

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2012

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ASDAGHI Parissa

Née le 22 août 1981 à Montmorency

Présentée et soutenue publiquement le 26 juillet 2012

**Dépistage des troubles anxio-dépressifs pendant la
grossesse : évaluation d'un questionnaire à l'intention des
médecins généralistes**

Président de thèse : Professeur Dominique LUTON

Directeur de thèse : Docteur Pascale SANTANA

DES de médecine générale

REMERCIEMENTS

Au Professeur Dominique LUTON,
Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Aux Professeurs Caroline DUBERTRET et Emmanuel GRIMPREL, au Docteur Véronique KESSELER,
Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de faire partie du jury de cette thèse.

Au Docteur Pascale SANTANA,
Merci de m'avoir proposé ce travail et d'avoir accepté de diriger cette thèse.

Au Docteur Julien GELLY,
Merci pour ta disponibilité et tes conseils pertinents concernant la partie statistique de cette thèse.

Aux patientes et aux médecins qui ont participé à cette étude.

A toute l'équipe du cabinet médical des Toupets à Vauréal,
Pour avoir rendu mon premier environnement de travail aussi accueillant et chaleureux.

A mes parents,
Pour votre amour inconditionnel, les valeurs que vous m'avez transmises, la confiance que vous m'accordez, votre patience, votre soutien et votre encouragement permanent tout au long de mes études et dans ma vie. Je n'en serais pas là sans vous aujourd'hui.

A mon frère,
Pour ton amour, ton soutien, ton aide sans faille déjà dès les premières années d'école, et pour être un grand frère protecteur.

A ma belle-sœur,
Je remercie d'abord mon frère d'avoir choisi une femme aussi merveilleuse pour devenir ma sœur, merci pour ton sens du service, ton encouragement et tes conseils avisés.

A mes deux amours de nièces, Dina et Leyli, qui m'émerveillent.

A mes proches, ils se reconnaîtront,
Pour leur amour, leur amitié fidèle et sincère, leurs conseils, leur patience et leur présence quelles que soient les circonstances.

Je rends grâce au Ciel pour tout ce que j'ai la chance de vivre chaque jour.

« Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas, c'est parce que nous n'osons pas qu'elles sont difficiles. » Sénèque

LISTE DES ABREVIATIONS

CIM : Classification Internationale des Maladies

DPP : Dépression du post-partum

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux

EPDS : *Edinburgh Post-natal Depression Scale*

ESPT : Etat de stress post-traumatique

FMC : Formation médicale continue

HAS : Haute Autorité de Santé

IC95% : Intervalle de confiance à 95%

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ISRS : Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

Max : Valeur maximale

Méd : Médiane

Min : Valeur minimale

Moy : Moyenne

N ou n : Nombre d'investigateurs ou de patientes

OR : *Odds-ratio*

PMI : Protection maternelle et infantile

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

RDC : *Research Diagnostic Criteria*

SA : Semaine d'aménorrhée

Se : Sensibilité

SG : Semaine de grossesse

Sp : Spécificité

TC : Antidépresseurs tricycliques

TCC : Thérapie comportementale et cognitive

TIP : Psychothérapie interpersonnelle

TOC : Troubles obsessionnels compulsifs

VPN : Valeur prédictive négative

VPP : Valeur prédictive positive

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	3
FIGURES ET TABLEAUX	10
INTRODUCTION	12
ETAT DES LIEUX.....	14
I. LES DEPRESSIONS PERINATALES	14
1. La dépression anténatale	14
1.1. Définition.....	14
1.1.1. Selon le DSM (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux)-IV :.....	14
1.1.2. Selon la CIM (Classification Internationale des Maladies)-10 :.....	16
1.2. Prévalence	17
1.3. Facteurs de risque	17
1.4. Sémiologie	19
1.5. Evolution	20
1.6. Diagnostics différentiels / autres troubles anxieux ou de l'humeur anténatals	21
1.6.1. Inquiétudes ordinaires et troubles anxieux	21
1.6.2. Psychoses aiguës, états maniaques et mélancoliques, troubles de l'humeur délirants	22
1.7. Cas particulier du stress pendant la grossesse : effets sur le développement du bébé et de l'enfant.....	22
1.8. Complications	22
1.8.1. Pour la future mère	23
1.8.2. Pour l'enfant à naître	24
1.9. Traitement.....	25
1.9.1. Etat des lieux des différentes possibilités thérapeutiques	25
1.9.1.1. Les médicaments antidépresseurs	25
1.9.1.2. Moyens thérapeutiques non médicamenteux.....	26
1.9.2. Stratégie thérapeutique	28
2. La dépression du post-partum (DPP)	30
2.1. Définition selon les classifications internationales.....	30
2.2. Prévalence	31
2.3. Facteurs de risque	32
2.4. Sémiologie	36

2.5. Evolution	37
2.6. Diagnostics différentiels / autres troubles anxieux ou de l'humeur du post-partum.....	38
2.6.1. Le post-partum blues	38
2.6.2. La psychose puerpérale	40
2.6.3. Inquiétudes ordinaires et troubles anxieux	42
2.7. Complications	44
2.7.1. Pour la mère et la relation avec son bébé	44
2.7.2. Pour l'enfant	45
2.8. Traitement	46
2.8.1. Etat des lieux des différentes possibilités thérapeutiques	46
2.8.1.1. Médicaments antidépresseurs et allaitement	46
2.8.1.2. Moyens thérapeutiques non médicamenteux.....	47
2.8.2. Stratégie thérapeutique	48
II. PREVENTION ET DEPISTAGE	51
1. Les moments clés de la prévention	51
2. Les acteurs de la prévention	52
3. Dépistage et diagnostic	54
4. Les propositions d'actions des autorités de santé	54
4.1. Présentation des textes de référence	55
4.1.1. Le plan Périnatalité « Humanité, proximité, sécurité, qualité » 2005-2007	55
4.1.2. La circulaire DHOS/DGS/02/6 C n° 2005-300 du 04 juillet 2005 dite « Circulaire Molénat »	55
4.1.3. Les recommandations de l'HAS intitulées « Préparation à la Naissance et à la Parentalité » (PNP)	56
4.2. Recommandations extraites des textes de référence	57
4.2.1. L'entretien prénatal précoce	57
4.2.2. Promouvoir le travail en réseau : les réseaux de périnatalité	61
4.2.3. Le carnet de santé maternité	62
5. Présentation de l'EPDS	63
5.1. Construction et validation de l'EPDS	64
5.2. Utilisation de l'EPDS	66
5.3. Traduction et validation de l'EPDS en français	67
5.4. Extension de l'utilisation de l'EPDS	68
5.5. Limites et forces de l'EPDS	69

5.6. Connaissance et utilisation de l'EPDS par les médecins généralistes..	69
METHODES	71
I. OBJECTIFS DE L'ENQUETE	71
II. POPULATION CIBLE	71
III. DESCRIPTION DE L'ENQUETE	72
1. Type d'enquête.....	72
2. Mode de sélection des médecins généralistes	72
3. Durée de l'enquête	73
4. Les outils utilisés	73
4.1. Le questionnaire EPDS (cf annexe 1).....	73
4.2. Le questionnaire GPSY (cf annexe 2).....	73
4.3. Données « patiente »	74
4.4. Données « médecin »	75
4.5. L'affiche explicative (cf annexe 3).....	76
5. Modalités pratiques : procédure et considérations éthiques.....	76
6. Relances	78
IV. RECUEIL ET ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES	79
1. Recueil de données : description des variables et règles de codage	79
2. Plan d'analyse statistique	80
RESULTATS	82
I. DESCRIPTION DES POPULATIONS ETUDIEES.....	82
1. Populations étudiées	82
1.1. Investigateurs.....	82
1.2. Echantillon de patientes	82
2. Caractéristiques sociodémographiques des médecins investigateurs	83
2.1. Age et sexe	83
2.2. Faculté d'études et année d'installation	84
2.3. Lieu et mode d'exercice	85
2.4. Appartenance à un (des) réseau(x) de soins	86
2.5. Orientations d'exercice	87
2.6. Autre activité en plus de l'exercice de la médecine libérale	87
2.7. Formation médicale continue (FMC).....	87
3. Données sociodémographiques des patientes interrogées	88
3.1. Age	88
3.2. Couverture sociale	89

3.3. Niveau d'études	90
3.4. Catégorie socioprofessionnelle	90
3.5. Etat matrimonial	91
3.6. Motif de consultation principal.....	92
3.7. Gestité	94
3.8. Grossesses « à risque »	94
3.9. Terme de la grossesse en cours.....	95
II. DESCRIPTION DES RESULTATS AUX QUESTIONNAIRES GPSY ET EPDS	96
1. Répartition des questionnaires par médecin investigateur	96
2. Ordre de passage des questionnaires.....	97
3. Scores au questionnaire GPSY	98
4. Scores au questionnaire EPDS	100
5. Concordance GPSY/EPDS	102
III. ETUDE DE VALIDATION DU QUESTIONNAIRE GPSY	105
1. Population analysée	105
2. Test du coefficient de corrélation.....	105
3. Régression logistique	105
4. Valeurs intrinsèque et extrinsèque du questionnaire GPSY	106
5. Coefficient Kappa	108
DISCUSSION	109
I. FORCES DU TRAVAIL.....	109
1. Originalité du travail.....	109
2. Proportion élevée d'investigateurs ayant inclus au moins une patiente.....	109
3. Nombre de patientes incluses et représentativité de l'échantillon	109
4. Peu de données manquantes.....	110
II. BIAIS ET LIMITES METHODOLOGIQUES	110
1. Concernant le recrutement des médecins généralistes : biais de sélection	110
2. Concernant la proportion élevée d'investigateurs ayant inclus au moins une patiente	111
3. Concernant l'exclusion de notre population d'étude des femmes aux antécédents personnels psychiatriques (notamment dépressifs).....	111
4. Concernant l'absence d'un registre des refus	112
5. Concernant le « <i>gold standard</i> »	112
6. Concernant l'absence de pré-test pour le questionnaire GPSY	113

7. Concernant le mode de passage des deux questionnaires : biais d'information	113
8. Concernant l'absence de suivi post-natal	113
9. Concernant l'absence de recueil de l'acceptabilité/faisabilité/satisfaction des investigateurs.....	114
10. Concernant l'absence d'analyses complémentaires	114
III. COMPARAISONS DES DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES DEUX POPULATIONS ETUDIEES A CELLES DE LA POPULATION GENERALE	116
1. Comparaison des données sociodémographiques des médecins investigateurs à celles des médecins généralistes de la région Ile-de-France..	116
2. Comparaison des données sociodémographiques des patientes interrogées à celles de la population générale.....	117
2.1. Concernant l'âge.....	117
2.2. Concernant la couverture sociale.....	117
2.3. Concernant les diplômes et catégories socioprofessionnelles	117
2.4. Concernant le statut marital	118
2.5. Concernant le nombre moyen de grossesses par femme.....	119
IV. PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE ET COMPARAISONS AVEC D'AUTRES TRAVAUX	120
1. Nombre de questionnaires remplis	120
2. Comparaison de la prévalence de la symptomatologie dépressive chez la femme enceinte dans notre étude, à celle dans la population générale	121
2.1. Hypothèses proposées pour expliquer cette différence	123
2.2. Cette prévalence est à interpréter avec précaution : de la symptomatologie dépressive au diagnostic de dépression prénatale	125
3. Etude de validation du questionnaire GPSY.....	127
3.1. Interprétation des analyses statistiques	127
3.2. Comparaisons avec d'autres études.....	129
3.3. Estimation des valeurs extrinsèques du test GPSY dans une population avec 20% de scores EPDS positifs.....	133
4. Réflexion sur les scores à zéro et la prise en compte des idées suicidaires	134
4.1. Scores à zéro réels ou défensifs ?.....	134
4.2. EPDS 10 et GPSY 5	134
V. PROPOSITIONS POUR L'AVENIR	137
CONCLUSION.....	144
ANNEXES	146

