



Département de médecine générale, université Paris-Diderot, Sorbonne-Paris Cité.

# La dépression au cours de la grossesse : construction et validation d'un outil d'aide au diagnostic en médecine générale

*Depression disorder during pregnancy: construction and validation of a diagnostic tool in general practice*

Parissa Asdaghi, Julien Gelly, Pascale Santana

*exercer* 2014;115:228-36.

[parissa.asdaghi@gmail.com](mailto:parissa.asdaghi@gmail.com)

## Mots-clés

Grossesse

Dépistage

Dépression du post-partum

Échelle postnatale d'Edinburgh

## Key words

Pregnancy

Screening

Postpartum depression

Edinburgh Post-natal Depression Scale

Remerciements : les auteurs tiennent

à remercier Naima Hamdane et Nathalie Baunot pour leur expertise dans le cadre de la construction du questionnaire GPSY, ainsi que Bruno Falissard et Camille Couffignal pour leur soutien méthodologique.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

**Background.** Postpartum depression (PPD) affects 13% of women after pregnancy. Depression disorder during pregnancy is the main risk factor. PPD can have serious consequences on the development of the child and his or her family. Most of PPD are undetected. The Edinburgh Post-natal Depression Scale (EPDS) is validated for the antenatal period. The time required for its administration and interpretation remains a major barrier to its implementation in primary care.

**Objectives.** To construct a simplified questionnaire (GPSY) based on the EPDS and assess its validity as a helping tool for diagnosing depression during pregnancy by general practitioners (GP).

**Method.** Cross-sectional survey conducted with 42 GPs in Ile-de-France. Administration of two successive questionnaires assessing the risk of depression during pregnancy: EPDS questionnaire (reference questionnaire) and GPSY (simplified questionnaire). Inclusion criteria: pregnant women (regardless of the term of the pregnancy and the reason for consultation). Non-inclusion criteria: personal history of psychiatric disorder, at least one unexploitable questionnaire, previous inclusion in the study, refusal to participate.

**Results.** 91 of the 341 pregnant women included (27%) had a high risk of developing depressive symptoms according to EPDS. By assigning one point for each positive answer to the five questions on the GPSY questionnaire, optimal cut-off score to predict EPDS outcome was two or more positive responses (sensitivity 85%, specificity 82%, positive predictive value: 63%, negative predictive value: 94%).

**Conclusion.** Pending a subsequent validation study, the simplified questionnaire GPSY could be an efficient helping tool for diagnosing depression during pregnancy.

## Introduction

La dépression du post-partum (DPP) touche 13 % des femmes au décours d'une grossesse<sup>1</sup>. Un antécédent de dépression (quelle que soit la période de la vie) et des manifestations anxieuses ou dépressives pendant la grossesse en constituent les principaux facteurs de risque<sup>2</sup>. L'évolution est parfois marquée par la chronicisation (jusqu'à 50 % de persistance des symptômes dépressifs à un an, dans les formes les plus sévères) et le risque de récurrence dépressive en post-partum (25 % des cas)<sup>2</sup>. Les complications peuvent être sévères à court terme : altération des interactions de la dyade mère-enfant, auto-négligence et suicide maternels, diminution des soins accordés à l'enfant<sup>2</sup>. Le risque d'infanticide est plus discuté<sup>2</sup>. Le retentissement sur l'enfant peut être durable : troubles émotionnels ou du comportement, retard du

développement cognitif ou du langage, attachement insécure, diminution de l'estime de soi, phobie sociale, interactions interpersonnelles pauvres à l'âge adulte<sup>2</sup>.

La moitié des DPP seulement sont identifiées par les professionnels de santé<sup>3</sup>. Leur prise en charge est souvent inadéquate, marquée par l'inadaptation du traitement et le défaut d'observance<sup>3</sup>. La période prénatale, et notamment l'entretien prénatal précoce, constitue un moment clé pour diagnostiquer précocement la DPP<sup>4-7</sup>. Parmi tous les professionnels de santé au contact d'une femme enceinte (gynécologue-obstétricien, Protection maternelle et infantile [PMI], sages-femmes, réseaux de santé périnatale), le médecin généraliste occupe probablement une place privilégiée dans le diagnostic précoce de la DPP<sup>6</sup>.

L'Edinburgh Post-natal Depression Scale (EPDS) constitue actuellement le test de référence pour le dépistage des dépressions périnatales, dont fait partie la DPP<sup>8</sup>.



