

CATÉGORIE ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE

General Health Questionnaire (GHQ)

• LANGEVIN V.*,
• FRANÇOIS M.**,
• BOINI S.***, RIOU A.*

• * Département Expertise
et conseil technique, INRS
• ** Département Homme
au travail, INRS
• *** Département
Épidémiologie
en entreprise, INRS

••• NOMS DES AUTEURS

Goldberg D.

••• OBJECTIFS

Dépister les troubles psychiatriques ou troubles psychiques mineurs chez des sujets de la population générale ou chez des patients consultant dans des services de soins non psychiatriques

Il permet d'estimer la prévalence de la détresse psychologique dans une population donnée et de détecter des cas psychiatriques potentiels qui pourraient échapper au médecin généraliste.

••• ANNÉE DE PREMIÈRE PUBLICATION

1970

••• CADRE, DÉFINITION, MODÈLE

L'objectif de ce questionnaire est la détection de troubles mentaux actuels non psychotiques. Selon l'auteur, il s'agit de détecter le niveau le moins différencié des maladies mentales, le « plus petit commun multiple » partagé par l'ensemble des diagnostics psychiatriques.

Il permet de mesurer deux aspects d'un épisode psychiatrique : l'incapacité à poursuivre normalement ses activités quotidiennes et l'apparition de nouveaux symptômes qui conduit à un état de détresse psychologique.

Le questionnaire couvre quatre domaines : dépression, anxiété, retentissement social et plaintes somatiques.

••• NIVEAU D'INVESTIGATION

Diagnostic

••• LANGUE D'ORIGINE

Anglais

••• TRADUCTION

De nombreuses traductions existent pour les versions à 12 et 28 items (cf. www.proqo-

• Ce document
• appartient à une
• série publiée
• régulièrement dans
• la revue. Elle
• analyse les question-
• naires utilisés dans
• les démarches de
• diagnostic et
• de prévention du
• stress et des risques
• psychosociaux au
• travail. L'article par
• les mêmes auteurs :
• « Les questionnaires
• dans la démarche
• de prévention du
• stress au travail »
• (TC 134, Doc Méd
• Trav. 2011 ; 125 :
• 23-35) présente cette
• série et propose au
• préventeur une
• aide pour choisir
• l'outil d'évaluation
• le mieux adapté.

lid.org/instruments/general_health_questionnaire_ghq) mais elles n'ont pas systématiquement été validées.

On peut citer la version française du GHQ-28 qui a été validée par Pariente et al. [1990 a, 1990 b, 1992], De Mont-Marin et al. [1993], Bolognini et al. [1989].

••• VOCABULAIRE

Pas de difficultés particulières

••• VERSIONS EXISTANTES

Une version longue : 60 items

Plusieurs versions courtes : 30, 20, 12 items puis 28 items

Une version du GHQ-12 adaptée au contexte professionnel a également été proposée récemment [Lesage FX et al., 2011].

Les versions les plus utilisées sont le GHQ-28 et le GHQ-12. **Dans cette fiche, seules les informations concernant la cotation et les qualités psychométriques seront fournies pour ces deux versions**, car leurs qualités psychométriques sont comparables à celles de la version longue.

••• STRUCTURATION DE L'OUTIL

Le questionnaire GHQ est composé d'items évaluant 4 domaines :

- les symptômes associés à la dépression
- les symptômes associés à l'anxiété et à l'insomnie
- les symptômes associés à la désadaptation sociale
- les symptômes associés à la somatisation.

••• MODALITÉS DE RÉPONSE ET COTATION

Il s'agit d'un questionnaire auto-administré que la personne renseigne en considérant son état au cours des semaines passées. Quatre modalités de réponse sont proposées, avec les formulations variables suivantes selon les items :

1. « mieux que d'habitude », « comme d'habitude », « moins bien que d'habitude », « beaucoup moins bien que d'habitude »
2. « pas du tout », « pas plus que d'habitude », « un peu plus que d'habitude », « bien plus que d'habitude »
3. « plus que d'habitude », « comme d'habitude », « moins que d'habitude », « bien moins que d'habitude »
4. « moins de temps que d'habitude », « autant que d'habitude », « plus que d'habitude », « beaucoup plus de temps que d'habitude »
5. « certainement pas », « je ne pense pas », « m'a traversé l'esprit », « oui certainement » (GHQ-28 uniquement).