I. Questionnaire EPDS.....	146
II. Questionnaire GPSY	148
III. Affiche salle d'attente	150
BIBLIOGRAPHIE.....	151
FICHE DE THESE.....	160
SUMMARY	162
RESUME	163
PERMIS D'IMPRIMER	164

FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Sexe des médecins investigateurs	83
Figure 2 : Répartition par tranches d'âge des médecins investigateurs	84
Figure 3 : Faculté d'études des médecins investigateurs	84
Figure 4 : Département d'exercice des médecins investigateurs.....	85
Figure 5 : Zone d'exercice des médecins investigateurs (en nombre).....	85
Figure 6 : Mode d'exercice des médecins investigateurs (en nombre).....	86
Figure 7 : Participation des médecins investigateurs à des actions de FMC	88
Figure 8 : Répartition de l'âge des patientes	89
Figure 9 : Couverture sociale des patientes interrogées	89
Figure 10 : Niveau de diplôme des patientes interrogées.....	90
Figure 11: Catégories socioprofessionnelles représentées par les patientes selon la source INSEE (2003).....	91
Figure 12 : Statut marital des patientes interrogées	91
Figure 13 : Motif de consultation principal des patientes	92
Figure 14 : Nombre de grossesses par femme.....	94
Figure 15 : Grossesses « à risque » parmi les patientes interrogées	95
Figure 16 : Terme de la grossesse	95
Figure 17 : Nombre de médecins ayant participé à l'étude, par cabinet investigateur	96
Figure 18 : Nombre de questionnaires remplis par centre investigateur (n°1)	97
Figure 19 : Ordre de passage des deux questionnaires par femme interrogée	98
Figure 20 : Répartition des réponses au questionnaire GPSY parmi toutes les patientes interrogées	98
Figure 21 : Nombre de réponses « oui » au questionnaire GPSY	99
Figure 22 : Répartition des réponses au questionnaire GPSY parmi les patientes ayant répondu au moins une fois « oui »	99
Figure 23 : Graphique en radar des réponses au questionnaire GPSY parmi les patientes ayant répondu au moins une fois « oui »	100
Figure 24 : Taux de positivité au questionnaire EPDS parmi les patientes interrogées	101
Figure 25 : Scores au questionnaire EPDS des patientes interrogées	101
Figure 26 : Répartition des réponses aux différentes questions du questionnaire EPDS parmi toutes les patientes interrogées	102
Figure 27 : Catégories socioprofessionnelles représentées parmi les femmes ayant un emploi en 2010 en France	118

Tableau 1 : Liste des catégories socioprofessionnelles selon la source INSEE (2003)	79
Tableau 2 : Réseaux représentés parmi les médecins investigateurs	86
Tableau 3 : Orientations d'exercice des médecins investigateurs	87
Tableau 4 : Activités parallèles des médecins investigateurs	87
Tableau 5 : Paramètres de position et de dispersion de l'âge des patientes interrogées (en années)	88
Tableau 6 : Autres motifs de consultation des patientes	93
Tableau 7 : Nombre de questionnaires remplis par centre investigateur (n°2)	97
Tableau 8 : Comparaison des réponses au questionnaire GPSY aux réponses au questionnaire EPDS, à question équivalente	103
Tableau 9 : Paramètres de position et de dispersion des scores EPDS et GPSY	105
Tableau 10 : Régression logistique du résultat au questionnaire EPDS (variable discrétisée)	106
Tableau 11 : Tableau récapitulatif des sensibilités, spécificités et indices de Youden pour les différents seuils de réponses positives au questionnaire GPSY	107
Tableau 12 : Tableau de contingence (variable GPSY discrétisée : positif si 2 réponses positives ou plus)	107
Tableau 13 : Mesure de l'association entre la réponse à GPSY 5 et les quatre autres réponses du GPSY par le test exact de Fisher	128
Tableau 14 : Tableau de contingence obtenu avec une prévalence de scores EPDS positifs de 20%	133
Tableau 15 : Comparaison des scores EPDS et GPSY parmi les trois patientes ayant répondu positivement à EPDS 10 mais ayant un score total inférieur à 11	136
Tableau 16 : Comparaison des scores EPDS et GPSY entre les deux patientes ayant répondu positivement à GPSY5 mais ayant un score total EPDS inférieur à 11	136

INTRODUCTION

La dépression du post-partum est un problème bien connu, qui touche environ 13% des femmes. Les conséquences possibles sur l'état de santé de la mère et de l'enfant justifient le repérage précoce de cette pathologie. Parmi les principaux facteurs de risque de dépression du post-partum figurent les manifestations anxieuses et dépressives au cours de la grossesse.

Une vigilance accrue au cours de la grossesse et un dépistage précoce des troubles psychiques de type anxio-dépressifs par le médecin généraliste, interlocuteur privilégié de ces patientes, permettraient d'identifier les femmes à risque de dépression du post-partum et de leur proposer un accompagnement psychologique et social durant la grossesse, efficace pour réduire la prévalence de ce problème de santé publique.

Le questionnaire *Edinburgh Post-natal Depression Scale* (EPDS) actuellement validé sur le plan international pour le dépistage des troubles de l'humeur du péri-partum est peu adapté à la pratique ambulatoire de la médecine générale (il comporte 10 questions à choix multiples). On suppose qu'un questionnaire simplifié serait plus adapté en médecine générale en termes d'acceptabilité, de faisabilité, et de temps. Il permettrait néanmoins de dépister les troubles de l'humeur.

Un questionnaire élaboré spécifiquement pour les médecins généralistes, à partir du questionnaire EPDS, constitue-t-il une aide au dépistage des troubles anxio-dépressifs au cours de la grossesse ?

Dans un premier temps, nous ferons un état des lieux des dépressions périnatales suivi d'une présentation des propositions d'actions des autorités de santé en matière de prévention des troubles dépressifs de la périnatalité, à travers l'étude des principaux textes de référence. Nous présenterons par la suite le questionnaire EPDS ainsi que ses limites.

Dans un deuxième temps, nous présenterons notre enquête de construction d'un questionnaire simplifié, menée auprès de femmes enceintes interrogées par des médecins généralistes.

ETAT DES LIEUX

I. LES DEPRESSIONS PERINATALES

Dans nos sociétés, si les désagréments somatiques sympathiques de la grossesse sont tolérés, les symptômes anxio-dépressifs pendant la période périnatale restent peu admis du fait de l'idéalisation de cette période de la vie. Il en résulte un sentiment de désarroi, du fait du décalage vécu par ces femmes entre leur état psychique et émotionnel, et les représentations habituelles de la femme enceinte : les sentiments de culpabilité et de honte sont souvent au premier plan. Les troubles sont souvent atypiques, masqués par la patiente et/ou banalisés par l'entourage dans une sorte de déni collectif, ce qui rend le diagnostic difficile.

1. La dépression anténatale [1]

1.1. Définition

La dépression de la grossesse reste définie par les classifications internationales (détaillées au chapitre 2.1), distinguant dépressions majeures et mineures, et désigne toute dépression survenant à n'importe quel moment de la grossesse (les critères diagnostiques sont donc ceux utilisés à d'autres périodes). Pour rappel :

1.1.1. Selon le DSM (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux)-IV :

Critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur :

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines, presque tous les jours, et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir :

1. humeur dépressive présente pratiquement toute la journée ;

2. diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée ;
3. perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (exemple : modification du poids corporel en un mois excédant 5%), ou diminution ou augmentation de l'appétit ;
4. insomnie ou hypersomnie ;
5. agitation ou ralentissement psychomoteur ;
6. asthénie ou perte d'énergie ;
7. sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) ;
8. diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision ;
9. pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

C. Les symptômes traduisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (exemple : une substance donnant lieu à abus, un médicament), ou d'une affection médicale générale (exemple : hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas expliqués par un deuil, c'est-à-dire qu'après la mort d'un être cher, les symptômes persistent plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

Un épisode de symptômes dépressifs d'au moins deux semaines, mais avec au plus quatre symptômes et non pas cinq, et au minimum deux, est dit **mineur**.

Une étude a cherché à savoir quels symptômes utilisés par le DSM-IV (parmi les symptômes 3 à 9 cités plus haut) sont les plus pertinents en période périnatale afin de différencier les femmes dépressives de celles qui ne le sont pas, et a conclu aux symptômes « agitation ou ralentissement psychomoteur » et « diminution de la concentration » en anténatal, et aux symptômes « agitation ou ralentissement psychomoteur » « diminution de la concentration » et « asthénie » en post-natal. Selon cette étude, la modification de l'appétit n'est pas un symptôme discriminant en période périnatale. [2]

1.1.2. Selon la CIM (Classification Internationale des Maladies)-10 :

Episode dépressif :

- Au moins deux des trois symptômes typiques suivants :
humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir, augmentation de la fatigabilité ;
- Associés à au moins deux autres symptômes dépressifs parmi :
diminution de la concentration et de l'attention, diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, idées de culpabilité ou de dévalorisation, attitude morose et pessimiste face à l'avenir, idées ou actes auto-agressifs ou suicidaires, perturbation du sommeil, et diminution de l'appétit ;
- L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, et peut s'accompagner de symptômes dits « somatiques », par exemple un réveil matinal précoce, plusieurs heures avant l'heure habituelle, une aggravation matinale de la dépression, une perte de la libido.
- Les symptômes sont présents depuis au moins deux semaines.

1.2. Prévalence

Parmi les récentes revues des données de prévalence, l'une (méta-analyse de 21 études) [3] conclut à des prévalences de 7,4 %, 12,8 %, et 12 % respectivement pour les premier, deuxième et troisième trimestres. La seconde [4] rapporte une prévalence entre 10 à 15 %, mais 26 % dans les concentrations urbaines défavorisées et jusqu'à 35 % dans les communautés afro-américaines. La plus récente revue [1] montre un taux plus faible, lorsque la seule dépression majeure est considérée : 3,1 à 4,9 % de prévalence à différents stades de la grossesse, avec toujours une diminution de la prévalence autour du troisième trimestre (contre 1 à 5,9 % dans l'année du post-partum). Une récente étude rétrospective [5] (4398 grossesses menées à terme) relève 6,9 % de dépressions gravidiques.

Pour résumer, malgré des différences de définitions et de méthodologies, et les biais rencontrés dans les études rétrospectives, les revues d'études épidémiologiques concluent à une prévalence de 5 à 15 % pour la dépression gravidique. Le chiffre le plus bas concerne la dépression majeure et rejoint celui de la prévalence de la dépression dans la population générale sur un an, durée comparable aux neuf mois d'une grossesse. Contrairement aux idées reçues, la grossesse ne protège donc pas de la dépression. Il est ainsi important d'identifier les populations à risque, comme celles n'accédant pas aux soins.

Ainsi selon ces chiffres, au moins une femme enceinte sur dix se présentant aux rendez-vous réguliers de suivi de grossesse est ou sera déprimée, mais les études montrent que seules très peu d'entre elles sont réellement diagnostiquées en tant que tel. La dépression anténatale est donc une pathologie peu connue et sous-diagnostiquée.

1.3. Facteurs de risque

Selon une récente revue de la littérature [1], les facteurs de risque de dépression gravidique mis en évidence sont :

- des antécédents personnels de dépression, de dépression du post-partum,
- des antécédents familiaux de dépression et de dépression du post-partum,
- des troubles anxieux pendant la grossesse,
- les difficultés sociales ou de couple (au sens de manque de support ou conflit) :
facteur souligné à maintes reprises par plusieurs auteurs [6,7],
- un contexte socioprofessionnel défavorable,
- l'absence de désir de grossesse,
- un antécédent récent d'interruption spontanée de grossesse,
- une procréation médicalement assistée,
- les grossesses « à risque » sur un plan obstétrical (y compris grossesse multiple),
- l'addiction à des substances psycho-actives,
- l'alexithymie (difficultés dans l'expression verbale des émotions),
- un stress important et/ou des événements de vie négatifs [7],
- on soulignera aussi la corrélation plus spécifiquement retrouvée avec la primiparité [8], mais qui reste discutée par d'autres auteurs.