Initialement adapté au post-partum uniquement, il a ensuite été validé pour toute la période périnatale<sup>9,10</sup> et traduit en français<sup>11</sup>. Il s'agit d'un questionnaire auto-administré constitué de 10 questions fermées, à quatre modalités de réponse. Dans une population francophone, la sensibilité est de 80 % et la spécificité de 92 % pour un score seuil optimal fixé à 11 sur 30<sup>11</sup>. Le temps nécessaire à sa réalisation (au moins 5 minutes) et son interprétation demeurent un obstacle majeur à son utilisation en soins primaires. À ce jour, aucune étude n'a eu pour objectif d'adapter ce questionnaire pour une population francophone consultant en soins primaires<sup>12,13</sup>. Dans ce contexte, il paraissait pertinent de proposer un outil d'aide au diagnostic de la dépression au cours de la grossesse en médecine générale. L'objectif principal de cette étude était de construire à partir de l'EPDS, un questionnaire simplifié, le « GPSY », et d'évaluer sa validité dans le cadre du diagnostic précoce de la dépression au cours de la grossesse par les médecins généralistes en France.

## Méthode

Une étude descriptive transversale multicentrique a été réalisée entre février et décembre 2010, auprès de patientes enceintes consultant en médecine générale. Les investigateurs ont été sélectionnés selon un échantillonnage non aléatoire parmi les médecins généralistes volontaires de deux réseaux de santé périnatale (Paris-Nord, Val-d'Oise), puis de proche en proche. Pour diversifier cet échantillon, des investigateurs supplémentaires ont été sélectionnés parmi les médecins généralistes du Val-d'Oise figurant dans l'annuaire des Pages Jaunes®.

La population incluse était les femmes enceintes, quel que soit le terme de la grossesse et le motif de consultation. Les critères de non-inclusion étaient : antécédent personnel psychiatrique, au moins un des deux questionnaires ininterprétable, inclusion précédente dans l'étude, refus de participation. Le consentement éclairé était recueilli avant l'inclusion dans l'étude. Après consultation d'un expert des mesures de la subjectivité en santé, le nombre de sujets nécessaires a été fixé empiriquement à 300.

Un questionnaire (intitulé GPSY) a été élaboré spécifiquement pour cette étude, à partir du questionnaire EPDS de référence. Une synthèse des données de la littérature a permis de sélectionner les questions les plus discriminantes, tout en conservant les deux dimensions du questionnaire EPDS (anxiété, dépression) et la question relative aux idées suicidaires. Les cinq questions binaires du questionnaire GPSY finalisé ont été validées par deux experts (un pédopsychiatre et une sage-femme). Les deux questionnaires étaient anonymes, et numérotés pour permettre l'appariement des données.

Les patientes incluses ont répondu successivement au questionnaire auto-administré EPDS et au questionnaire GPSY administré par le médecin investigateur au cours de la consultation. Ce dernier devait faire passer alternativement l'un des deux questionnaires avant l'autre. Le résultat du questionnaire EPDS n'était pas connu du médecin lorsqu'il administrait le questionnaire GPSY dans un second temps (simple insu). Chaque patiente incluse ayant obtenu un score supérieur ou égal à 11 au questionnaire EPDS s'est vu proposer une prise en charge conforme aux recommandations actuelles, à l'initiative du médecin consulté (soutien psychologique, voire consultation psychiatrique).

L'analyse descriptive s'est intéressée aux caractéristiques sociodémographiques des populations étudiées (médecins généralistes investigateurs et femmes enceintes), puis aux résultats observés pour les questionnaires EPDS et GPSY. Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentages, et les variables quantitatives en termes de moyennes et d'intervalles de confiance à 95 % (IC95). Le résultat du questionnaire EPDS a été dichotomisé : « positif » pour un score supérieur ou égal à 11 (risque élevé de développer une symptomatologie dépressive) et « négatif » pour un score strictement inférieur à 11.

La validation du questionnaire GPSY a suivi les étapes préconisées pour l'élaboration d'un instrument de mesure subjective en santé<sup>14</sup>. Le test du coefficient de corrélation de Spearman a recherché une association entre les résultats des questionnaires GPSY et EPDS. Le coefficient  $\alpha$  (alpha) de Cronbach a été utilisé pour mesurer la fiabilité interne du questionnaire GPSY (sa valeur étant généralement considérée comme « acceptable » à partir de 0,70). Son intervalle de confiance à 95 % a été calculé par inférence statistique en utilisant une succession de 1 000 rééchantillonnages (*bootstrapping*). Les caractéristiques intrinsèques du questionnaire GPSY ont été calculées en considérant le questionnaire EPDS comme l'échelle de référence (*gold standard*). Le score seuil optimal pour prédire le résultat au questionnaire EPDS à partir des réponses observées au questionnaire GPSY a été déterminé à l'aide d'une courbe ROC (*Receiver Operating Characteristic*) et de l'indice de Youden (sensibilité (Se) + spécificité (Sp) - 1). Les valeurs prédictives positives (VPP) et négatives (VPN) ont été calculées à partir du tableau de contingence correspondant au score seuil retenu. La concordance entre les deux questionnaires a été évaluée à l'aide du coefficient  $\kappa$  (kappa) de Cohen.

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel EpiData® (version 3.1). Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide des logiciels Epi Info® (version 3.5.1) et R (version 2.12.1). Cette étude n'a bénéficié d'aucun financement extérieur.