Les items sont formulés positivement ou négativement, mais la première modalité de réponse correspond à l'absence de problème de santé mentale et la dernière correspond à la présence de problème de santé mentale.

Trois systèmes de cotation ont été proposés :

- Cotation dimensionnelle : échelle de Likert allant de 0 à 3, 0 correspondant à la première modalité (« mieux que d'habitude » par exemple) et 3 à la dernière modalité (« beaucoup moins bien que d'habitude » par exemple)

- Cotation dichotomique 0 - 0 - 1-1 : les 2 réponses traduisant une amélioration par rapport à la situation habituelle peuvent être cotées « 0 », tandis que les 2 réponses témoignant d'une aggravation seront cotées « 1 »
- Cotation dichotomique, dite cGHQ : les items formulés positivement sont cotés 0-0-1-1 et les items formulés négativement sont cotés 0-1-1-1. Cette cotation permet de tenir compte des affections durables pour lesquelles les sujets peuvent estimer que leur état de santé ne s'est pas modifié par rapport à d'habitude [Goodchild et Duncan-Jones, 1985].

Quel que soit le système de cotation, l'addition des réponses obtenus à chaque item permet alors de calculer un score global considéré comme témoignant d'une atteinte psychique (ou d'une forte probabilité d'atteinte psychique) lorsqu'il est élevé. Pour le GHQ-28, 4 sous-scores peuvent être également calculés.

Il est difficile de savoir quel est le meilleur système de cotation. Le mode de cotation dichotomique 0-0-1-1 semble plus satisfaisant que la cotation selon une échelle de Likert [Goldberg et al, 1997]. La cotation cGHQ, si elle n'améliore pas la détection de cas, est équivalente à la cotation 0-0-1-1 [De Mont-Marin et al, 1993], mais pas systématiquement [Goldberg et al, 1997].

Le choix des seuils pour les systèmes de cotation dichotomiques est variable. Pour le GHQ-28, le seuil 4/5 est usuellement retenu pour traduire l'existence d'une détresse psychologique. Goldberg propose le seuil 11/12 pour le GHQ-60, et 2/3 pour le GHQ-12 dans une population de patients en médecine générale. Toutefois, selon l'auteur du questionnaire, la valeur de ce seuil dépend de la population étudiée (qui peut être différente selon qu'il s'agit de patients de médecine générale, de patients psychiatriques...).

••• TEMPS DE PASSATION

Variante selon les versions mais rapide : environ 15 minutes pour la version à 60 items, 5 à 10 min pour la version à 28 items.

••• DISPONIBILITÉS ET CONDITIONS D'UTILISATION

Compléter le formulaire d'accord d'utilisation des auteurs (disponible sur le site de MAPI Research Trust : www.mapi-trust.org/services/questionnairelicensing/catalog-questionnaires/52-ghq)

Droits d'auteurs à payer pour les recherches académiques financées par des entreprises commerciales (industries), par l'État, l'Union Européenne, ou pour les études à visée commerciale (industrie)

••• QUALITÉS PSYCHOMÉTRIQUES

Toutes les études sur les qualités psychométriques du GHQ vont dans le même sens à savoir que ce questionnaire a une bonne validité, fidélité et sensibilité/spécificité [Goldberg et Williams, 1988]. Il a par ailleurs été vérifié que les qualités psychométriques des versions courtes sont aussi satisfaisantes que celles de la version longue [Pariente et Guelfi, 1990 a].