Il semble que la dépression gravidique soit indépendante du groupe ethnique, une fois les facteurs sociodémographiques pris en compte.

Une seule étude génétique a été conduite et souligne l'imputabilité minime du génotype en regard des facteurs psychosociaux. [1]

D'autres auteurs [9] mettent l'accent sur les facteurs générateurs de souffrance dépressive durant la grossesse tels que :

- les mandats générationnels négatifs dont a pu hériter la jeune femme enceinte, reliés au parcours procréatif antérieur de sa propre mère et grand-mère;
- les changements liés à la dynamique de couple passée et actuelle bouleversée par l'arrivée d'un tiers ;

- les bouleversements de l'image du corps et de l'identité de la future mère, mise à mal par l'incertitude inévitable sur la gestation engagée et l'angoisse de ne pas la mener à terme ;
- le style de *coping* (faculté individuelle de faire face à des évènements de vie) mis en place durant la grossesse, en appuyant l'hypothèse que certaines modalités de *coping* devraient favoriser l'adaptation alors que d'autres devraient être davantage corrélées à un risque de dépression.

→ Les facteurs de risque sont donc ceux de toute dépression, auxquels s'ajoutent plus spécifiquement le vécu douloureux de la grossesse, les grossesses compliquées ou assistées médicalement. Tous sont identifiables lors d'un interrogatoire de routine, incluant la recherche systématique d'antécédents psychiatriques et de traitement antidépresseur. La demande de soins chez les femmes enceintes déprimées est corrélée à la sévérité de la dépression, l'existence de comorbidités psychiatriques et l'existence d'un suivi psychiatrique avant la grossesse. [1]

1.4. Sémiologie

La dépression de la grossesse n'a pas de caractéristiques sémiologiques très spécifiques. Le sujet dépressif associe diversement tristesse et anhédonie (symptômes nécessaires au diagnostic des classifications internationales) ainsi qu'anticipation péjorative de l'avenir, réduction du désir en général et de la libido en particulier, restriction des investissements, mésestime de soi, irritabilité, rarement idées suicidaires. [8]

À ces manifestations subjectives s'ajoute un cortège de signes fonctionnels (réduction de l'appétit, troubles du sommeil, réduction de la libido, ralentissement psychomoteur dans les formes sévères). Le diagnostic peut être délicat, surtout au premier et troisième trimestre de grossesse lorsque les préoccupations ou les

modifications corporelles inhérentes à cet état, a fortiori celles résultant de complications obstétricales, peuvent se confondre avec des manifestations dépressives. En effet, le principal écueil diagnostique est le chevauchement symptomatique : certains symptômes « sympathiques » du début de grossesse (asthénie, troubles du sommeil et de l'alimentation, labilité émotionnelle, tristesse de l'humeur) miment la symptomatologie dépressive. Durant cette période, l'entretien diagnostique doit privilégier des signes plus spécifiques (idéation dépressive, ralentissement psychomoteur. . .). Le clinicien doit donc prendre en compte le stade de la grossesse, mais également à tout stade la possible réticence de la patiente à livrer des symptômes ou affects dépressifs, dans une période où codes sociaux et instances psychiques imposent d'être « heureuse ». [1]

Pour ajouter à la difficulté, des plaintes somatiques peuvent elles-mêmes traduire un état dépressif. Une étude récente [10] a confirmé les résultats d'études précédentes ayant mis en évidence plus de plaintes à type de douleurs abdominales (ou plus spécifiquement la triade « nausée/contraction/consommation d'antalgiques ») chez les femmes enceintes dépressives, ainsi qu'un haut de degré de somatisation de la dépression gravidique. Il s'agit d'une découverte ayant des implications cliniques importantes, puisque la présentation première de symptômes somatiques peut masquer une dépression sous-jacente et mener à des interventions inadaptées. La dépression gravidique se présente donc souvent sous une forme « silencieuse ».

1.5. Evolution

L'évolution en est particulière : la plupart des dépressions cessent spontanément avant la naissance mais environ 20 à 40 % se prolongent ou récidivent durant le post-partum. Surtout, une dépression majeure en rémission traitée par des psychotropes avant la grossesse ou en début de grossesse tend à récidiver dans 50

à 75 % des cas avant la naissance si les psychotropes sont arrêtés, contre environ 25 % des cas si le traitement est maintenu. [8]

1.6. Diagnostics différentiels / autres troubles anxieux ou de l'humeur anténatals

1.6.1. Inquiétudes ordinaires et troubles anxieux

• Inquiétudes :

Les inquiétudes par rapport à la grossesse, l'accouchement et la santé du nouveau-né sont assez fréquentes, souvent passagères et ne ressortent pas de la pathologie. La vulnérabilité anxieuse peut être un trait de caractère mais peut aussi s'associer à l'issue défavorable d'une grossesse antérieure, à l'interférence d'un stress, notamment un deuil, ou à la connaissance d'un risque actuel. Certains auteurs ont utilisé des échelles pour évaluer « l'inquiétude spécifique » ou « anxiété relative à la grossesse » [8] et montré qu'un seuil élevé était significativement corrélé à un risque élevé de complications obstétricales.

• Troubles anxieux caractérisés :

La maternité est un facteur de risque pour l'apparition de pathologies anxieuses, avec une continuité semble-t-il un peu plus marquée que pour les troubles dépressifs, entre pré- et post-partum qui est souvent une période d'aggravation de troubles préexistants [11]. Toutefois, les études sont rares, et leurs résultats pour beaucoup restent à confirmer sur des échantillons plus larges. Quatre troubles anxieux, ont été plus particulièrement étudiés : les troubles obsessionnels compulsifs (TOC), le trouble panique, l'anxiété généralisée et les syndromes de stress (aigu et post-traumatique). Enfin, les manifestations anxieuses sont un excellent indicateur de la survenue de troubles dépressifs post-natals.

1.6.2. Psychoses aiguës, états maniaques et mélancoliques, troubles de l'humeur délirants

Moins fréquente que durant le post-partum, l'existence de « psychoses » survenant durant la période anténatale fut attestée par Esquirol et confirmée dans les travaux plus récents [12] et la sémiologie ne paraît pas différer des manifestations plus tardives. Ces psychoses prénatales marqueraient une forte tendance à la récurrence lors des grossesses suivantes, 30 % selon Paffenberger [8].

1.7. Cas particulier du stress pendant la grossesse : effets sur le développement du bébé et de l'enfant

Une revue de la littérature (2009) [13] concernant les recherches sur l'effet du stress prénatal aboutit aux constatations suivantes :

- Stress prénatal et développement du bébé et de l'enfant :

Les auteurs avancent l'existence d'un lien direct entre l'état émotionnel des mères et le comportement du fœtus (variation dans le rythme cardiaque et suppression de l'activité motrice par exemple), les complications de la grossesse (interruptions spontanées de grossesse, accouchements prématurés et petit poids de naissance) mais également avec les capacités de régulation émotionnelle ayant une incidence sur le comportement ultérieur de l'enfant (difficultés comportementales, émotionnelles, cognitives et neurologiques, développement psychomoteur retardé).

- Stress et psychopathologies :

Plus qu'un effet direct du stress sur une forme spécifique de psychopathologie, Huizink et al. ont avancé qu'une exposition au stress prénatal conduirait plutôt à une vulnérabilité générale aux troubles psychopathologiques. [14]

1.8. Complications

La dépression gravidique est à risque de complications pour la mère comme pour l'enfant. Le premier risque est l'absence de recours aux soins, du fait de la grossesse. Plusieurs études montrent un taux de dépressions gravidiques traitées

faible [5,15,16], bien qu'en augmentation [17]. Il est plus élevé en cas de dépression récurrente et d'antécédents de traitement [15].

Pour la mère, les complications sont celles de toute dépression, auxquelles s'ajoutent des complications obstétricales parfois sévères. Le risque est également le développement d'une dépression du post-partum, aux conséquences délétères pour la relation mère-bébé.

Pour l'enfant, les complications sont la prématurité, un faible poids de naissance, un risque majoré de mort subite du nourrisson et des troubles émotionnels et psychiques lors du développement.

1.8.1. Pour la future mère

- La mortalité par suicide est moindre chez les femmes enceintes que dans la population générale, la grossesse étant donc à cet égard un facteur de protection. Néanmoins, chez les femmes enceintes déprimées, le suicide constitue la première cause de décès [18].
- La dépression gravidique serait corrélée à des complications de la délivrance, un taux majoré de césariennes en urgence, un plus haut risque d'hypertension artérielle gravidique avec prééclampsie (voire éclampsie), en cas de dépression du premier trimestre [1], et un risque accru d'avortement spontané. [19,20]
- Plusieurs études ont montré que la dépression gravidique était un facteur de risque de dépression du post-partum [21,22]. Ces études modernes confirment les observations cliniques de Louis-Victor Marcé, père de la psychopathologie périnatale, qui dès le XIXème siècle, avait explicitement signalé ce lien [23].
- Les troubles psychiques à distance de l'accouchement semblent également plus fréquents, indépendamment de la survenue d'une dépression du post-partum. [1]
- Impact sur le comportement de la mère (négligence) avec une diminution du suivi : comparativement aux femmes non dépressives, elles n'assistent pas ou peu aux visites prénatales et ont moins d'échographies de surveillance.

- Abus de substances : elles ont une consommation d'alcool, de tabac et d'autres drogues supérieures aux femmes non dépressives. [20]

1.8.2. Pour l'enfant à naître [1]

- La dépression maternelle semble corrélée à un taux majoré de prématurité, une croissance intra-utérine retardée, une diminution du poids de naissance et un taux plus élevé d'admissions en réanimation.
- Une étude rétrospective récente suggère qu'une dépression maternelle dans l'année précédant le terme pourrait augmenter le risque de mort subite du nourrisson [24].
- S'y ajoutent les risques inhérents à une prolongation ou une rechute de la dépression en post-partum, dont l'effet délétère sur le développement de la relation mère-enfant est avéré.
- Selon une étude récente [20], à la naissance, les nouveau-nés de mère dépressive sont difficilement consolables, plus irritables. Les troubles dépressifs maternels ont des conséquences sur le développement psychomoteur de leurs enfants, y compris *in utero*. Un retard de développement cognitif et émotionnel a été décrit chez les enfants nés de mères dépressives.
- Pawlby et al. ont montré que la dépression maternelle au cours de la grossesse multiplie par 4,7 le taux de dépression de l'enfant au moment de son adolescence [25].
- Un suivi de cohorte, sur 32 ans, soulève l'hypothèse d'une criminalité accrue chez les adultes masculins nés de mères déprimées, mais souffre de biais de remémoration et de confusion multiples. [26]

1.9. Traitement [1,20,25,27]

1.9.1. Etat des lieux des différentes possibilités thérapeutiques

1.9.1.1. Les médicaments antidépresseurs

Une récente étude rétrospective relève un taux de prescription d'antidépresseurs durant la grossesse avoisinant 8 %, et en augmentation sur quatre ans [28]. C'est l'illustration d'un trouble fréquent, et le possible reflet d'une prescription par excès. La grossesse comptant encore parmi les contre-indications au moins relatives, de nombre d'antidépresseurs, leur prescription appelle à une grande vigilance.

