

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE

Zigmond, A. S., & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety And Depression Scale, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Abréviation	HADS
Auteurs	Zigmond AS, Snaith RP
Thème	Dépression
Objectif	Détection de la dépression
Population	Adultes
Administration	Par le patient lui-même
Nombre d'items	7
Présence du patient requise	Oui
Lieu où trouver l'instrument	Zigmond, A. S., & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety And Depression Scale, <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> , 67, 361-370. L'échelle peut être obtenue via : (international@gl-assessment.co.uk) http://nfer-nelson.co.uk (disponible en français, néerlandais et anglais)

Objectif

La Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) est employée pour détecter les troubles anxieux et dépressifs.

Public-cible

L'instrument de mesure est adapté pour les patients entre 16 et 65 ans dans un environnement hospitalier. L'échelle de dépression a surtout pour objet d'identifier les patients dépressifs prenant des médicaments antidépresseurs.

Par extension, la HADS peut aussi être utilisé auprès de la population générale et chez les personnes au-delà de 65 ans. Parallèlement au dépistage, la HADS peut aussi jouer un rôle dans le suivi des troubles dépressifs.

Description

Le questionnaire HADS est composé de deux parties : d'une part, une partie comprend 7 items pour le dépistage de la dépression ; et d'autre part, une seconde comprend également 7 items pour le dépistage des troubles anxieux. Un score variant entre 0 et 3 est attribué à chaque item. Le score total par partie varie entre 0 et 21. Pour chaque partie de la HADS, un score élevé correspond à une plus grande sévérité des symptômes. La période de temps de référence, sur laquelle portent les questions, concerne les 7 derniers jours.

L'échelle de dépression investigate surtout la présence d'anhédonie (la perte de la possibilité de s'occuper des tâches quotidiennes de la vie), un élément central dans les troubles dépressifs graves. L'échelle d'anxiété investigate davantage la présence de symptômes de troubles anxieux généralisés (Terluin, 2009). Les chercheurs n'ont pas intégré d'indicateurs physiques de l'affection psychologique tels que les maux de tête ou la perte de poids. Le choix s'est opéré pour limiter le nombre de faux positifs, compte tenu que les symptômes physiques peuvent aussi être la conséquence d'une autre affection physique (Bjelland, 2002). Compte tenu que la HADS ne comprend aucun item relatif aux idées suicidaires, l'échelle se focalise davantage sur les troubles dépressifs modérés (Hansson, 2009). La HADS utilise deux valeurs seuils, à savoir une pour le dépistage de troubles "possibles" (7/8) et la seconde pour la détection de troubles « probables » (10/11) (Herrmann, 1997).

L'échelle relative aux troubles anxieux n'est pas développée davantage ici. Les informations ci-après se focalisent sur l'échelle de dépression de la HADS.

Fiabilité

Le coefficient alpha de Cronbach pour les versions anglaise et néerlandaise de l'échelle de dépression de la HADS varie de 0.81 à 0.90, précisant une bonne consistance interne (Herrmann, 1997). Bjelland (2002) a calculé la moyenne des coefficients alpha de Cronbach égale à 0.82 à partir de 15 études différentes. Hansson (2009) précise un coefficient alpha de Cronbach de 0,87 pour l'échelle de dépression.

La fiabilité intra-juge test-retest après deux semaines est égal à $r > 0.80$, ce qui confirme une corrélation élevée. Ces résultats tiennent compte d'un intervalle temporel long. La HADS est donc un instrument stable qui résiste aux influences situationnelles (Herrmann, 1997).

Spinhoven (1997) étudie la fiabilité intra-juge test-retest après une période de 4 semaines. Pour la sous-échelle dépression, il obtient un coefficient de corrélation de Pearson égal à 0.86 ($p < 0.001$).