## Résultats

### Caractéristiques sociodémographiques des populations étudiées

Parmi les 46 médecins généralistes ayant accepté de participer, 42 (91 %) ont inclus au moins une patiente au cours de l'étude (tableau 1). Il s'agissait majoritairement de femmes (sex-ratio H/F = 0,27). Plus d'un tiers (40 %) des médecins avait plus de 50 ans et 43 % avaient moins de 40 ans. La plupart d'entre eux étaient installés (86 %), exerçaient en zone urbaine (90 %) et dans un groupe médical (33 sites distincts). Ils étaient majoritairement membres d'au moins un réseau de santé (60 %). Une minorité (5 %) ne participait pas à la formation médicale continue (FMC). Onze (26 %) étaient maîtres de stage des universités (MSU).

Après exclusion de trois patientes (questionnaire EPDS ininterprétable), 341 femmes enceintes ont été incluses dans l'étude (tableau 2). La moyenne d'âge était de 29,7 ans (IC 95 = 29,1-30,2). La plupart d'entre elles bénéficiaient d'une couverture maladie obligatoire et complémentaire (85 %, dont 11 % CMU-c et 2 % AME). Par ailleurs, 73 % avaient un niveau d'études baccalauréat ou supérieur ; 90 % vivaient en couple ou étaient mariées ; 21 % étaient sans activité professionnelle. Plus d'une femme sur trois étaient primigestes (gestité moyenne à 2,8 ; IC 95 = 2,6-3,1). Une grossesse sur quatre était considérée « à risque » par le médecin : grossesse gémellaire (actuelle ou passée), antécédent de difficulté autour d'une grossesse (interruption volontaire ou médicale de grossesse, fausse couche, procréation médicalement assistée, grossesse extra-utérine, grossesse arrêtée, mort subite du nourrisson).

### Description des réponses aux questionnaires EPDS et GPSY

La moyenne du nombre d'inclusions par médecin généraliste investigateur a été de 9,7 (IC 95 = 8,0-11,4). La procédure visant à limiter le biais de passage a été respectée : le questionnaire EPDS a été rempli en premier dans 159 cas (47 %), et le questionnaire GPSY dans 154 cas (45 % ; données manquantes : 28).

Concernant les résultats du questionnaire EPDS, le score moyen a été de 7,3 (IC 95 = 6,6-7,9). Quarante-neuf femmes (15 %) ont eu un score de 0, et une femme a eu le score maximal (30 points). Quatre-vingt-onze femmes (27 %) avaient un score supérieur ou égal à 11 (« positif »), c'est-à-dire un risque élevé de développer une symptomatologie dépressive. Trois questionnaires pour lesquels une seule donnée était manquante parmi les 10 questions étaient interprétables : deux « positifs » (scores de 12 et 16 respectivement malgré une donnée manquante par questionnaire) et un « négatif » (score de 1 malgré une donnée manquante).

#### Médecins investigateurs actifs (n = 42)

Homme	9 (21 %)
Femme	33 (79 %)
<b>Âge (années)</b>	
28-39 ans	18 (43 %)
40-49 ans	7 (17 %)
50-59 ans	14 (33 %)
60 ans ou plus	3 (7 %)
<b>Statut</b>	
Remplaçant	6 (14 %)
Médecin installé	36 (86 %)
Année d'installation	1996, IC 95 % [1993-1999]
<b>Département d'exercice</b>	
Hauts-de-Seine (92)	4 (10 %)
Paris (75)	14 (33 %)
Seine-Saint-Denis (93)	3 (7 %)
Val-d'Oise (95)	21 (50 %)
<b>Zone d'exercice</b>	
Urbaine	38 (90 %)
Semi-rurale	4 (10 %)
Rurale	–
<b>Mode d'exercice</b>	
Exercice isolé	4 (10 %)
Groupe médical	38 (90 %)
<b>Participation à un réseau de santé</b>	
Aucun réseau de santé	17 (40 %)
Un seul réseau de santé	10 (24 %)
Deux réseaux de santé, ou plus	15 (36 %)
<b>Orientations spécifiques d'activité déclarées*</b>	
Gynécologie	14 (33 %)
Pédiatrie	6 (14 %)
Psychothérapie	3 (7 %)
Autres	8 (19 %)
Aucune	21 (50 %)
<b>Formation médicale continue (FMC)</b>	
Aucune participation	2 (5 %)
Participation uniquement	26 (62 %)
Participation et organisation	14 (33 %)
<b>Maître de stage des universités (MSU)</b>	
Oui	11 (26 %)

Tableau 1. Caractéristiques générales des 42 médecins investigateurs « actifs », ayant inclus au moins une patiente au cours de l'étude.

\* Chaque médecin investigateur pouvait déclarer une ou plusieurs orientations spécifiques d'activité. En raison des arrondis, les pourcentages totaux peuvent dépasser 100 %.