Les médicaments les plus étudiés sont les **tricycliques** (TC ; les plus anciennement prescrits) et les **inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine** (ISRS ; les plus prescrits actuellement). Pour les autres molécules, les résultats sont insuffisants. Les données sont rassurantes pour les TC et les ISRS dans leur globalité quant au risque tératogène. Certains ISRS (comme la paroxétine) ont toutefois été corrélés à un risque malformatif cardiaque et font l'objet de mises en garde. L'impact sur le poids de naissance et le risque de prématurité est avéré, mais minime aux plans statistique et clinique. Le syndrome comportemental observé chez certains nouveau-nés de mères traitées par ISRS est à l'origine de recommandations de diminuer, voire arrêter progressivement le traitement au troisième trimestre. Ce syndrome étant rare, et d'évolution favorable, cette précaution ne doit pas être systématique et confrontée aux risques liés à une rechute. Les résultats quant aux conséquences d'une exposition gestationnelle à un traitement antidépresseur sur le neurodéveloppement sont rassurants. En revanche, il a été montré qu'une dépression gravidique non traitée peut occasionner des retards d'acquisitions chez certains enfants [29]. Les ISRS prescrits en fin de grossesse ont récemment été corrélés à une majoration faible mais significative du risque d'hypertension artérielle pulmonaire néonatale. Cette affection d'une particulière gravité (10 à 20 % de décès)

constituerait, si ce lien était confirmé, une rare, mais sérieuse complication d'un traitement antidépresseur administré durant la grossesse.

L'augmentation du métabolisme maternel après le premier trimestre peut diminuer la biodisponibilité des métabolites actifs et requérir l'augmentation des posologies pour maintenir l'efficacité thérapeutique [28]. Une rechute précoce à ce stade de la grossesse doit donc être recherchée. Après l'accouchement, le retour rapide au niveau de métabolisme antérieur exposerait à un risque de surdosage, requérant une vigilance accrue quant à la tolérance et, le cas échéant, un retour rapide aux posologies initiales.

En cas d'initiation d'un antidépresseur durant la grossesse, la durée de traitement requise inclura souvent la période de l'allaitement. Une revue des nombreux rapports de cas [30] montre l'absence de complication en cas d'allaitement sous ISRS, qui semblent à cet égard le traitement le plus sûr. Il est important d'informer et de rassurer les patientes sur cette question le plus tôt possible.

1.9.1.2. Moyens thérapeutiques non médicamenteux

• Psychothérapies :

De façon physiologique, la femme enceinte doit faire face à des changements physiques, psychologiques, relationnels et sociaux. Certains théoriciens psychanalytiques, ont décrit la grossesse comme une crise développementale qui est amplifiée par des désordres psychiques ou personnels non résolus antérieurement et fournit le potentiel pour de nouvelles formes de résolution concernant ces vieux conflits latents (« La transparence psychique de la grossesse »). D'où l'intérêt de la mise en place précoce d'une démarche préventive pour aider une jeune mère en souffrance à construire à la fois son identité et sa parentalité sachant que cette période de la vie, en raison de la « transparence psychique » et des moindres résistances qui l'accompagnent, semble la plus propice pour favoriser des modifications importantes du fonctionnement intrapsychique. [31]

Concernant les troubles anxio-dépressifs, la plupart des publications en langue anglaise font référence à deux grandes classes principales de méthodes : les thérapies comportementales et cognitives (TCC) et les psychothérapies interpersonnelles (TIP). Les thérapies d'inspiration psychanalytique, très utilisées en France et aux États-Unis, sont parfois incluses dans les TIP, mais elles en diffèrent par la hiérarchisation des objectifs (plus que la disparition ou la réduction du symptôme et l'adaptation à l'environnement, est visée une cohérence du fonctionnement psychique basée sur la résolution des conflits internes) et par la référence théorique (absence de manuel, concepts nombreux et dispersés dans une littérature abondante).

Aucune des techniques psychothérapeutiques validées dans le traitement de la dépression n'a fait l'objet d'étude puissante dans la dépression gravidique. Jusque très récemment, seule la TIP avait été évaluée dans la dépression gravidique : une étude contrôlée avait montré une efficacité [32], mais n'apparaissait pas suffisante pour établir une recommandation en faveur de cette thérapie durant la grossesse. Les TCC et les psychothérapies familiales et conjugales ont montré des résultats dans les dépressions du post-partum non sévères, mais commencent tout juste à être évaluées durant la grossesse [33]. Il serait regrettable de renoncer à ces approches, dont on peut supposer que l'efficacité est transposable au cas de la dépression gravidique, même sous réserve d'adaptations. Certaines psychothérapies familiales ou conjugales, souvent pertinentes dans ces situations, s'imposent naturellement comme candidates à une évaluation, les difficultés de couple étant citées comme facteur de risque de dépression gravidique.

- Selon l'*American Psychiatric Association* [34], **l'électroconvulsivothérapie** est un traitement efficace et fiable aux trois trimestres de la grossesse, qui semble globalement sûr chez la femme enceinte, mais doit être réservée aux cas les plus

sévères, notamment en cas de syndrome catatonique ou de symptômes psychotiques.

- **Divers** traitements - photothérapie, stimulation magnétique transcrânienne (mesure pouvant paraître extrême), oméga-3, musicothérapie - ont fait l'objet d'études de faible puissance avec des résultats parfois encourageants (pourraient ouvrir des alternatives potentiellement intéressantes au traitement médicamenteux en raison de leur innocuité et de leur bonne acceptation par les patientes) mais qui ne permettent pas de les inclure dans une recommandation thérapeutique formelle.

1.9.2. Stratégie thérapeutique

Traiter la dépression gravidique met en balance les risques encourus en l'absence de traitement et les risques liés au traitement lui-même. Pour la mère, l'existence d'une grossesse représente une perte de chance si le recours médicamenteux, lorsqu'il est indiqué, est retardé ou ignoré. Pour l'enfant, l'administration d'un traitement antidépresseur à la mère implique un risque de complications, mais la dépression elle-même n'est pas exempte de risque.

Les médicaments antidépresseurs et la sismothérapie ont montré une efficacité durant la grossesse. Plusieurs *guidelines* ont recommandé l'usage des antidépresseurs dans les dépressions modérées à sévères et le recours à la sismothérapie en cas de forme catatonique ou psychotique. Mais ces recommandations sont antérieures aux craintes suscitées par la prescription d'ISRS en fin de grossesse quant au risque d'hypertension artérielle pulmonaire néonatale. De ce fait, la place à réserver aux psychothérapies, qui commencent à faire la preuve que leur efficacité est transposable en période gravidique, doit être rediscutée pour les dépressions dont l'intensité n'est pas sévère.

La réflexion thérapeutique au cas par cas sera toujours privilégiée, devra s'appuyer sur les critères habituels (antécédents de réponse favorable à un antidépresseur

particulier, comorbidité anxieuse, etc...) et prendra en compte le stade de la grossesse et l'intensité de la dépression.

- Pour les formes légères, à tout stade, l'abstention médicamenteuse accompagnée d'un suivi et d'un soutien rapprochés est légitime.

- Le premier trimestre constitue à la fois la période où le diagnostic de dépression est le plus difficile et où le risque tératogène d'un éventuel traitement antidépresseur existe. En cas de doute diagnostique, ou de forme modérée, une approche psychothérapeutique semble raisonnable. Pour les formes sévères, les risques inhérents à la dépression justifient le recours à un traitement médicamenteux. Deux traitements doivent alors être mis en balance. Les antidépresseurs tricycliques, bien que moins bien tolérés, semblent dépourvus de risque malformatif. Pour les ISRS, dont le profil de tolérance et d'observance est meilleur, l'absence de risque tératogène est moins nette. Le rôle du prescripteur est alors de promouvoir les bénéfices liés au traitement et d'éclairer le couple quant aux risques liés à chacune de ces classes.

- Pour les deuxième et troisième trimestres, les dépressions sévères peuvent bénéficier d'un ISRS en première intention. Pour les formes d'intensité modérée, une psychothérapie formalisée sera indiquée en première intention. Il pourra s'agir d'une TCC, d'une TIP, voire d'une thérapie conjugale ou familiale selon le contexte.

- Lors du dernier mois, en cas de dépression sévère, la prescription ne doit pas être retardée, le syndrome néonatal lié aux ISRS étant décrit comme bénin, et d'évolution favorable, et les risques liés à la dépression étant importants.

A noter, l'arrêt du traitement antidépresseur chez une femme dépressive constitue un risque accru de rechute et de tentative de suicide. [20]

Une collaboration étroite avec le médecin devra être mise en place. L'information de la patiente, et du conjoint, quant aux enjeux liés à la dépression et aux différents

traitements possibles sera encore plus cruciale qu'à l'habitude pour favoriser l'alliance et l'implication dans les choix thérapeutiques.

2. La dépression du post-partum (DPP) [8]

2.1. Définition selon les classifications internationales

Les deux classifications des troubles mentaux les plus utilisées sont la Classification Internationale des Maladies (CIM) publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé qui existe depuis 1900, et le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM) élaboré par l'Association Américaine de Psychiatrie. La CIM est par définition internationale, tandis que le DSM est un outil national destiné aux psychiatres américains. Le DSM s'impose néanmoins comme un outil incontournable en psychiatrie internationale. Malgré des démarches très différentes, elles sont devenues de plus en plus compatibles entre elles. Ces classifications internationales, même si elles évoluent, n'individualisent pas à ce jour la DPP comme catégorie.

- C'est dans la quatrième version du DSM (DSM-IV) qu'apparaît une catégorie de troubles dépressifs avec un indice temporel spécifique « début dans le post-partum » ; il s'agit alors d'un épisode dépressif qui doit débuter dans les quatre premières semaines suivant l'accouchement ;
- C'est dans la dixième version de la CIM (CIM-10) qu'apparaissent les troubles du post-partum. La DPP rentre dans la catégorie F53 « troubles mentaux et du comportement associés à la puerpéralité, non classés ailleurs », section F53-0, mais seulement si le trouble apparaît dans les six premières semaines suivant l'accouchement.

Ainsi, les classifications internationales présentent des limites temporelles et ne permettent pas un diagnostic adapté reflétant la réalité du terrain. Les études épidémiologiques ont clairement démontré que le risque dépressif ne se limite pas

aux quatre ou six premières semaines. De nombreuses études définissent la DPP comme un épisode survenant dans la première année du post-partum. Il s'agit d'ailleurs de la définition conseillée par la Société Marcé (société anglo-saxonne réunissant cliniciens et chercheurs d'horizons très différents, et qui a pour but la compréhension, la prévention et le traitement des affections mentales liées à la naissance) qui a pesé de son influence afin que le trouble puerpéral apparaisse en clair dans les versions futures du DSM et de la CIM.

2.2. Prévalence

La DPP est une complication courante de l'accouchement. Bien que les taux indiqués dans les études diffèrent grandement [35–37] (en particulier, les études transculturelles montrent une importante variation de la prévalence mesurée de la DPP), une méta-analyse internationale de 59 études menées auprès de plus de 12000 femmes en 1996 a révélé que la DPP touche en moyenne 13% des femmes [38], ce qui est considérable.

La prévalence du trouble est au mieux estimée à l'aide d'entretiens cliniques menés par un psychiatre expérimenté ou bien à l'aide d'un entretien standardisé par un investigateur formé. En pratique de recherche, l'état dépressif est souvent évalué à l'aide d'auto-questionnaires, bien que la plupart ne soient pas validés à cette période particulière de transformations corporelles et incluent des items inadéquats. L'un des instruments de dépistage les plus employés, l'EPDS, a été spécifiquement construit et adapté au péri-partum.

Tous les auteurs s'accordent à dire que la DPP est sous-diagnostiquée.

2.3. Facteurs de risque

Les principaux facteurs de risque sont psychiatriques (antécédents dépressifs, anxiété de la grossesse) et relationnels (soutien social, conjugalité). Les facteurs socioéconomiques, ainsi que les facteurs obstétricaux jouent un rôle moindre. [8]

- **Facteurs psychiatriques.** Des antécédents de dépression, post-natale ou à toute autre période de la vie, et l'existence de manifestations anxieuses ou dépressives durant la période prénatale [21,39] sont les plus importants facteurs de risque. Plus encore, l'intensité des manifestations anxieuses durant la grossesse apparaît corrélée à l'intensité des manifestations dépressives du post-partum. Les facteurs familiaux jouent un rôle mineur, un peu plus marqué pour les DPP de définition stricte (dépression majeure de survenue précoce). Le stress des soins adéquats prodigués au nouveau-né, le tempérament du nouveau-né, et le baby-blues ont également été décrits comme étant des facteurs de risque [37]. Les évènements « stressants » autres que la grossesse, l'accouchement et ses éventuelles complications rendent les accouchées plus vulnérables à la survenue d'une DPP.

