est-à-dire une note de 10 pour chacune des sous-échelles, doit être retenue. Si à l'inverse on souhaite pouvoir inclure tous les cas possibles, ou encore une faible proportion de faux négatifs, la valeur inférieure du score des cas limites doit être adoptée, c'est-à-dire une note-seuil de 8 à chacune des échelles. Nous avons étudié la sensibilité et la spécificité de ces notes-seuils par rapport à un critère de validation externe - présence d'un épisode dépressif majeur du DSM-III - évalué à l'aide d'un questionnaire inspiré du Composite International Diagnostic Interview. Pour la sous-échelle dépression, la sensibilité est de 77,7 % et la spécificité de 80,4 % pour un seuil de 8, et respectivement de 69,4 % et 87,6 % pour un seuil de 10 (Lépine et al., 1985).

Pour Barczack et al., (1988) une note de 8 et plus constituerait le seuil optimal avec pour l'anxiété et la dépression respectivement des sensibilités de 82 et 70 % et des spécificités de 94 et 68 %. Dans une étude réalisée dans une unité d'oncologie, Razavi et al., (1990) ont proposé de retenir le score global de l'échelle en additionnant les scores des deux échelles anxiété et dépression. Dans ces conditions, la note-seuil optimale serait de 19 pour les épisodes dépressifs majeurs (sensibilité 70 %, spécificité 75 %) et de 13 pour les troubles de l'adaptation et les dépressions majeures (sensibilité 75 %, spécificité 75 %).

Les propriétés psychométriques de l'échelle Hospital and Anxiety Depression Scale en tant qu'instrument de dépistage ont fait l'objet de plusieurs publications récentes qui ont confirmé l'intérêt de cet instrument. Une structure en trois facteurs a été identifiée par DUNBAR et al. en 2000 (analyse confirmatoire), par FRIEDMAN et al. en 2001 chez des déprimés, par MARTIN et al. dans les suites d'un infarctus du myocarde en 2003 entre autres.

Les résultats obtenus par CACI et al. en 2003 après analyse factorielle confirmatoire chez 195 étudiants en bonne santé sont évidemment différents. Le facteur initial de dépression est légèrement modifié et la sous-échelle Anxiété est subdivisée en 2 composantes.

La revue publiée en 2002 par BJELLAND et al. a porté sur 747 publications. La majorité des analyses factorielles ont révélé une structure de 2 facteurs : 11 publications, tandis que 5 font état de 3 facteurs et 2 d'une structure à 4 facteurs.

Les corrélations entre les sous-échelles de dépression et d'anxiété varient de .40 à .74. Les coefficients de CRONBACH varient de .68 à .92 pour la sous-échelle Anxiété et de .67 à .90 pour la sous-échelle Dépression.

Le score-seuil de 8 est celui qui permet d'obtenir une spécificité et une sensibilité d'environ .80. Ces qualités sont proches de celles obtenues avec le GHQ.

La structure factorielle obtenue par S. FRIEDMAN et al. chez des déprimés français montre un facteur 1 : dépression, constitué des items 2, 4, 6, 8, 10, 12 et 14. Le facteur 2 anxiété psychique est constitué des items 3, 5, 9 et 13.

Le troisième facteur, agitation psychomotrice est constitué des items 1, 7 et 11.

### **Mode de passation**

La passation de l'échelle est très aisée. Il est demandé au sujet de remplir ce questionnaire afin d'aider son médecin à mieux connaître les émotions ressenties au cours de la semaine écoulée et de souligner les réponses qui semblent le mieux correspondre à l'état éprouvé.

Il est également recommandé de demander au patient de bien lire le préambule avant de remplir l'échelle, et, selon les auteurs, lors d'une utilisation en médecine interne, de lui signaler qu'en aucun cas ses réponses impliquent obligatoirement un examen psychiatrique, ceci afin de faciliter l'acceptation de cette échelle par des patients éventuellement peu enclins à une telle approche.

### **Cotation**

Chaque réponse est cotée de 0 à 3 sur une échelle évaluant de manière semi-quantitative l'intensité du symptôme au cours de la semaine écoulée. Cette intensité est appréciée par un adjectif ou une courte phrase la qualifiant. Pour chaque sous-échelle la cotation de deux items positifs est inversée. L'intervalle des notes possibles s'étend donc pour chaque échelle de 0 à 21, les scores les plus élevés correspondant à la présence d'une symptomatologie plus sévère. Certains auteurs ont également proposé de calculer un score global correspondant à la somme des deux échelles (Razavi et al., 1990). La présentation de l'échelle, avec dans la colonne de gauche les notes correspondant à chaque item, facilite grandement un calcul rapide des scores de chaque échelle.