Concernant les résultats du questionnaire GPSY, 144 femmes (42 %) ont répondu « non » aux 5 questions et 6 femmes (2 %) ont répondu « oui »

aux cinq questions. Parmi les 197 femmes (58 %) ayant eu au moins une réponse positive, 137 (70 %) rapportaient un sentiment de tristesse (question

Patientes incluses (n = 341)			
Âge		Statut conjugal	
19 ans, ou moins	12 (4 %)	Mariée	150 (44 %)
20-24 ans	43 (13 %)	Vit en couple	156 (46 %)
25-29 ans	109 (32 %)	Célibataire	32 (9 %)
30-34 ans	118 (35 %)	Données manquantes	3 (1 %)
35-39 ans	49 (14 %)	<b>Enfants nés hors mariage (INSEE, 2010)</b>	<b>55 %</b>
40 ans ou plus	10 (3 %)	<b>Motif de consultation principal</b>	
<b>Âge moyen à l'accouchement (INSEE, 2010)</b>	<b>30 ans</b>	Suivi de la grossesse	202 (59 %)
<b>Couverture maladie</b>		Autre motif de consultation	135 (40 %)
Couverture maladie obligatoire uniquement	43 (13 %)	Données manquantes	4 (1 %)
Couverture maladie obligatoire et mutuelle	245 (72 %)	<b>Gestité</b>	
CMU-c	39 (11 %)	1	117 (34 %)
Aide médicale d'État	8 (2 %)	2	82 (24 %)
Aucune	5 (2 %)	3	61 (18 %)
Données manquantes	1 (0 %)	4	31 (9 %)
<b>Population CMU Île-de-France* (2010)</b>	<b>10 %</b>	5, ou plus	24 (7 %)
<b>Plus haut niveau d'études</b>		Données manquantes	26 (8 %)
Bac + 5, ou plus	65 (19 %)	<b>Nombre d'enfants par femme (INSEE, 2010)</b>	<b>2</b>
Bac + 2, licence, maîtrise	119 (35 %)	<b>Grossesse estimée « à risque » par le médecin</b>	
Baccalauréat	65 (19 %)	Grossesse gémellaire	9 (3 %)
Brevet, CAP, BEP	67 (20 %)	Difficulté autour d'une grossesse	78 (23 %)
Sans diplôme	23 (7 %)	Non	228 (67 %)
Données manquantes	2 (1 %)	Données manquantes	26 (8 %)
<b>Bac ou plus (INSEE, 2010)</b>	<b>70 %</b>	<b>Terme de grossesse</b>	
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>		1 <sup>er</sup> trimestre	142 (42 %)
Agriculteurs exploitants	-	2 <sup>e</sup> trimestre	136 (40 %)
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2 (1 %)	3 <sup>e</sup> trimestre	60 (18 %)
Cadres et professions intellectuelles supérieures	65 (19 %)	Données manquantes	3 (1 %)
Professions intermédiaires	78 (23 %)	Tableau 2. Caractéristiques générales des 341 patientes incluses au cours de l'étude (données comparatives en population générale, le cas échéant) BEP : brevet d'études professionnelles ; CAP : certificat d'aptitude professionnelle ; CMU-c : couverture maladie universelle de base et complémentaire ; INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques. En raison des arrondis, les pourcentages totaux peuvent dépasser 100 %. * La documentation CMU. Bénéficiaires de la CMU de base et de la CMU complémentaire par régions. <a href="http://www.cmu.fr/">http://www.cmu.fr/</a> [consulté le 5 février 2014].	
Employés	116 (34 %)		
Ouvriers	4 (1 %)		
Retraités	-		
Sans activité professionnelle	70 (21 %)		
Données manquantes	6 (2 %)		
<b>Employés (INSEE, 2010)</b>	<b>47 %</b>		

GPSY-4) et 122 (62 %) une inquiétude sans motif (question GPSY-2). Un sentiment de culpabilité et des troubles du sommeil ont été rapportés dans respectivement 77 cas (39 %, question GPSY-1) et 70 cas (36 %, question GPSY-3). Douze femmes (6 %) ont déclaré des idées suicidaires (question GPSY-5). En attribuant un point par réponse positive au questionnaire GPSY (tableau 3), le score moyen a été de 1,2 (IC 95 = 1,1-1,4).

### Étude de validation du score obtenu à partir du questionnaire GPSY

La recherche d'une association entre les scores obtenus à partir des questionnaires EPDS et GPSY a été réalisée pour les 338 femmes (99 %) pour lesquelles il n'y avait aucune donnée manquante au questionnaire EPDS. Le test du coefficient de corrélation de Spearman attestait de la bonne corrélation de leurs distributions ( $r = 0,8$  ;  $p < 0,0001$ ). Le coefficient  $\alpha$  de Cronbach était de 0,67 (IC 95 = 0,62-0,73).