- **Facteurs relationnels et socioéconomiques.** Les facteurs de risque associés à la DPP sont grossièrement semblables à ceux des autres dépressions : faible soutien social, faible niveau d'éducation, absence d'emploi ou emploi peu valorisant, mère célibataire, évènements de vie négatifs survenant pendant la grossesse ou durant le post-partum, carences affectives (notamment maternelles précoces), violences et abus sexuels de l'enfance. Quelques différences doivent toutefois être notées : le rôle important des mésententes conjugales et celui particulier des relations conflictuelles et/ou de dépendance à la mère (cf détaillé plus bas « faillite de la fonction de « contenant » de l'entourage proche de la mère »), et ceux, minorés, du facteur économique et de l'âge, sauf, peut-être, aux extrêmes de la vie reproductive. Une conséquence commune à ces facteurs de risque est de favoriser une faible

estime de soi et une confiance réduite en ses qualités maternelles. Il faut toutefois noter que chacun pris à part, à l'exception notable du soutien social, sous la forme d'un confident, d'un réseau amical ou d'un soutien professionnel, intervient faiblement dans la variance globale.

- **Facteurs gynéco-obstétricaux.** Les études utilisant les questionnaires comme méthode diagnostique retiennent globalement les complications obstétricales comme un facteur de risque mineur. Ce résultat n'est pas constamment retrouvé lorsque le diagnostic, plus fiable, est effectué à l'aide d'entretiens [38]. L'extraction par césarienne en urgence peut entraîner une détresse profonde mais de durée généralement réduite et ne constitue pas à proprement dit à elle seule un facteur de risque de la DPP. Les accidents néonataux sont un facteur de risque des dépressions modérées.

- **Facteurs endocriniens.** Jusqu'à ce jour et malgré de nombreuses recherches, aucun facteur de risque endocrinien (hormis l'hypothyroïdie) n'a pu être clairement établi.

- Certains auteurs ont montré que les femmes présentant une **dépendance à l'alcool ou aux drogues durant la grossesse** sont plus à risque de développer une DPP. [40,41]

D'autres facteurs ont été décrits comme pouvant avoir un rôle privilégié dans le déclenchement de la DPP [42]:

- Faillite de la fonction de « contenant » de l'entourage proche de la mère :

L'entourage proche de la future mère est d'une importance primordiale dans le vécu de la grossesse, de la naissance et de la période du post-partum. Dans ce moment particulier de sa vie, la femme a besoin de se sentir entourée, protégée, « contenue ». Cette faillite de la fonction de l'entourage proche de la mère peut être de nature différente : l'entourage peut se révéler tout d'abord absent, et c'est alors

d'isolement dont souffre la femme. D'autre part, l'entourage, pourtant présent, peut aussi être plus ou moins toxique : la femme peut se retrouver au sein d'un environnement conflictuel, où l'origine du conflit se trouve être de manière prédominante l'évènement même que constituent l'attente et l'arrivée de l'enfant. Il peut s'agir de conflits avec le conjoint (les femmes évoquent le manque de disponibilité, l'absence de soutien de la part de leur conjoint dans nombre de situations) ou de conflits avec la mère ou la belle-mère.

- Regard social sur la maternité :

Cette idéalisation de la maternité peut être à l'origine de la DPP de la mère ou y contribuer pour partie. On peut admettre que nombre de mères éprouvent des sentiments ambivalents face à leur enfant, et ce particulièrement en période de post-partum alors que tant de bouleversements psychiques sont en cause. Ainsi, les moindres sentiments négatifs, les doutes, les difficultés, les affects dépressifs sont autant d'éléments qui vont être à l'origine d'une forte culpabilité chez la mère qui, de plus, ne s'autorise pas à verbaliser ces affects, face à l'injonction sociale.

- Le retour à la maison :

Un autre évènement source potentielle de dépression serait le retour des femmes à la maison quand elles quittent la maternité ou la clinique. Nombreuses en effet sont les jeunes mères, surtout primipares, qui, prises en charge au sein de l'institution, se sentent inaptes à assurer la totalité des tâches et des soins à l'enfant (bébé ressenti comme fragile et inquiétant) lors de leur retour chez elles.

- Le sevrage et la reprise du travail (en tant que rupture entre la mère et son enfant, réactivant la séparation première qu'a été la naissance) sont des évènements qui peuvent participer au déclenchement de la DPP.

- Mort d'un enfant dans le passé :

Ces femmes sont systématiquement évidemment très vulnérables en période de post-partum car souvenirs et souffrance sont réactivés et peuvent aboutir au

déclenchement d'une DPP. Mais, au-delà d'un deuil tel que celui d'un enfant, ce sont tous les deuils antérieurs, de manière plus générale - deuil de proches (amis ou parents) ou deuil prénatal (fausses-couches, interruptions médicales de grossesse, etc.) - qui sont réactivés lors de la naissance d'un enfant et qui viennent fragiliser la maternité.

- Handicap ou pathologies de l'enfant :

La culpabilité des parents s'inscrit de manière spécifique dans les situations où la pathologie de l'enfant est plus directement induite par l'un des parents, comme chez les mères séropositives au VIH ou dans les familles porteuses de maladies génétiques.

- Prématurité :

Ce bébé prématuré est souvent vécu par la maman, plus ou moins consciemment, comme « imparfait », « pas fini », et confronte la mère à son impuissance de ne pas avoir été « capable » de mener sa grossesse à terme. Ce sentiment de faillite est renforcé par le fait que l'enfant est confié à une machine, qui remplit d'une certaine manière le rôle maternel.

- Image maternelle :

Cette image maternelle intériorisée par la petite fille, par la femme qu'elle devient, est fortement réactivée lorsque cette dernière devient mère à son tour, ainsi que tous les conflits qui s'y rattachent. Pour Bydlowski, « la jeune femme doit psychiquement réussir une identification suffisamment positive à une image maternelle, sa propre mère, ou un substitut ayant même valeur. Ce processus d'identification maternelle est incontournable pour qu'une maternité puisse se mettre en place ». L'un des risques de l'identification est celui pour la femme de s'identifier à sa mère au point qu'elle n'aura pas de propre espace de créativité, pas plus que la possibilité de ne pas être la réplique de sa propre mère. Certaines images maternelles intériorisées

vont se révéler plus anxiogènes que d'autres, et plus susceptibles de déclencher une dépression post-natale.

- Le deuil imaginaire :

Il s'agit du deuil de l'enfant imaginaire (imparfait dans la réalité) et/ou de la mère idéale : lorsque les mères ne se reconnaissent pas dans l'idéal de cette jeune mère qu'elles pensaient pouvoir être.

- Remise en cause de la féminité :

La maternité est aussi la modification du sentiment d'identité : le fait d'accéder au rôle de mère peut parfois amener la personne à renoncer à son identité de femme.

2.4. Sémiologie

En 1968, Pitt [43] écrit l'article princeps « La dépression atypique suivant la naissance ». L'anxiété, l'irritabilité ou des phobies nouvelles dominent le tableau, les pleurs sont souvent plus ou moins cachés, comme la tristesse en général, et les idées suicidaires sont rares. Longtemps appelées « dépressions souriantes », leur sémiologie [44] est probablement déformée par la forte pression culturelle faisant de la naissance un évènement « forcément heureux », et de la mère dépressive une femme à la personnalité troublée, une « mauvaise mère » ou bien une femme qui prête trop d'attention à des désagréments mineurs.

Le début est insidieux, parfois sous la forme d'un post-partum blues qui se prolonge, mais le plus souvent après une latence de durée variable. Deux pics de fréquence ont été signalés : vers la sixième semaine, puis entre les neuvième et quinzième mois du post-partum.

Les signes principaux en sont : des pleurs, quasi quotidiens et ordinairement cachés, un sentiment d'épuisement, qui souvent domine le tableau, la fatigue secondaire aux soins précoces se doublant de l'asthénie liée à l'état dépressif, l'impression d'être incapable de répondre aux besoins de l'enfant, la perte de plaisir à prodiguer les

soins, une irritabilité ou parfois une franche agressivité généralement dirigée vers l'époux ou les autres enfants de la fratrie, une labilité émotionnelle, une perte de la libido et enfin des phobies d'impulsion (crainte obsédante de commettre impulsivement des gestes qui pourraient conduire à la mort du nourrisson).

Quelques particularités doivent être signalées :

- Globalement, la fréquence des suicides est remarquablement basse. Le risque existe toutefois, particulièrement élevé en cas de troubles bipolaires. La disparition du sentiment d'être utile à l'enfant doit immédiatement alerter le professionnel.
- Des doléances répétées concernant le bébé, voire l'émergence de troubles avérés chez le nourrisson peuvent révéler la dépression maternelle : troubles du sommeil, balancements, difficultés alimentaires, anorexie ou régurgitations voire vomissements, prise de poids insuffisante, affection dermatologique, pleurs prolongés.
- De 20 à 40 % des dépressions post-natales selon les études débutent pendant la grossesse. [8]

2.5. Evolution

L'évolution des dépressions post-natales est encore mal connue, les résultats variant avec la méthodologie utilisée et aussi la nature des critères diagnostiques.

Schématiquement [8] :

- Plus de la moitié des dépressions détectées à deux mois par un instrument d'autodiagnostic type EPDS ont spontanément cessé un mois plus tard : il s'agit surtout de troubles de l'adaptation ou de dépressions mineures.
- À l'opposé, les états dépressifs majeurs évalués par un entretien selon des critères stricts (DSM-IV ou CIM-10) ont une évolution beaucoup plus péjorative : 50 % des femmes présentent encore à un an des symptômes dépressifs, même si le nombre de critères est insuffisant pour retenir le diagnostic.

- Enfin, le risque de récurrence dépressive en post-partum a été évalué à environ 25%.

2.6. Diagnostics différentiels / autres troubles anxieux ou de l'humeur du post-partum

2.6.1. Le post-partum blues [45]

• Définition - épidémiologie :

Ce trouble émotionnel fugace, dysphorie aiguë transitoire, survient chez près d'une femme sur deux, typiquement entre le troisième et le dixième jour suivant la naissance. Dès le XIX^{ème} siècle, Marcé [23] évoque la susceptibilité particulière de certaines femmes qui « lors de l'état puerpéral » éprouvent un « état moral bizarre » et pour lesquelles « un évènement, qu'elles auraient à peine aperçu en un autre moment les bouleverse ». Cet état sera précisé en 1952 par les travaux de Moloney (« blues du troisième jour »), Victoroff (« blues de la maternité ») puis en 1968 par Yalom et al. (« post-partum blues »). Le tableau le plus complet à ce jour de la symptomatologie du blues a été établi par Stein [46]. La nature du « blues du post-partum » reste discutée entre trouble transitoire de l'adaptation, voire trouble de l'humeur, et réaction émotionnelle normale. Quoiqu'il en soit la mère doit faire face dans l'urgence à une suite d'évènements stressants, physiologiquement et psychologiquement. La naissance requiert une adaptation quasi immédiate à un évènement redessinant le sentiment d'identité, la définition des rôles sociaux, l'image du corps et les relations aux figures d'attachement. La dispersion des taux de prévalences, entre 5 et 80 %, est liée à la nature des critères diagnostiques utilisés. Trois instruments ont été spécifiquement établis pour mesurer ce syndrome dont le Kennerley's Blues Questionnaire. La prévalence s'établit autour de 50 % en prenant en considération pleurs et labilité thymique.