### **Applications**

L'échelle HAD est un instrument très rapide d'évaluation clinique des dimensions anxieuses et dépressives et peut être utilisée dans des travaux de recherche clinique ou thérapeutique visant, d'une part, à dépister les patients anxieux et/ou déprimés, mais également à apprécier les changements d'état de ces sujets.

De multiples équipes l'ont utilisée dans une perspective épidémiologique afin de déterminer, en fonction des notes-seuils, la fréquence des troubles anxieux et dépressifs dans diverses populations d'étude.

### **Intérêts-limites**

Des versions de cette échelle existent en Français, Hollandais, Arabe, Allemand, Hébreu, Suédois, Italien, Espagnol et Urdu. Cet instrument d'auto-évaluation est aisé à remplir par des sujets de niveau culturel varié. Son intérêt majeur réside dans une évaluation rapide et simultanée des dimensions dépressives et anxieuses à l'aide d'un questionnaire très court et bien accepté. Fait notable, de par sa construction, son utilisation est possible chez des patients présentant des troubles d'origine somatique, dans la mesure où ne sont pas prises en compte les dimensions somatiques de la symptomatologie anxieuse et dépressive. Tout comme le GHQ, son intérêt réside essentiellement dans une approche dimensionnelle de la symptomatologie du sujet au moment même où il remplit ce questionnaire. Plus qu'un indicateur des troubles dépressifs et anxieux, au sens des classifications actuelles, (DSM-III-R ou ICD 10) elle évalue un indice de sévérité symptomatique et mesure des variables d'état ne renseignant que peu sur les manifestations de trait, et encore moins sur le degré transitoire ou non des éléments psychopathologiques. De fait, elle n'évalue en aucune manière les manifestations pathologiques plus anciennes voire la durée des troubles, élément nécessaire au diagnostic.

L'intention première des auteurs, concernant les indications d'un traitement antidépresseur chez les sujets ayant un score élevé à l'échelle dépression, n'a pas fait à notre connaissance l'objet d'études contrôlées.

Dans une étude portant sur des sujets déprimés traités par métapramine, nous avons pu vérifier sa sensibilité au changement, et elle permet donc de suivre l'évolution de la symptomatologie anxieuse et/ou dépressive au cours du temps, lors d'un traitement, par exemple. Si l'on désire l'utiliser dans une perspective catégorielle, le problème de la note-seuil à retenir pour la définition du cas n'offre pas de solution univoque. Selon nous, comme avec toutes les échelles de ce type, sa détermination devrait faire l'objet d'études préalables de validation au sein de la population que l'on désire étudier. Dans un second temps, l'échelle peut être utilisée comme instrument de dépistage - par exemple dans une stratégie d'étude en deux phases : HAD chez tous les sujets, puis évaluation clinique plus complète chez ceux ayant un score supérieur à une note-seuil prédéterminée.

### **Bibliographie**

BARCZACK P., KANE N., ANDREWS S., CONGDON A.M., CLAY J.C., BETTS T. Patterns of psychiatric morbidity in a genito-urinary clinic : a validation of the Hospital Anxiety Depression scale (HAD). Brit. J. Psychiatry, 1988, 152, 698-700.

BJELLAND I., DAHL A.A., HAUG T.T., NECKELMAN D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. J. Psychosomat. Res., 2002, 52, 69-77.

CACI H., BAYLE F.J., MATTEI V., DOSSIOS C., ROBERT P., BOYER P. How does the Hospital Anxiety and Depression Scale measure anxiety and depression in healthy subjects ? Psychiatr. Res., 2003, 118, 89-99.