En établissant le score le plus simple (un point par réponse positive au questionnaire GPSY), le score seuil optimal pour prédire le résultat au questionnaire EPDS a été de deux réponses positives ou plus (Youden = 0,67) (figure 1). Les caractéristiques intrinsèques d'un tel score étaient bonnes, en considérant le questionnaire EPDS comme *gold standard* : Se = 85 % et Sp = 82 %. Le tableau de contingence construit à partir du score seuil retrouvait les caractéristiques extrinsèques suivantes : VPP = 63 % et VPN = 94 % (pour une prévalence de scores EPDS « positifs » de 27 % dans cette étude). La concordance entre les deux questionnaires, évaluée à l'aide du coefficient  $\kappa$  de Cohen, était moyenne ( $\kappa = 0,60$ ).

### Discussion

Cette étude avait pour objectif de construire un outil d'aide au diagnostic de la dépression pendant la grossesse adapté à la médecine générale. Le questionnaire GPSY, conçu spécifiquement pour cette occasion à partir de l'EPDS, était constitué de cinq questions binaires posées par le médecin généraliste. En choisissant un score seuil de deux réponses positives, ses caractéristiques intrinsèques (Se = 85 %, Sp = 82 %) et extrinsèques (VPP = 63 % ; VPN = 94 %) en feraient un bon test pour écarter de façon pertinente le diagnostic de dépression au cours de la grossesse.

### Forces et faiblesses de l'étude

Aucune étude à ce jour n'avait eu pour objectif d'adapter le questionnaire de référence (EPDS) pour une population francophone consultant en soins primaires. Ce travail propose un outil original, utilisable auprès de femmes

enceintes consultant en médecine générale. Sa construction, à partir d'une analyse des données de la littérature couplée aux avis de deux experts cliniciens, et sa validation ont respecté les étapes préconisées pour l'élaboration d'un instrument de mesure subjective en santé<sup>14</sup>.

La forte proportion d'investigateurs actifs (91 %) témoigne de l'intérêt des médecins généralistes pour cette problématique, et de leur investissement dans le suivi des femmes enceintes. Le nombre de sujets nécessaires, fixé empiriquement après consultation d'un expert des mesures de la subjectivité en santé, a été atteint (341/300). Les femmes enceintes incluses étaient représentatives de la population générale de l'Île-de-France en 2010, en termes d'âge, de couverture maladie, de niveau d'études, de statut conjugal et de gestité<sup>15</sup>. Le caractère fermé de la plupart des questions de l'étude a probablement limité le nombre de données manquantes.

Cette étude présente néanmoins des limites. L'absence de tirage au sort pour sélectionner les médecins généralistes volontaires a conduit à un échantillon peu représentatif : forte participation à un réseau de santé (60 %), à la FMC (95 %) ou à la maîtrise de stage (26 %). La non-inclusion des femmes déclarant un antécédent personnel psychiatrique était éthiquement justifiée pour une étude préliminaire, mais a pu biaiser la sensibilité du questionnaire GPSY à la baisse<sup>12</sup>. Aucune des femmes auxquelles l'étude a été proposée ne semblait l'avoir refusée, mais il aurait été préférable de tenir un registre des refus afin de collecter des

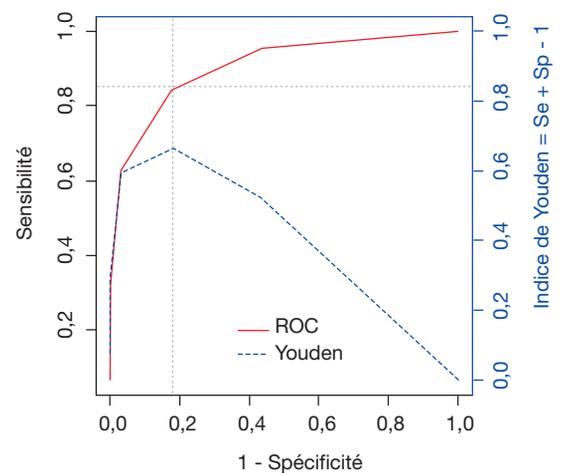


Figure 1. Courbe ROC (Receiver Operating Characteristic) et indice de Youden utilisé pour déterminer le score seuil optimal pour prédire le résultat au questionnaire EPDS à partir des réponses observées au questionnaire GPSY