• **Etiologie - facteurs de risque :**

Le baby blues semble être un processus physiologique dont la régularité dans l'apparition et la durée limitée laissent supposer qu'il est en relation avec des modifications biologiques survenant au décours de l'accouchement et restant à déterminer. Cependant, l'intensité de ces fluctuations de l'humeur est influencée par des variables psychologiques :

- L'apparition du blues dans le contexte de modifications majeures de l'équilibre hormonal a conduit à la recherche d'un déséquilibre spécifique. Malgré de très nombreux travaux et quelques résultats non reproductibles ou d'interprétation ambiguë, à ce jour aucun rôle spécifique n'a pu être attribué à une substance particulière, en particulier cortisol, hormone thyroïdienne, progestérone et œstradiol.
- Il a été constaté que son occurrence est plus fréquente en cas de troubles anxio-dépressifs en fin de grossesse [47], et l'existence d'antécédents d'épisodes dépressifs personnels ou familiaux en seraient des facteurs de risque.
- La survenue d'un blues est indépendante des difficultés propres à la mère (tel un travail long et douloureux) tandis que les inquiétudes suscitées par la santé du nouveau-né semblent pouvoir participer à sa survenue, tout comme la diminution de l'estime de soi face au rôle de mère.
- Les facteurs culturels semblent jouer un rôle modéré, le blues ayant été mis en évidence avec un ratio grossièrement semblable (30-60 %) aux États-Unis, en Europe, en Australie et dans la plupart des pays d'Afrique. Il est franchement abaissé au Japon.

• **Sémiologie :**

Le trouble est de durée brève, typiquement moins de 24 heures, variant en fait de quelques heures à quelques jours. Son signe le plus caractéristique est l'accès de

pleurs déclenché par des déconvenues ou des désagréments mineurs, pouvant s'accompagner d'un sentiment de détresse mais plus souvent encore d'anxiété ou d'irritabilité. Le blues précoc, quelques heures après la naissance, affecte près de 10 % des femmes. La présence fréquente d'une exaltation de l'humeur (accès de rire peu motivés, une logorrhée et une surexcitation) ou celle plus rare d'un sentiment de dépersonnalisation (les femmes se sentent étrangement détachées de leur bébé, et sont parfois parcourues d'idées bizarres) rapprochent le blues du post-partum des états maniaques ou surtout hypomaniaques, ou une forme bénigne de trouble bipolaire. Des troubles de la mémoire immédiate ou de l'attention (distractibilité) ont été rapportés par la plupart des enquêtes systématiques. Les troubles du sommeil sont difficiles à mettre en évidence car le sommeil est régulièrement perturbé en post-partum. Des rêves d'angoisse aux affects particulièrement intenses surviennent fréquemment de la quatrième à la sixième nuit. Les femmes présentant un syndrome de blues auraient un temps de sommeil réduit et/ou une plus fréquente asthénie que leurs homologues indemnes de blues.

• **Evolution :**

La survenue d'un syndrome de blues, typiquement bénin, incite seulement à proposer soutien et écoute à la jeune mère. En l'absence de blues, l'évolution vers une DPP serait rare (forte valeur prédictive négative), mais à l'inverse l'existence d'un syndrome de blues est faiblement prédictive d'une DPP [48] . Toutefois, de nombreuses études ont montré qu'un baby blues intense ou prolongé s'associe à un risque augmenté de DPP.

2.6.2. La psychose puerpérale [8]

• **Définition - épidémiologie :**

Le terme « psychose puerpérale » recouvre un ensemble de manifestations délirantes aiguës associées à une modification brutale de l'humeur, survenant

typiquement dans les 15 premiers jours suivant la naissance (avec un pic de fréquence au 10^{ème} jour), mais pouvant se manifester tout au long de la première année du post-partum. Ce trouble, connu depuis Hippocrate, est la plus sévère des manifestations psychiatriques du post-partum. Sa fréquence est estimée entre 1 et 2 pour 1000 naissances. Il constitue une urgence médico-légale du fait du risque élevé de suicide et d'infanticide, complications dont l'occurrence a pu être estimée entre 2 et 5 %. Le concept de psychose puerpérale est absent des classifications internationales (DSM IV et CIM 10), démontrant la difficulté de définir ce trouble avec précision, probablement liée au fait que cette terminologie regroupe plusieurs entités cliniques.

• **Etiologie - facteurs de risque :**

- Facteurs psychiatriques. Les antécédents personnels et familiaux de troubles bipolaires et plus encore de psychose puerpérale sont des facteurs de risque majeurs et démontrés : le risque est estimé à environ 10 % en cas de troubles familiaux et 30-35 % en cas d'antécédents personnels. La présence de symptômes non psychotiques durant la grossesse semble extrêmement fréquente pour les épisodes survenant dans les deux premières semaines du post-partum : environ 75 % des sujets présenteraient dès la grossesse des manifestations anxio-dépressives.
- Facteurs gynéco-obstétricaux. La majorité (70 %) des psychoses survient chez des primipares. Classiquement, le trouble est indépendant de la survenue de complications obstétricales.
- Facteurs endocriniens. Plusieurs hypothèses neuroendocriniennes existent ; toutefois, à ce jour aucune n'a pu être incontestablement confirmée.
- Autres hypothèses. Des hypothèses génétiques ont été avancées, notamment du fait du risque que représentent des antécédents familiaux. A noter, le rôle important du stress de la naissance et des conflits intrapsychiques qu'il exacerbe chez certains sujets ayant une vulnérabilité biologique.

• **Sémiologie :**

Les troubles de l'humeur délirants se partagent entre épisodes dépressifs et accès maniaques (les accès maniaques étant plus précoces que les épisodes mélancoliques), psychoses aiguës, troubles schizoaffectifs, troubles anxieux sévères et décompensations d'un trouble psychotique chronique. Les différentes formes cliniques ont en commun d'importantes fluctuations de l'humeur et du délire (tableau clinique bruyant) au cours de la journée, une fréquente note confusionnelle et la thématique du délire souvent centrée sur la naissance et l'enfant.

• **Evolution :**

Sous traitement, la sédation est souvent obtenue en moins de deux semaines, mais quelques rechutes précoces sont fréquentes. Ce bon pronostic est toutefois grevé par les risques extrêmement élevés de suicide et d'infanticide, beaucoup mieux contrôlés lorsque les patients sont pris en charge dans des unités spécialisées mères-enfants. Le taux de récurrence puerpérale est évalué globalement à 30-35 % et jusqu'à 40-50 % en cas d'antécédents d'accès maniaques, puerpéraux ou non puerpéraux. Un suivi établi sur 23 ans a montré plus de 75 % de récurrences, puerpérales et non puerpérales, des troubles initiaux.

2.6.3. Inquiétudes ordinaires et troubles anxieux [8]

• **Manifestations anxieuses non pathologiques :**

La mesure de l'intensité des états anxieux par des échelles montre, en post-partum, une proportion plus importante que dans la population générale de scores élevés, même en l'absence de facteurs objectifs, résultat qui a pu être attribué à l'état normal de préoccupation maternelle dans l'immédiat post-partum. Selon certains auteurs, l'inquiétude qu'éprouvent les mères de l'état de leur nourrisson reflète l'attachement normal qu'elles leur prodiguent, l'anxiété de séparation tendant, en l'absence de complications, à se réduire progressivement au fil des mois.

• Troubles anxieux caractérisés :

Leur prévalence durant le post-partum a été estimée entre 10 et 16 % [49] pour les troubles isolés et entre 2 et 4 % pour ceux associés à une pathologie dépressive. Il semblerait que la pérennité des troubles anxieux durant le post-partum, voire au-delà de la première année, soit susceptible de modifier péjorativement l'évolution de l'enfant favorisant l'apparition de troubles du comportement et de la régulation des relations sociales. Toutefois, il demeure possible que ces résultats, encore préliminaires, puissent, s'ils étaient confirmés, résulter d'un effet de l'anxiété prénatale sur le développement neurologique fœtal et infantile.

- Les TOC:

Les événements de la vie génitale sont des périodes favorables à l'apparition des TOC : environ la moitié survient à la puberté, dans le péri-partum ou lors de la ménopause. Les obsessions impulsives (ou phobies d'impulsion) sont les plus typiques, caractérisées par la crainte de tuer compulsivement ou par accident le nouveau-né ; elles sont source de honte ou de culpabilité et peuvent conduire à altérer gravement les soins par peur de nuire au bébé ou d'être envahie par l'angoisse. À notre connaissance, il n'est pas rapporté dans la littérature scientifique de cas accompagné de gestes homicides. L'existence de TOC durant la grossesse prédisposerait sévèrement à la DPP, qui elle-même s'accompagne fréquemment de TOC ou au moins de phobies d'impulsion. Si la grossesse tend globalement à réduire l'intensité de troubles préexistants, le post-partum tendrait à les aggraver.

- Le trouble panique :

Comme pour les TOC il est noté une tendance, variable selon les études, à la réduction des troubles durant la grossesse et à leur aggravation durant le post-partum. En post-natal, des troubles peuvent apparaître chez des sujets qui en étaient jusque-là exempts. Le trouble panique peut perturber sévèrement les relations mère-bébé et en l'absence de traitement efficace favoriser l'hypervigilance et les troubles

du sommeil chez le nourrisson. De plus, la récurrence est plus fréquente à chaque grossesse.

- Le trouble anxieux généralisé :

Sa fréquence a été évaluée entre 6 et 8 %, mais une symptomatologie anxieuse incomplète est retrouvée chez près de 20 % des jeunes mères.

- L'état de stress post-traumatique (ESPT) :

Il est caractérisé par des reviviscences mnésiques du traumatisme, incontrôlées, diurnes et nocturnes, un syndrome d'évitement et une hypervigilance. Même en l'absence de facteurs de vulnérabilité établis, tous les accidents obstétricaux sévères (avortement spontané, interruption tardive de grossesse, naissance d'un enfant mort-né, état hémorragique sévère, etc.) sont susceptibles de conduire à un état de stress. Des incidents mineurs de la procédure obstétricale (travail douloureux prolongé, indication de césarienne, etc.) peuvent aussi mener à un ESPT complet ou plus souvent partiel, ce d'autant que les femmes ont eu l'impression de perdre le contrôle de la situation ou que le personnel médical leur est apparu distant ou lointain. Le risque de voir survenir un ESPT durable ne semble pas corrélé seulement à la nature de l'incident ou de l'accident obstétrical mais aussi à des facteurs de vulnérabilité personnelle ou environnementale.

2.7. Complications

2.7.1. Pour la mère et la relation avec son bébé

Selon une récente revue de la littérature [25], la DPP est associée à une augmentation du taux d'autonégligence, de suicide, et d'infanticide (ce dernier étant discuté, car bien que l'association ait été fréquemment suggérée, d'autres études montrent que le risque de maltraitance ne semble pas augmenté en cas de DPP non psychotique isolée) [8].

Le style interactif des mères avec leur bébé est susceptible d'être profondément modifié par la dépression. La mère étant plus irritable, elle est souvent plus intrusive, quelquefois brutale, parfois au contraire asthénique et aboulique, elle stimule insuffisamment le nourrisson, apporte peu d'émotions gratifiantes, peut se montrer négligente. Un protocole expérimental («still face») [50] démontre l'effet désorganisateur sur le nourrisson du visage immobile de la mère obtenu sur injonction. Les observations menées avec des mères réellement déprimées ont mis en évidence des distorsions relationnelles plus discrètes, mais plus fréquentes que dans la population non déprimée : ruptures dans l'interaction, défaillances dans l'expression d'émotions partagées, interactions moins bien synchronisées et moins cohérentes. La dépression ne provoque une dysharmonie franche que lorsque le comportement maternel est incohérent, forçant le bébé à des réactions de retrait, soit actif (détournement du regard ou de la tête, hypertonie), soit passif (fuite dans le sommeil, hypotonie).

2.7.2. Pour l'enfant

La DPP est associée à une diminution des soins accordés à l'enfant.