Validité

La corrélation entre le Beck Depression Inventory et la sous-échelle de dépression HADS varie de 0.62 à 0.73, dépendant de l'étude en question (Bjelland, 2002). En comparant les scores de la

Montgomery-Asberg Depression Rating Scale et celui de la sous-échelle de dépression HADS, les corrélations oscillent entre 0.62 et 0.81 (Bjelland, 2002).

Herrmann (1997), dans sa revue de littérature incluant 17 études relatives à la version anglaise de la HADS, mentionne des valeurs pour la sensibilité et la spécificité supérieures à 0.80. Diverses études utilisant des versions internationales de la HADS mettent en évidence des résultats similaires. Néanmoins, trois études mentionnent des résultats moins concluants en termes de fiabilité, avec un score de spécificité inférieur à 0.50. Ces études ont été menées auprès de populations asiatiques ou australiennes. Selon l'avis de l'auteur, ces faibles résultats sont davantage liés aux caractéristiques de ces populations, puisque nombre d'études mentionnent des résultats tout à fait concluants en utilisant les mêmes versions du HADS (Herrmann, 1997).

Différentes études reflètent que la détection de dépression est nettement meilleure à l'aide de la HADS comparativement à un examen par un médecin non psychiatre (Herrmann, 1997).

Diverses études ont réalisé une analyse factorielle mais les résultats sont très divergents. Aussi bien un que deux, trois ou quatre facteurs sont détectés. Des différences culturelles peuvent expliquer en partie ces résultats contrastés concernant les analyses factorielles (Matsudaira, 2009).

Convivialité

L'échelle nécessite 2 à 6 minutes pour être complétée et le calcul du score prend moins d'une minute. Cela rend l'instrument facile d'utilisation.

L'auteur de l'instrument de mesure insiste qu'il est très important que le patient soit précis et lettré. Ceci peut être facilement examiné en discutant du premier item avec le patient (Snaith, 2003).

Remarques

Le questionnaire HADS n'inclut pas des indicateurs somatiques de la dépression, comme le fait le Beck Depression Inventory (par exemple). L'échelle présente comme avantage notable de ne pas être sensible aux symptômes associés à un trouble physique.

Un coefficient alpha de Cronbach supérieur à 0.60 est requis pour pouvoir conclure à la fiabilité d'un instrument. Toutes les études relatives à la HADS ont rencontré cette condition.

Vu que la HADS investigate le ressenti du patient la semaine qui précède l'évaluation, l'échelle peut être facilement utilisée mais pas plus fréquemment qu'une fois par semaine (Snaith, 2003).

Références

Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of psychosomatic research* 52: 69-77.

Hansson M, Chotai J, Nordstrom A, Bodlund O (2009). Comparison of two self-rating scales to detect depression: HADS and PHQ-9. *British Journal of General Practice*.

Herrmann C (1997). International Experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale – a review of validation data and clinical results. *Journal of psychosomatic research* 42(1): 17-41.

Matsudaira T, Igarashi H, Kikuchi H, Kano R, Mitoma H, Ohuchi K, Kitamura T (2009). Factor structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale In Japanese psychiatric outpatient and student populations. *Health and Quality of Life Outcomes* 7:42.

Snaith RP (2003). The hospital anxiety and depression rating scale – commentary. *Health and Quality of life outcomes* 1:29.

Spinhoven PH, Ormel J, Sloekers PPA, Kempen GIJM, Speckens AEM, Van Hemert AM (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine* 27: 363.370.

Terluin B, Brouwers EPM, van Marwijk HWJ, Verhaak PFM, van der Horst HE (2009). Detecting depressive and anxiety disorders in distressed patients in primary care; comparative diagnostic accuracy of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *BMC Family Practice* 10:58.