<b>Edinburgh Post-natal Depression Scale (EPDS) : 10 questions à 4 modalités</b>		<b>n (%)</b>	<b>Questionnaire simplifié GPSY : 5 questions à 2 modalités</b>		<b>n (%)</b>
Pendant la semaine qui vient de s'écouler ...			Pendant la semaine qui vient de s'écouler ...		
<b>1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté</b>			-		
[0] Aussi souvent que d'habitude		205 (60 %)			
[1] Pas tout à fait autant		85 (25 %)			
[2] Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci		41 (12 %)			
[3] Absolument pas		10 (3 %)			
<b>2. Je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir</b>			-		
[0] Autant que d'habitude		228 (67 %)			
[1] Plutôt moins que d'habitude		85 (25 %)			
[2] Vraiment moins que d'habitude		17 (5 %)			
[3] Pratiquement pas		10 (3 %) NA : 2			
<b>3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal</b>			<b>1. Vous vous êtes reproché, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal</b>		
[3] Oui, la plupart du temps		27 (8 %)	[1] Oui		78 (23 %)
[2] Oui, parfois		95 (28 %)	[0] Non		263 (77 %)
[1] Pas très souvent		72 (21 %)			
[0] Non, jamais		147 (43 %) NA : 1			
<b>4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs</b>			<b>2. Vous vous êtes sentie inquiète et/ou effrayée sans motifs</b>		
[3] Non, pas du tout		109 (32 %)	[1] Oui		123 (36 %)
[2] Presque jamais		65 (19 %)	[0] Non		218 (64 %)
[1] Oui, parfois		133 (39 %)			
[0] Oui, très souvent		34 (10 %)			
<b>5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons</b>			-		
[3] Oui, vraiment souvent		14 (4 %)			
[2] Oui, parfois		92 (27 %)			
[1] Non, pas très souvent		72 (21 %)			
[0] Non, pas du tout		164 (48 %)			
<b>6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements</b>			-		
[3] Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations		24 (7 %)			
[2] Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude		99 (29 %)			
[1] Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations		116 (34 %)			
[0] Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude		102 (30 %)			
<b>7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil</b>			<b>3. Vous vous êtes sentie si malheureuse que vous avez eu des problèmes de sommeil</b>		
[3] Oui, la plupart du temps		14 (4 %)	[1] Oui		136 (40 %)
[2] Oui, parfois		65 (19 %)	[0] Non		205 (60 %)
[1] Pas très souvent		41 (12 %)			
[0] Non, pas du tout		222 (65 %)			

Suite du tableau ►

<b>Edinburgh Post-natal Depression Scale (EPDS) : 10 questions à 4 modalités</b>	<b>n (%)</b>	<b>Questionnaire simplifié GPSY : 5 questions à 2 modalités</b>	<b>n (%)</b>
<b>8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse</b>		<b>4. Vous vous êtes sentie triste ou peu heureuse</b>	
[3] Oui, la plupart du temps	20 (6 %)	[1] Oui	72 (21 %)
[2] Oui, très souvent	31 (9 %)	[0] Non	269 (79 %)
[1] Pas très souvent	126 (37 %)		
[0] Non, pas du tout	164 (48 %)		
<b>9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré</b>		-	
[3] Oui, la plupart du temps	10 (3 %)		
[2] Oui, très souvent	24 (7 %)		
[1] Seulement de temps en temps	95 (28 %)		
[0] Non, jamais	211 (62 %)		
<b>10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal</b>		<b>5 - Il vous est arrivé de penser à vous faire du mal</b>	
[3] Oui, très souvent	3 (1 %)	[1] Oui	10 (3 %)
[2] Parfois	14 (4 %)	[0] Non	331 (97 %)
[1] Presque jamais	10 (3 %)		
[0] Jamais	314 (92 %)		

Tableau 3. Description comparative de la structure et des résultats obtenus au cours de cette étude pour l'Edinburgh Post-natal Depression Scale (EPDS) et le questionnaire simplifié GPSY  
 NA : données manquantes. En raison des arrondis, les pourcentages totaux peuvent dépasser 100 %. Entre crochets, le nombre de points à attribuer à la modalité choisie pour calculer le score correspondant à chacun des deux questionnaires (score maximal EPDS : 30 ; GPSY : 5).

données sur les éventuelles non-répondantes. Enfin, les facteurs influençant la faisabilité et la fiabilité du questionnaire (caractéristiques des patientes ou du médecin, motif de la consultation) n'ont pas été étudiés. Ceci pourrait faire l'objet d'une étude ultérieure. L'étude de validation du questionnaire GPSY a été réalisée en considérant l'EPDS comme *gold standard*. Sa valeur se limite donc à prédire la positivité du score EPDS, et non pas la présence d'une dépression. Un tel *gold standard* aurait nécessité un ou plusieurs entretiens psychiatriques standardisés pour chaque patiente, et un suivi post-natal. Il peut exister un biais d'information lié au mode de passage des questionnaires (EPDS : auto-administré ; GPSY : administré par le médecin généraliste). Il serait intéressant de mener une étude complémentaire pour évaluer la fiabilité interne du questionnaire GPSY sur un plus grand échantillon. L'objectif d'une telle étude pourrait également être de confirmer la validité du questionnaire GPSY au cours du temps (fidélité test-retest) et de l'accord inter-juge, de manière à préciser sa place dans l'aide au diagnostic de la dépression au cours de la grossesse en soins primaires.