- DUNBAR M., FORD G., HUNT K., DER G. A confirmatory factor analysis of the Hospital Anxiety and Depression Scale comparing empirically and theoretically derived structures. *Brit. J. Clin. Psychol.*, 2000, 39, 79-94.
- EL-RUFAIE OEFA, ABSOOD G. Validity study of the Hospital Anxiety and Depression Scale among a group of saudi patients. *Brit. J. Psychiatry*, 1987, 151, 687-688.
- FRIEDMAN S., SAMUELIAN J.C., LANCRENON S., EVEN C., CHIARELLI P. The dimensional structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large French primary care population suffering from major depression. *Psychiat. Res.*, 2001, 104, 247-257.
- LEPINE J.P., GODCHAU M., BRUN P. Anxiety and depression in inpatients, *Lancet*, 1985 ii, 1425-1426.
- LEPINE J.P., GODCHAU M., BRUN P., LEMPERIERE T. Evaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne, *Ann. Medico-psychol.*, 1985, 143, 175-189.
- LEPINE J.P., GODCHAU M., BRUN P., TEHERANI M. Utilité des échelles d'auto-évaluation de l'anxiété et de la dépression en médecine interne, *Acta Psychiatrica Belgica*, 1986, 86, 608-615.
- MARTIN C.R., LEWIN R.J.P., THOMPSON R.D. A confirmatory factor analysis of the Hospital Anxiety and Depression Scale in coronary care patients following acute myocardial infarction. *Psychiatr. Res.*, 2003, 120, 85-94.
- NAYANI S. The evaluation of psychiatric illness in asian patients by the Hospital Anxiety Depression Scale. *Brit. J. Psychiatry*, 1989, 155, 545-547.
- RAZAVI D., DELVAUX N., FARVACQUES C., ROBAYE E. Validation de la version française du HADS dans une population de patients cancéreux hospitalisés. *Rev. Psychol. App.*, 1989, 39, 295-308.
- RAZAVI D., DELVAUX N., FARVACQUES C., ROBAYE E. Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer inpatients. *Brit. J. Psychiatry*, 1990, 156, 79-83.
- SNAITH R.P. The concepts of mild depression. *Brit J. Psychiatry*, 1987, 150, 387-393.
- SNAITH R.P., BAUGH S.J., CLAYDEN A.D., HUSSAIN A., SIPPLE M. The Clinical Anxiety Scale: a modification of the Hamilton Anxiety Scale. *Brit. J. Psychiatry*, 1982, 141, 518-523.
- SNAITH R.P., TAYLOR C.M. Rating scales for depression and anxiety: a current perspective. *Brit. J. Clin. Pharmacol*, 1985, 19, Suppl. 1, 17S-20S.
- ZIGMOND A.S., SNAITH R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr. Scand*, 1983, 67, 361-370.

# ECHELLE HAD

A.S. ZIGMOND et R.P. SNAITH  
Traduction française : J.P. LEPINE

## Outil d'évaluation

NOM :

PRENOM :

SEXE :

AGE :

DATE :

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Si votre médecin est au courant des émotions que vous éprouvez il pourra mieux vous aider. Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif. Ne faites pas attention aux chiffres et aux lettres imprimés à la gauche du questionnaire. Lisez chaque série de questions et **soulignez** la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé **au cours de la semaine qui vient de s'écouler**. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

<b>A</b>	Je me sens tendu ou énervé :
<b>3</b>	La plupart du temps
<b>2</b>	Souvent
<b>1</b>	De temps en temps
<b>0</b>	Jamais
<b>D</b>	Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :
<b>0</b>	Oui, tout autant
<b>1</b>	Pas autant
<b>2</b>	Un peu seulement
<b>3</b>	Presque plus
<b>A</b>	J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :
<b>3</b>	Oui, très nettement
<b>2</b>	Oui, mais ce n'est pas trop grave
<b>1</b>	Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
<b>0</b>	Pas du tout
<b>D</b>	Je ris facilement et vois le bon côté des choses :
<b>0</b>	Autant que par le passé
<b>1</b>	Plus autant qu'avant
<b>2</b>	Vraiment moins qu'avant
<b>3</b>	Plus du tout

	<b>A</b>	Je me fais du souci :
	<b>3</b>	Très souvent
	<b>2</b>	Assez souvent
	<b>1</b>	Occasionnellement
	<b>0</b>	Très occasionnellement
<b>D</b>		Je suis de bonne humeur :
	<b>3</b>	Jamais
	<b>2</b>	Rarement
	<b>1</b>	Assez souvent
	<b>0</b>	La plupart du temps
	<b>A</b>	Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :
	<b>0</b>	Oui, quoi qu'il arrive
	<b>1</b>	Oui, en général
	<b>2</b>	Rarement
	<b>3</b>	Jamais
<b>D</b>		J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :
	<b>3</b>	Presque toujours
	<b>2</b>	Très souvent
	<b>1</b>	Parfois
	<b>0</b>	Jamais
	<b>A</b>	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :
	<b>0</b>	Jamais
	<b>1</b>	Parfois
	<b>2</b>	Assez souvent
	<b>3</b>	Très souvent
<b>D</b>		Je ne m'intéresse plus à mon apparence :
	<b>3</b>	Plus du tout
	<b>2</b>	Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
	<b>1</b>	Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
	<b>0</b>	J'y prête autant d'attention que par le passé



	<b>A</b>	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :
	<b>3</b>	Oui, c'est tout-à-fait le cas
	<b>2</b>	Un peu
	<b>1</b>	Pas tellement
	<b>0</b>	Pas du tout
<b>D</b>		Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :
<b>0</b>		Autant qu'avant
<b>1</b>		Un peu moins qu'avant
<b>2</b>		Bien moins qu'avant
<b>3</b>		Presque jamais
	<b>A</b>	J'éprouve des sensations soudaines de panique :
	<b>3</b>	Vraiment très souvent
	<b>2</b>	Assez souvent
	<b>1</b>	Pas très souvent
	<b>0</b>	Jamais
<b>D</b>		Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :
<b>0</b>		Souvent
<b>1</b>		Parfois
<b>2</b>		Rarement
<b>3</b>		Très rarement

**Maintenant vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions.**