Elle augmente la prévalence des troubles émotionnels et du comportement chez l'enfant, ralentit son développement cognitif et son acquisition du langage, affecte son quotient intellectuel et augmente ses risques de blessure et de maladie. Elle entraîne chez lui des attachements marqués par l'insécurité, un faible niveau d'activité physique, et le développement d'un tempérament difficile. Elle est fortement associée à la présence chez cet enfant de comportements d'inhibition et d'une basse estime de soi et donc, à l'âge adulte, à un risque élevé de phobie sociale et d'interactions interpersonnelles pauvres. [25]

Il est généralement suggéré que des distorsions interactives précoces persistantes induisent les modifications observées du développement mais l'hypothèse d'un impact de l'humeur dès la période intra-utérine ne peut être écartée. Certaines

études suggèrent toutefois que le risque induit par la DPP ne devient consistant qu'en association avec d'autres facteurs dont la récurrence ou la chronicité des troubles dépressifs maternels. [8]

2.8. Traitement [20,25,27]

2.8.1. Etat des lieux des différentes possibilités thérapeutiques

2.8.1.1. Médicaments antidépresseurs et allaitement

Les psychotropes sont un outil thérapeutique puissant mais leur indication doit être prudente et justifiée. Le dilemme demeure d'évaluer l'importance relative des risques associés à un trouble anxio-dépressif non traité ou non prévenu, en regard de ceux induits par la prescription de psychotropes chez les femmes allaitantes.

Tous les psychotropes sont susceptibles de passer dans le lait maternel. Un équilibre délicat doit être maintenu entre le risque iatrogène et le bénéfice thérapeutique espéré (en termes d'interactions, d'attachement et de santé mentale de la mère). Bien que certains auteurs recommandent les produits conduisant à des taux plasmatiques indétectables chez le nouveau-né (notamment amitriptyline [Laroxyl®], paroxétine [Deroxat®], sertraline [Zoloft®]), il faut souligner qu'il ne peut être attesté d'aucun parallélisme entre ces taux et l'action sur les récepteurs cérébraux. Nos connaissances ne paraissent pas aussi claires qu'elles permettent de donner des indications précises quant à la conduite à tenir en cas d'allaitement : à court terme toutefois, les risques semblent tout à fait minimes autant pour les ISRS que pour les TC (sauf peut-être pour la fluoxétine [Prozac®]) mais on ne peut conclure que les antidépresseurs soient sans conséquences, surtout à long terme.

Toutefois, les effets défavorables de dépressions non traitées semblent mieux établis que ceux des antidépresseurs sur le développement de l'enfant. Enfin, il ne paraît pas non plus justifié de faire reposer la décision sur les mères, sachant que l'indécision est un des traits particuliers associé à la dépression.

2.8.1.2. Moyens thérapeutiques non médicamenteux

• **Psychothérapies :**

En post-partum, les TCC ont été extensivement étudiées, moins les TIP et encore moins les psychothérapies psychanalytiques. Certains auteurs ont mis au point des protocoles thérapeutiques spécifiques incluant les relations (réelles ou « fantasmatiques ») au nourrisson, tels Milgrom pour les TCC [51] ou Cramer pour les psychothérapies d'inspiration psychanalytique [52].

Très peu d'études prospectives avec groupe témoin ont comparé l'efficacité des différentes modalités de soin durant le post-partum.

• **Interventions psychosociales :**

Ce terme regroupe des modalités d'aide et de soutien très divers qui ont en commun de n'être pas exercés sous forme de psychothérapie, au sens d'une modalité thérapeutique codifiée et contrôlée : préparation à l'accouchement, groupes de parole avec ou sans intervention d'un psychologue, visites à domicile par des visiteurs de santé, infirmiers, sages-femmes, travailleurs sociaux, etc. Elles sont appréciées de la plupart des mères et futures mères qui acceptent d'y participer, contribuent à un sentiment de sécurité et de confort.

Les interventions non psychothérapiques, utilisées seules, n'ont pas démontré leur efficacité sur les troubles anxio-dépressifs caractérisés du pré- ou post-partum, ni à titre thérapeutique, ni à titre de prévention. Toutefois, certains résultats suggèrent que, ciblées sur des sujets à risque, en continuité dans le pré- et post-partum, avec un rythme soutenu, elles pourraient voir leur efficacité « préventive » augmentée. Elles pourraient aussi jouer un rôle important dans le dépistage très insuffisant des troubles et constituer un complément thérapeutique significatif à la psychothérapie et/ou aux psychotropes.

• Unités d'hospitalisation mère-enfant :

Aucune étude de l'avantage que ce type de prise en charge pouvait procurer sur le développement de l'enfant n'a été publiée : il est supposé empiriquement que le bénéfice qu'en retire la mère retentit sur l'enfant.

Les indications actuelles sont fonction de l'organisation des unités et du type de recrutement :

- curative (psychose puerpérale essentiellement mais aussi troubles anxieux sévères) ;
 - préventive (trouble grave de la personnalité) ;
 - à but d'évaluation ou de soutien de l'interaction mère-nourrisson.
- Dans les formes particulièrement sévères, maniaques, mélancoliques ou délirantes, résistantes à toute autre forme de thérapeutique, les **électrochocs** restent une indication consensuelle.

2.8.2. Stratégie thérapeutique

Les données de l'*Evidence Based Medicine* sont insuffisantes pour aboutir à un consensus général concernant les règles de prescription en période périnatale : la méthodologie des recherches ne permet pas de trancher en termes d'efficacité, ni de sécurité. De nombreuses variables ne sont pas ou sont insuffisamment prises en compte (environnement relationnel, niveau de revenus, soins associés, complications ou incidents obstétricaux, nature et sévérité du trouble anxieux ou dépressif, antécédents psychiatriques, existence de troubles de la personnalité, statut du prescripteur et moyen du diagnostic, retentissement fonctionnel, demande de soins, souffrance perçue, etc.).

Il importe de distinguer les réactions anxieuses ou dépressives passagères des troubles anxieux ou dépressifs caractérisés, pérennes (durant presque toute la journée, durant au moins deux semaines consécutives). Les premières nécessiteront

attention, écoute et sollicitude qui pourront être prodiguées par l'ensemble des acteurs de première ligne (médecins, sages-femmes, puéricultrices, travailleurs sociaux), les seconds imposeront une thérapeutique appropriée et spécifique. Enfin, les mesures psychosociales ne doivent pas être exclues : elles peuvent favoriser l'alliance thérapeutique, soulager la mère déprimée ou anxieuse, contribuer à améliorer les soins au nourrisson, agir sur l'isolement et réduire la vulnérabilité socioéconomique. Elles semblent plus efficaces lorsqu'elles ont un caractère de continuité entre pré- et post-partum, que leur rythme est soutenu et que leurs indications sont adaptées individuellement.

Quelques règles générales peuvent être proposées :

- Préférer en première instance, quand il est possible et accepté, un traitement psychothérapique au traitement par psychotropes. En effet, d'une part, les femmes allaitantes sont souvent sensibles au risque iatrogène et, d'autre part, l'efficacité des psychothérapies bien conduites est comparable à celle des psychotropes et supérieure concernant le taux de rechutes ;
- Lorsqu'une prescription médicamenteuse paraît appropriée, dans tous les cas :
 - prescrire à doses minimales efficaces avec au besoin vérification des taux sanguins circulants ;
 - éviter toutes les associations qui augmentent les risques de complication ;
 - choisir les psychotropes qui ont fait leur preuve chez la patiente ;
 - vérifier l'état clinique du nouveau-né, proscrire les psychotropes chez une mère allaitante d'un enfant prématuré (ou proscrire l'allaitement dans cette situation), vérifier au moindre doute les fonctions rénales et hépatiques du nouveau-né ;
 - en cas d'allaitement au sein : si possible prise unique après la dernière tétée du soir, alterner éventuellement avec allaitement au biberon, utiliser les produits dont la concentration plasmatique chez le nouveau-né est la plus faible (souvent indétectable) et les effets secondaires connus les moins marqués.

Deux écueils guettent la prescription de psychotropes durant le post-partum (tout comme durant la grossesse) : d'une part, leur usage abusif (troubles majeurs d'intensité légère, troubles mineurs, voire prescription purement symptomatique sur signes isolés et non pérennes), d'autre part, la négligence de situations où la souffrance ou le risque de rechute sont considérables (avec notamment suicide et infanticide en cas d'antécédents de trouble bipolaire et de psychose puerpérale).

II. PREVENTION ET DEPISTAGE

Pourquoi et comment prévenir la DPP ?

Avant de tenter de répondre à cette question, quelques notions sont intéressantes à souligner :

- Nous venons de conclure que la dépression périnatale est une pathologie fréquente, pouvant induire de multiples conséquences péjoratives en l'absence de prise en charge ;
- Plusieurs auteurs s'accordent à dire qu'environ la moitié des DPP ne seraient pas diagnostiquées par les professionnels de santé ; [53–55]
- Quand elles sont reconnues, la plupart sont traitées de façon inadéquate ;
- Parmi les mères diagnostiquées, environ un tiers d'entre elles ne suit pas le traitement proposé. [56]

Deux perspectives se dégagent alors. Il faut :

- Améliorer la prévention et le dépistage,
- Améliorer les soins et l'accessibilité à ceux-ci.

La connaissance des facteurs de risque de la DPP peut constituer une base pour des propositions d'actions de prévention. Notre étude exclut les patientes ayant déjà des antécédents dépressifs (du post-partum ou autre) puisqu'elles doivent bien sûr être considérées comme un groupe à haut risque de récurrence, et bénéficier de tout l'encadrement et le soutien nécessaires pendant leur grossesse.

1. Les moments clés de la prévention

Plusieurs auteurs suggèrent que les femmes à risque de développer une DPP peuvent être repérées durant la grossesse ou en post-natal immédiat. La Haute Autorité de Santé (HAS) préconise une recherche encore plus précoce des facteurs de risque, dans ses recommandations intitulées « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » [57], qui devrait débiter

avant même la grossesse, dès que la femme exprime son désir de grossesse, au cours d'une consultation dite « préconceptionnelle ».

Les différents moments où la prévention devrait être réalisée sont nombreux : la maternité est une période au cours de laquelle les femmes ont de nombreux contacts avec le système de santé. A côté des temps « obligatoires » qui sont des temps imposés à toutes les femmes enceintes, il existe d'autres opportunités parmi lesquelles :

- La consultation préconceptionnelle que nous venons de citer,
- L'entretien prénatal précoce que nous allons détailler,
- Les sept visites prénatales obligatoires et les trois échographies obligatoires,
- Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité,
- Les séances ou visites post-natales,
- Les visites pour le bébé,
- La visite du post-partum.

2. Les acteurs de la prévention

- Le médecin généraliste :

En tant que médecin de famille, ce premier interlocuteur privilégié de la femme enceinte est certainement le mieux placé pour assurer ce rôle de prévention et de dépistage. Souvent, il connaît depuis longtemps la patiente dans tous les domaines de sa vie (médical, familial, social), et on peut imaginer que celle-ci lui accorde particulièrement sa confiance puisqu'elle l'a choisi, en le déclarant comme médecin traitant, pour la suivre au long terme. Souvent même, la patiente demande à son généraliste de suivre la grossesse (tout du moins à ses débuts), puis lui demande d'assurer le suivi du bébé. On voit bien à quel point ces contacts répétés avec le médecin généraliste sont autant d'instantanés privilégiés favorables à des mesures de prévention. Il peut également adresser la patiente vers un soin spécialisé si besoin :

son rôle de lien entre les divers acteurs d'un réseau (services d'obstétriques, services sociaux, services psychiatriques ou autres) est également primordial dans cette prise en charge complexe. Comme le souligne le Docteur Molénat : « Après la sortie de la maternité, ils sont là, souvent oubliés des autres acteurs, et pourtant point de sécurité essentiel pour la famille, personnage de confiance, dans la continuité. Leur rôle face aux dépressions du post-partum serait majeur s'ils étaient plus inclus dans l'évaluation des situations, de l'anté au post-natal ».

- **La Protection Maternelle et Infantile (PMI) :**

Sa mission est préventive et tourne autour de la notion de « santé globale » de la famille. L'équipe qui la compose (médecins, sages-femmes, puéricultrices et assistantes sociales), installée au Conseil Général, reçoit de la Caisse d'Allocation Familiale toutes les déclarations de grossesse et envoie aux femmes enceintes une mise à disposition. La Caisse d'Allocation Familiale, quant à elle, envoie à chaque femme enceinte un avis l'informant de l'existence d'un centre médico-social départemental proche de chez elle. Ainsi, chaque femme intéressée par l'aide proposée peut prendre contact avec la PMI.