Validité

Validité critériée

Goldberg et Williams [1988] font le bilan des études portant sur la validité critériée prédictive du GHQ : de hauts scores du GHQ prédisent des consultations ultérieures chez le médecin généraliste, une détresse post-opératoire chez des patients avec un cancer du sein, la survenue récurrente d'herpès génital, le décès dans l'année suite à un infarctus du myocarde.

Validité de structure interne

La validité de structure interne de la version originale du GHQ-28 a été vérifiée par analyse en composante principale avec rotation Varimax [Goldberg et Hillier, 1979]. Quatre facteurs sont identifiés : « somatisation », « anxiété et insomnie », « désadaptation sociale » et « dépression sévère ». Concernant la version française [Pariante et al., 1992], la même analyse conduit également à quatre facteurs, très proches de ceux identifiés par Goldberg et Hillier [1979].

La validité de structure interne du GHQ-12 et du GHQ-28 a été testée par des analyses en composantes principales et comparée entre 15 pays (étude de l'OMS sur la santé mentale) [Werneke et al., 2000] : pour le GHQ-12, après rotation Varimax, deux facteurs sont identifiés (dépression et désadaptation sociale), mais avec des variations substantielles selon les pays. Pour le GHQ-28, les quatre facteurs attendus sont identifiés. Toutefois, on constate que les domaines de la « désadaptation sociale » et de la « dépression » sont plus stables que ceux de « l'anxiété/insomnie » et de la « somatisation » et que des corrélations entre les quatre facteurs existent.

La validité de structure interne de la version française du GHQ-12 a été étudiée par des analyses factorielles confirmatoires [Salama-Younes et al., 2009] : les solutions à deux ou trois facteurs sont les plus satisfaisantes (anxiété/dépression, désadaptation sociale et perte de confiance). Pour Hankins [2008], une structure unidimensionnelle, tenant compte des corrélations entre les items formulés négativement, est la solution la plus satisfaisante. Concernant la version française du GHQ-12 adaptée au contexte professionnel, une solution à un facteur expliquant 60,5 % de la variance totale a été retenue [Lesage et al., 2011].

Validité de structure externe convergente

Goldberg et Blackwell [1970] analysent la relation entre l'évaluation clinique effectuée par un psychiatre (de 0 à 4), et le score obtenu au GHQ 60. La corrélation obtenue est de 0,80, ce qui permet de dire que le GHQ mesure un état de détresse psychologique ou un état psychiatrique.

Par ailleurs, la validité convergente a été vérifiée en calculant la corrélation entre le score total du GHQ-28 ainsi que trois des quatre sous-scores et une évaluation clinique correspondante (désadaptation sociale non testée faute d'un diagnostic clinique non disponible) : de 0,32 (symptômes somatiques) à 0,70 (anxiété et insomnies). La corrélation avec le score global est de 0,76 [Goldberg et Hillier, 1979].

Validité discriminante

Elle est satisfaisante, puisque les hauts scores GHQ-28 se retrouvent très majoritairement chez les cas de dépression majeure (définis cliniquement) et les bas scores chez les non-cas [Goldberg et Hillier, 1979].

Les scores observés pour le GHQ sont généralement (mais pas systématiquement) plus élevés chez les femmes que chez les hommes [Bolognini et al., 1989 ; Goldberg et al., 1976 ; Goldberg et al., 1970]. La classe sociale ne semble pas avoir un effet fort sur les scores du GHQ (même si certaines études ont montrés des scores GHQ plus élevés chez les classes sociales les plus basses), contrairement au statut vis-à-vis de l'emploi où les personnes sans emploi ont des scores GHQ plus élevés que les personnes ayant une activité professionnelle [Goldberg et Williams, 1988].



Fidélité test-retest

Selon Goldberg et Williams [1988], la fidélité test-retest est satisfaisante : la corrélation

est supérieure à 0,73 pour les différentes versions du GHQ.