Ou trouver l'instrument

Zigmond, A. S., & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety And Depression Scale, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

L'échelle peut être obtenue via : (international@gl-assessment.co.uk)

<http://nfer-nelson.co.uk> (disponible en français, néerlandais et anglais)

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Zigmond, & Snaith (1983)

Author (year)	setting	Sample (n)	Design	reliability	validity
Herrmann C (1996)	>200 different settings	/	Review	Internal consistency Retest reliability	Factorial validity Sensitivity Specificity

Results reliability	Results validity	commentary
Internal consistency: Cronbach alpha of the English and German versions are at 0.80 to 0.93 Retest reliability: $r > 0.80$	Factorial validity: one depression and one anxiety factor Sensitivity: 0.80 or higher Specificity: 0.80 or higher	The scale can be completed in 2-6 minutes and scored in 1 minute, which makes it easy for nonpsychiatric doctors or nurses to handle.

Author (year)	setting	Sample (n)	Design	reliability	validity
Hansson M, Chotai J, Nordsöm A, Bodlund O (2009)	Five primary healthcare centers and five psychiatric outpatient clinics in the county of Västerbotten, Sweden	N=737	Comparison of the self-rating scales to detect depression	Internal consistency	Factor analysis

Results reliability	Results validity	commentary
Cronbach alpha coefficient: 0.87	Factor analysis: two factors	/

Author (year)	setting	Sample (n)	Design	reliability	validity
Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D (2002)	/	/	Review	Internal consistency	Factor analysis Concurrent validity

Results reliability	Results validity	commentary
Cronbach alpha coefficient: reported in 15 studies, varied from 0.67 to 0.90 (mean 0.82) for the depression subscale	<p>Factor analysis: 11 studies (total n=14588) achieved a two-factor structure, 5 studies (total n=3459) a three-factor structure and 2 studies (total n=235) a four-factor structure</p> <p>Concurrent validity:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Six studies reported correlations between the BDI and HADS-D: 0.62 to 0.73 - Four studies reported correlations between the MADRS and HADS-D: 0.62 to 0.81 	/

Author (year)	setting	Sample (n)	Design	reliability	validity
Spinhoven PH, Ormel J, Sloerikers PPA, Kempen GJM, Speckens AEM, Van Hemert AM (1997)	Leiden University Hospital Primary care centers Northern Centre for Health Studies	N=6165	Validation study	Retest reliability Internal consistency	Factor analysis Sensitivity

Results reliability	Results validity	commentary
Retest reliability: Pearson coefficient of 0.86 between test and retest subscale scores ($p < 0.001$) over a mean 3 weeks period Internal consistency: Cronbach alpha for the Total scale and both subscales range from 0.71 to 0.90	Factor analysis: two-factor model Sensitivity: no cutoff point on the depression subscale can be found at which a satisfactory positive predictive value is combined with a reasonable degree of sensitivity	The HADS is best used as a screening questionnaire and not as a case-identifier.

Author (year)	setting	Sample (n)	Design	reliability	validity
Matsudaira T, Igarashi H, Kikuchi H, Kano R, Mitoma H, Ohuchi K, Kitamura T (2009)	Case: psychiatric outpatients from two clinics, Tokyo Control: university students , Tokyo International University	Case: n=435 Control: n=1128	Cross-cultural Validation study	N/A	Factorial validity

Results reliability	Results validity	commentary
N/A	A two-factor model was supported.	/

Comment citer ce rapport ?

Bulteel L., Gobert M., Piron C., de Bonhome, A., De Waegeneer, E., Vanderwee K., Verhaeghe S., Van Hecke, A., Defloor T. (2010) Actualisation de la base de données BeST & ajout de nouvelles échelles dans la base de données BeST. Bruxelles: Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

Gelieve bij gebruik van dit rapport als volgt te refereren :

Bulteel L., Gobert M., Piron C., de Bonhome, A., De Waegeneer, E., Vanderwee K., Verhaeghe S., Van Hecke, A., Defloor T. (2010) Actualiseren van de bestaande BeST-databank & aanvullen van de bestaande BeST-databank met nieuwe schalen. Brussel: Federale Overheidsdienst Volksgezondheid van de voedselketen en leefmilieu.