### Prévalence de la symptomatologie dépressive chez les femmes enceintes

La proportion des femmes enceintes présentant un risque élevé de développer une symptomatologie dépressive dans cette étude (score EPDS  $\geq$  11 : 27 %) était

supérieure aux données antérieures de la littérature (médiane : 20 % ; étendue : 18-25 %) <sup>16-18</sup>. L'inclusion des femmes déclarant un antécédent personnel psychiatrique aurait probablement accru cet écart. Certaines hypothèses peuvent être formulées pour tenter d'expliquer cette différence. L'échantillon des femmes enceintes incluses était caractérisé par la prévalence de plusieurs facteurs de vulnérabilité pour la dépression périnatale : difficultés socioéconomiques spécifiques à la région Île-de-France <sup>15</sup>, proportion des grossesses considérées comme « à risque » (26 %) <sup>19</sup> ou de femmes primigestes (34 %) <sup>3</sup>. La prévalence de la dépression anténatale est aussi plus élevée au cours du deuxième trimestre de la grossesse (40 % de l'échantillon) <sup>20</sup>. Enfin, le choix du score seuil pour déterminer la positivité du questionnaire EPDS influe directement la proportion des femmes enceintes présentant un risque élevé de développer une symptomatologie dépressive (11 dans cette étude vs jusqu'à 12 sur 30 dans d'autres études) <sup>16,17</sup>. Les résultats du score EPDS sont à interpréter avec précaution. Un score supérieur ou égal à 11 ne donne qu'une indication sur la probabilité de développer une symptomatologie dépressive. Il ne permet aucunement de confirmer le diagnostic de dépression périnatale (dépression anténatale ou du post-partum). Ce diagnostic reste soumis à une évaluation clinique par un professionnel de santé compétent.



## Utilisation clinique du score obtenu à partir du questionnaire GPSY

En comptabilisant un point par réponse positive au questionnaire GPSY, le score seuil optimal pour prédire le résultat au questionnaire EPDS a été de deux réponses positives ou plus. Pour une prévalence de score EPDS positif observée de 27 %, le score GPSY apparaît comme un test pertinent en soins primaires pour écarter à bon escient le diagnostic de dépression au cours de la grossesse. Un médecin généraliste considérerait, à tort, une femme enceinte comme n'étant pas à risque de symptomatologie dépressive dans seulement 6 % des cas si le score GPSY est strictement inférieur à 2. Certains auteurs ont proposé des questionnaires, simples mais non spécifiques des femmes enceintes, pour dépister une dépression. Ils se sont révélés peu performants en post-partum, car ils incluent des items somatiques (troubles du sommeil, variation de poids), peu discriminants dans ce contexte spécifique<sup>7</sup>. Le questionnaire EPDS, dont est issu le questionnaire GPSY, a l'avantage d'être adapté à la périnatalité, et d'avoir été traduit puis validé en français. En revanche, la VPP du score GPSY (63 %) et sa concordance moyenne avec le score EPDS ( $\kappa = 0,60$ ) en font un outil trop imparfait pour être utilisé comme un outil de dépistage de dépression chez une femme enceinte. Un nouveau tableau de contingence peut être construit à partir des mêmes caractéristiques intrinsèques (Se = 85 % ; Sp = 82 %) et en fixant la prévalence d'un score EPDS positif à 20 %<sup>16-18</sup>. La VPP diminue (54 %) et la VPN augmente (96 %), ce qui tendrait à renforcer la conviction d'un clinicien devant un score GPSY supérieur à 2.

Un score EPDS nul peut surprendre. Plusieurs questions de l'EPDS peuvent être cotées 1 ou 2 par une femme enceinte qui ne présenterait aucun symptôme dépressif. Certains auteurs considèrent même ces scores à 0/30 comme « défensifs », et seraient le reflet d'un désir de ne rien laisser transparaître<sup>21</sup>. Le caractère binaire des cinq questions du GPSY pourrait majorer ce phénomène : GPSY = 0/5 chez 144 femmes (42 %) vs EPDS 0/30 chez 49 femmes (15 %).

## Conclusion

Cette étude originale propose un outil utilisable auprès de femmes enceintes consultant en médecine générale : le questionnaire GPSY. Sa valeur prédictive négative élevée en fait un bon outil pour ne pas considérer une femme enceinte comme à risque de symptomatologie dépressive. Si le score GPSY est strictement inférieur à 2, cette décision serait erronée dans seulement 4 à 6 % des cas (selon la prévalence d'un score EPDS supérieur ou égal à 11 dans la population). Une validation sur un nouvel échantillon est cependant nécessaire pour préciser la place du questionnaire GPSY dans le suivi des femmes enceintes par un médecin généraliste. Son utilisation par d'autres professionnels de santé impliqués dans la périnatalité est aussi envisageable : gynécologue-obstétricien, PMI, sage-femme. Le repérage de la dépression périnatale peut aussi libérer la parole à une période de la vie où la pression de la société « impose » d'être heureuse, alors que la culpabilité et le déni confinent la femme au silence.