Consistance interne

La consistance interne mesurée par le coefficient alpha de Cronbach vaut 0,91 pour le score global au GHQ-28 et est supérieur à 0,75 pour les quatre sous-scores [Pariente et al., 1992]. Pour la version originale [Goldberg et Hillier, 1979], les coefficients de corrélations des quatre sous-scores avec le score global sont supérieurs à 0,69 et jusqu'à 0,90 pour le sous-score « anxiété/insomnie ». Les corrélations entre les sous-scores se situent entre 0,33 et 0,61.

Pour le GHQ-12, Goldberg et al. [1997] rapportent des coefficients alpha de Cronbach situés entre 0,82 et 0,86 selon les études. Selon la méthode « *split-half* », la corrélation est égale à 0,83 [Goldberg et Williams, 1988].

La consistance interne de la version française du GHQ-12 a été vérifiée par Salama-Younes et al. [2009] : le coefficient alpha de Cronbach vaut 0,78 pour les 12 items, pour les modèles à deux ou trois facteurs, il est supérieur à 0,76.

Concernant la version française du GHQ-12 adaptée au contexte professionnel, le coefficient alpha de Cronbach vaut 0,94 ; l'analyse d'items montre des corrélations inter-items variant de 0,42 à 0,79, et des corrélations items-tout variant de 0,62 à 0,86, indiquant une bonne contribution des items au score total [Lesage et al., 2011].

Sensibilité

Sensibilité / Spécificité

En dichotomisant l'évaluation clinique faite par un psychiatre (0-1 vs 2-3-4) et le score du GHQ-60 (11/12), la sensibilité obtenue est de 95,8 % et la spécificité de 87,8 % [Goldberg et Blackwell, 1970].

Les valeurs sensibilité/spécificité du GHQ-28 varient selon les études, le seuil pris en compte, la méthode d'évaluation clinique et le système de cotation. La sensibilité varie entre 52,8 % et 93,8 %. La spécificité varie entre 73,3 % et 87,2 %. Pour la version française du GHQ-28, ces valeurs sont respectivement de 58,8 % et 87,2 % avec un seuil à 4/5 [Bolognini et al., 1989]. La comparaison des différents systèmes de cotations pour la version française donne l'avantage à la cotation Likert, résultat qui ne se retrouve pas nécessairement dans d'autres études sur des versions non françaises [De Mont-Marin et al., 1993].

Concernant le GHQ-12, Goldberg et al. [1997] font la synthèse d'études provenant de 9 pays différents : la sensibilité médiane est de 83,7 % et la spécificité médiane de 79 %. Le seuil le plus représenté est 2/3. Sur les données de l'étude OMS sur la santé mentale, ils trouvent une sensibilité de 76,3 % et une spécificité de 83,4 % avec un seuil à 2/3 pour le GHQ-12 ; de 79,7 % et de 79,2 % respectivement avec un seuil à 5/6 pour le GHQ-28 [Goldberg et al., 1997].

ÉTALONNAGE

Le manuel de l'utilisateur du GHQ [Goldberg et Williams, 1988] ainsi que des travaux australiens [Duncan-Jones et Henderson, 1978 ; Henderson et al., 1979] fournissent un ensemble de données sur la distribution des scores.

L'étude de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la santé mentale portant sur plus de 25 000 sujets (pour le GHQ-12) est une autre source de données [Werneke et al., 2000 ; Goldberg et al., 1997].

En milieu professionnel, l'étude SAMOTRACE utilise le GHQ-28 (http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=4104).

••• BIAIS, CRITIQUES, LIMITES

Le GHQ ne donne aucune information sur l'état de santé de base du sujet. Il permet seulement de savoir si la personne interrogée est mieux ou plus mal que d'habitude au moment de la passation du questionnaire. Il est donc sensible à des troubles très transitoires et permet de détecter une aggravation de la situation des personnes mais ne permet pas de détecter des troubles de longue durée. Il ne réalise pas de diagnostic clinique.

La structure interne du GHQ-12 ne semble pas faire consensus et des différences sont observées entre la version originale et la version française.