## Résumé

**Contexte.** La dépression du post-partum touche 13 % des femmes au décours d'une grossesse. Une dépression au cours de la grossesse en constitue le principal facteur de risque. Cette affection peut être lourde de conséquences sur le développement de l'enfant et sa famille. La plupart des cas ne sont pas identifiés par les professionnels de santé. L'Edinburgh Post-natal Depression Scale (EPDS) fait partie des tests de dépistage validés durant la période anténatale. Le temps nécessaire à sa réalisation et son interprétation demeure un obstacle majeur à son utilisation en soins primaires.

**Objectifs.** Construire un questionnaire simplifié (GPSY) à partir de l'EPDS et évaluer sa validité dans le cadre d'une aide au diagnostic de dépression au cours de la grossesse par les médecins généralistes.

**Méthode.** Enquête transversale réalisée auprès de 42 médecins généralistes d'Île-de-France. Administration successive de deux questionnaires évaluant le risque de dépression au cours de la grossesse : EPDS (questionnaire de référence) et GPSY (questionnaire simplifié). Critères d'inclusion : femmes enceintes (quel que soit le terme de la grossesse et le motif de consultation). Critères de non-inclusion : antécédent personnel psychiatrique, au moins un des deux questionnaires ininterprétable, inclusion précédente dans l'étude, refus de participation.

**Résultats.** Parmi les 341 femmes enceintes incluses, 91 femmes (27 %) avaient un score EPDS en faveur d'un risque élevé de développer une symptomatologie dépressive. En attribuant un point par réponse positive sur les cinq questions du questionnaire GPSY, le score seuil optimal pour prédire le résultat au questionnaire EPDS était de deux réponses positives ou plus (sensibilité : 85 %, spécificité : 82 %, valeur prédictive positive : 63 %, valeur prédictive négative : 94 %).

**Conclusion.** Sous réserve d'une nouvelle étude confirmant ces résultats encourageants, le questionnaire simplifié GPSY pourrait être un outil pertinent d'aide au diagnostic de la dépression au cours de la grossesse.



## Références

1. O'hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression - a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996;8:37-54.
2. Dayan J. Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2007;36:549-61.
3. Teissedre F, Chabrol H. Étude de l'EPDS (échelle postnatale d'Edinburgh) chez 859 mères: dépistage des mères à risque de développer une dépression du post-partum. *Encephale* 2004;30:376-81.
4. Ministère en charge de la Santé. Périnatalité. 2004. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/perinatalite.html> [consulté le 5 février 2014].
5. Ministère de la Santé et des Solidarités. Circulaire DHOS/DGS/O2/6 C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-08/bo0508.pdf> [consulté le 5 février 2014].
6. Haute Autorité de santé. Recommandations professionnelles. Préparation à la naissance et à la parentalité. Paris : HAS, 2005. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation\\_naissance\\_recos.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf) [consulté le 5 février 2014].
7. National Institute for Clinical Excellence. Antenatal and postnatal mental health. Clinical management and service guidance. London : NICE, 2007.
8. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-6.
9. Murray D, Cox JL. Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *J Reprod Infant Psychology* 1990;8:99-107.
10. Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, Price J, Gray R. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatr Scand* 2009;119:350-64.
11. Guedeney N, Fermanian J. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *Eur Psychiatry* 1998;13:83-9.
12. Righetti-Veltama M, Conne-Perréard É, Bousquet A, Manzano J. Construction et validation multicentrique d'un questionnaire pré-partum de dépistage de la dépression postpartum. *Psychiatr Enfance* 2006;49:513.
13. Choi SK, Kim JJ, Park YG, Ko HS, Park IY, Shin JC. The simplified Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for antenatal depression: is it a valid measure for pre-screening? *Int J Med Sci* 2012;9:40-6.
14. Falissard B. Mesurer la subjectivité en santé. Perspective méthodologique et statistique. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2008.
15. Institut national de la statistique et des études économiques. Bases de données. Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/> [consulté le 5 février 2014].
16. De Tychey C, Spitz E, Briançon S, et al. Prévalence de la dépression prénatale et stratégies de coping. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2004;52:261-5.
17. Adouard F, Glangeaud-Freudenthal NMC, Golse B. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Arch Womens Ment Health* 2005;8:89-95.
18. Gaugue-Finot J, Devouche E, Wendland J, Varescon I. Repérage de la dépression prénatale dans un échantillon de femmes françaises : liens avec la détresse psychologique, l'anxiété et le soutien social perçu. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2010;58:441-7.
19. Chatillon O, Even C. La dépression de l'antepartum : prévalence, diagnostic, traitement. *Encephale* 2010;36:443-51.
20. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol* 2004;103:698-709.
21. Poinso F, Samuëlian J-C, Delzenne V, et al. Dépressions du post-partum : délimitation d'un groupe à haut risque dès la maternité, évaluation prospective et relation mère-bébé. *Psychiatr Enfance* 2001;44 :379-413.