••• OBSERVATIONS PARTICULIÈRES

Instrument de dépistage très utilisé dans les enquêtes sur la santé d'une population, de même qu'en milieu de soins, notamment grâce à sa facilité d'utilisation.

Plus le sujet présente de symptômes physiques, plus son score global GHQ est élevé. Ceci conduit à augmenter le seuil dans les populations médicales par rapport à la population générale.

••• RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- **BOLOGNINI M, BETTSCHART W, ZEHNDER-GUBLER M, ROSSIER L** - The validity of the French version of the GHQ-28 and PSYDIS in a community sample of 20 year olds in Switzerland. *Eur Arch Psychiatr Neurol Sci.* 1989; 238 (3) : 161-68.
- **DE MONT-MARIN F, HARDY P, LEPINE JR, HALFON P ET AL.** - Validation d'une version française du General Health Questionnaire (GHQ-28) dans une population de diabétiques. *Encéphale.* 1993; 19 (4) : 293-301.
- **DUNCAN-JONES P, HENDERSON S** - The use of a two-phase design in a prevalence survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1978; 13 (4) : 231-37.
- **GOLDBERG DP, BLACKWELL B** - Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *Br Med J.* 1970; 1 (5707) : 439-43.
- **GOLDBERG DP** - The detection of psychiatric illness by questionnaire. London : Oxford University Press ; 1972 : 156 p.
- **GOLDBERG D, KAY C, THOMPSON L** - Psychiatric morbidity in general practice and the community. *Psychol Med.* 1976; 6 (4) : 565-69.
- **GOLDBERG DP, HILLIER VF** - A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med.* 1979; 9 (1) : 139-45.
- **GOLDBERG D, WILLIAMS P** - A user's guide to the General health Questionnaire. London : GL Assessment ; 1988 : 614 p.
- **GOLDBERG DP, GATER R, SARTORIUS N, USTUN TB ET AL.** - The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med.* 1997; 27 (1) : 191-97.
- **GOODCHILD ME, DUNCAN-JONES P** - Chronicity and the General Health Questionnaire. *Br J Psychiatry.* 1985; 146 : 55-61.
- **HANKINS M** - The reliability of the twelve-item general health questionnaire (GHQ-12) under realistic assumptions. *BMC Public Health.* 2008; 8 : 355.
- **HENDERSON S, DUNCAN-JONES P, BYRNE DG, SCOTT R ET AL.** - Psychiatric disorder in Canberra. A standardised study of prevalence. *Acta Psychiatr Scand.* 1979; 60 (4) : 355-74.
- **LESAGE FX, MARTENS-RESENDE S, DESCHAMPS F, BERJOT S** - Validation of the General Health Questionnaire (GHQ-12) adapted to a work-related context. *Open J Prev Med.* 2011; 1 (2) : 44-48.
- **PARIENTE PD, GUELFI JD** - Inventaires d'auto-évaluation de la psychopathologie chez l'adulte. I : inventaires multidimensionnels. *Psychiatr Psychobiol.* 1990; 5 (1) : 49-63. (a)
- **PARIENTE PD, SMITH M** - Dépister les troubles anxio-dépressifs en psychiatrie de liaison : l'apport du General Health Questionnaire (GHQ). *Encéphale.* 1990; 16 (6) : 459-64. (b)
- **PARIENTE PD, CHALLITA H, MESBAH M, GUELFI JD** - The GHQ-28 questionnaire in French: a validation survey in a panel of 158 general psychiatric patients. *Eur Psychiatry.* 1992; 7 : 15-20.
- **SALAMA-YOUNES M, MONTAZERI A, ISMAIL A, RONCIN C** - Factor structure and internal consistency of the 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12) and the Subjective Vitality Scale (VS), and the relationship between them: a study from France. *Health Qual Life Outcomes.* 2009; 7 : 22.
- **WERNEKE U, GOLDBERG DP, YALCIN I, USTUN BT** - The stability of the factor structure of the General Health Questionnaire. *Psychol Med.* 2000; 30 (4) : 823-29.