- **Le gynécologue-obstétricien et la sage-femme :**

Amenés à suivre la grossesse, ils jouent également un rôle majeur de prévention.

- **Le pédiatre :**

Amené à suivre le bébé, il sera attentif à la relation mère-enfant et aux comportements de l'un et l'autre.

Un travail de collaboration interdisciplinaire semble ainsi évident.

Malgré une prévention bien menée, la pathologie peut toutefois apparaître chez certaines femmes.

3. Dépistage et diagnostic

Les études épidémiologiques procèdent habituellement en deux étapes : la première est le dépistage à l'aide de questionnaires (auto ou hétéro-questionnaires) et la deuxième est le diagnostic par un guide d'entretien semi-structuré.

Plusieurs outils standardisés d'évaluation des dépressions existent et permettent d'assurer une bonne reproductibilité et une uniformisation des mesures. Cependant, ceux utilisés dans la dépression « courante » se sont révélés peu efficaces dans le contexte du post-partum, ce qui a conduit l'équipe de John Cox à mettre en place un nouveau questionnaire, adapté à la périnatalité : l'EPDS.

Pour rappel, tout test de dépistage doit être simple, fiable, performant, validé, acceptable, reproductible d'une étude à l'autre ; mais avant tout, un programme de dépistage implique un problème majeur de santé publique pour lequel il existe une intervention thérapeutique pour ceux identifiés « à risque ».

4. Les propositions d'actions des autorités de santé

En tant que problème de santé publique, les troubles dépressifs de la périnatalité (et tout particulièrement la DPP) impliquent directement l'intervention du gouvernement et des médecins généralistes, acteurs de santé de première ligne. Au travers de plans et de textes, les autorités de santé proposent les grandes orientations dans les champs de la Périnatalité et de la Psychiatrie. Nous en avons extrait les données clés concernant l'amélioration des connaissances et de la prise en charge par les médecins généralistes.

4.1. Présentation des textes de référence

4.1.1. Le plan Périnatalité « Humanité, proximité, sécurité, qualité » 2005-2007 [58]

Annoncé le 10 novembre 2004 par le ministre des solidarités, de la santé et de la famille, il a pour objectif de moderniser l'environnement de la grossesse et de la naissance, et propose un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche. Il vise également à améliorer la connaissance de ce champ et à mieux reconnaître les professionnels qui y travaillent. Dans ce cadre, l'un des principaux enjeux consiste à améliorer l'environnement psychologique et social des parents et de l'enfant. Cette démarche s'articule essentiellement autour de trois mesures :

- la mise en place d'un **entretien individuel du quatrième mois**,
- la prise en compte de **l'environnement psychologique de la naissance**,
- et le développement des **réseaux en périnatalité**.

4.1.2. La circulaire DHOS/DGS/02/6 C n° 2005-300 du 04 juillet 2005 dite « Circulaire Molénat » [59]

Madame le Docteur Françoise Molénat, pédopsychiatre au centre hospitalier universitaire de Montpellier, s'est vue confier par le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, la mission de définir des recommandations sur la collaboration médico-psychologique en périnatalité. La circulaire a été élaborée sur la base d'entretiens individuels avec des professionnels (sages-femmes, obstétriciens, pédiatres, pédopsychiatres,...) concernés dans leurs pratiques quotidiennes et de réflexions issues du groupe de travail mis en place à cette occasion. L'objectif était d'identifier à partir de ces expériences de terrain les besoins des familles autant que ceux des professionnels concernés.

Trois grands axes ont été développés :

- Atteindre un objectif global de **continuité et de cohérence des soins** impliquant le renforcement des partenariats et la poursuite de l'évolution des pratiques dans le sens d'un **travail en réseau** renforcé entre les différents acteurs concernés : sanitaires, sociaux et médico-sociaux.
- Promouvoir **la formation, en particulier collective**, qui est un moyen essentiel pour que les professionnels développent une confiance mutuelle nécessaire au développement du travail en collaboration.
- Des **missions particulières dévolues aux professionnels du champ psychique** (psychologues, psychiatres et pédopsychiatres) exerçant en maternité contribuent à la mise en place de ce travail en réseau.

4.1.3. Les recommandations de l'HAS intitulées « Préparation à la Naissance et à la Parentalité » (PNP) [60]

Les recommandations professionnelles présentées dans ce document, publié en novembre 2005, ont été élaborées à la demande de la Direction générale de la santé et des sages-femmes pour accompagner les mesures du plan périnatalité 2005-2007, en particulier l'entretien individuel ou en couple. Ces recommandations ont pour objectifs de proposer aux professionnels de santé impliqués en périnatalité une démarche préventive, éducative et d'orientation dans le système de santé qui vise à :

- **préparer le couple** à la naissance et à l'accueil de son enfant au moyen de séances éducatives adaptées aux besoins et aux attentes de chaque femme et futur père ;
- **repérer précocement les difficultés** du couple et, en particulier s'il existe une **situation de vulnérabilité** (les troubles anxio-dépressifs de la grossesse et du post-partum en font partie), accompagner chaque couple par des dispositifs qui préviennent les troubles de la relation parents-enfant ;

- soutenir la parentalité par **des informations et des repères** sur la construction des liens familiaux et sur les moyens matériels, éducatifs et affectifs qui permettent à l'enfant de grandir ;
- favoriser une **meilleure coordination des professionnels** autour et avec la femme enceinte et le couple, de l'anténatal au post-natal.

4.2. Recommandations extraites des textes de référence

4.2.1. L'entretien prénatal précoce

Egalement nommé « entretien du 4^{ème} mois » ou « du 1^{er} trimestre », il est évoqué dès le plan Périnatalité, puis dans la circulaire Molénat et les recommandations PNP de l'HAS.

Pour rappel, en France, huit séances prénatales de 45 minutes minimum sont prises en charge par l'assurance maladie, l'entretien individuel ou en couple en fait partie et fait l'objet d'une cotation spécifique (arrêté du 11 octobre 2004 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels). L'entretien prénatal doit être proposé systématiquement à la femme enceinte par le professionnel de santé (qui a reçu une formation spécifique) qui confirme la grossesse (médecin généraliste, gynécologue-obstétricien ou sage-femme), même si ce dernier n'assure pas, par la suite, le suivi médical de la femme enceinte. [61]

Un référentiel de formation à cet entretien a été réalisé à la demande de la Direction Générale de la Santé, à la suite du plan périnatalité et de la circulaire Molénat, parallèlement aux recommandations de l'HAS, pour aider les professionnels à la mise en route de cet entretien. Il est accessible en ligne <http://www.afree.asso.fr/Refentiel-prenatal.pdf> . [62]

La femme choisit le moment où elle souhaite avoir cet entretien qui doit se dérouler durant le premier trimestre de la grossesse (mais elle n'est pas dans l'obligation de l'accepter). Le futur père doit être encouragé à participer à l'entretien.

Cet entretien individuel permet de présenter et mettre en place la PNP. En cas de déclaration tardive, de refus initial par la femme ou le couple, l'entretien peut avoir lieu plus tard. Si besoin est, cet entretien doit pouvoir être renouvelé, en particulier dans les situations difficiles (addictions, précarité, violence conjugale, etc.).

L'entretien individuel ou en couple ne se substitue pas aux consultations de suivi de la grossesse et n'est pas un entretien psychologique. En pratique, il s'agit d'impliquer la femme et le couple dans une démarche de prévention, d'éducation et d'orientation et de favoriser une meilleure coordination des professionnels autour de la femme enceinte. Il s'agit d'un temps suffisamment long (de l'ordre de trois quarts d'heure) de rencontre, d'échange bienveillant et d'information individualisée.

Objectifs de l'entretien précoce :

- Appréciation positive de la santé globale de la femme enceinte (aspects somatique, psychologique et social),
- Information sur les ressources de proximité et le rôle des professionnels autour de la femme enceinte,
- Information précoce sur la prévention des facteurs de risque et comportements à risque,
- Identification des besoins d'information et des compétences parentales à développer et à soutenir,
- Repérage systématique des facteurs de vulnérabilité (somatique, sociale, psycho-affective) susceptibles de compromettre la santé de l'enfant, de perturber l'instauration du lien entre les parents et l'enfant, voire de nuire à la protection et à la sécurité de l'enfant,
- Un premier lien, et si besoin un travail en réseau avec des professionnels activé autour de la femme et de sa famille, de la période anténatale à la période post-natale (réseau périnatalité).

Ainsi, cet entretien prénatal précoce a pour objectif de permettre aux futurs parents de mieux exprimer leurs attentes, leur projet de naissance et leurs craintes éventuelles afin de les aider à préparer les meilleures conditions possibles de la venue au monde de leur enfant.

Conduite de l'entretien précoce :

Il est recommandé de créer des conditions de dialogue et d'utiliser des techniques de communication appropriées (mettre en confiance, écoute active, empathie, reformulation, questions ouvertes) qui :

- mettent la femme et le couple en confiance ;
- leur permettent d'exprimer leurs attentes, leurs besoins, leur questionnement ;
- les aident à livrer leurs ressentis, leurs angoisses, les traumatismes actuels ou anciens qui pourraient être source de difficultés ultérieures.

Insister sur :

- La clarté de l'information délivrée et adapter le niveau de langage,
- La confidentialité de l'entretien, en particulier sur les questions délicates comme la violence domestique,
- L'information et recueillir l'accord de la femme pour la transmission d'informations entre les professionnels des champs sanitaire, social et médico-social,
- Proposer une orientation médicale et un dispositif d'aide et accompagnement.

Principaux thèmes à aborder :

« Qui est la femme enceinte, le couple »

« Ce que la femme vit et a vécu »

« Ce qu'elle ressent », « Ce qu'elle fait », « Ce qu'elle sait », « Ce qu'elle croit »

« Se sent-elle menacée et par quoi »

« Ce dont elle a envie », « Ce qu'elle veut connaître et apprendre »

« Ce qu'elle souhaite, accepte et veut faire pour mener à bien sa grossesse et accueillir l'enfant dans les meilleures conditions »

Repérer les situations de vulnérabilité :

- Définition de la vulnérabilité

La vulnérabilité est « une caractéristique principalement psychologique qui signifie être dans une condition non protégée et donc susceptible d'être menacé du fait de circonstance physique, psychologique ou sociologique ».

- Principaux facteurs de vulnérabilité à rechercher (liste non exhaustive établie à partir de l'analyse de la littérature, complétée de l'expérience pratique des membres du groupe de travail de l'HAS) :

- Les antécédents obstétricaux mal vécus.
- Les problèmes de type relationnel, en particulier dans le couple.
- La violence domestique, en particulier conjugale.
- Le stress (sous-tendu par la perception personnelle à la fois des exigences de la situation et de ses capacités).
- L'anxiété est un processus de blocage cognitif avec des manifestations somatiques, à la différence de la peur (de l'accouchement par exemple) qui se nomme et peut être exprimée par la femme enceinte.
- Les troubles du sommeil du début de grossesse peuvent être un signe d'alerte d'une anxiété ou d'une dépression.
- Un épisode dépressif durant la grossesse.
- La dépression du post-partum.
- La dépendance ou l'addiction (alcool, tabac, drogue, médicaments).
- La précarité est l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi.

- Le risque social est lié à des événements dont la survenue incertaine et la durée variable pourraient mettre en danger la capacité d'un individu ou d'un ménage à répondre à ses besoins à partir de ses ressources disponibles financières ou autres (maladie, chômage, changement de la composition familiale : enfants, parent isolé ou rupture conjugale).
- La naissance à haut risque psycho-affectif après l'annonce pré et post-natale d'une maladie, d'une malformation ou d'un handicap.

Rédiger une synthèse de l'entretien :

Il est recommandé de rédiger une synthèse de l'entretien individuel ou en couple. Cette synthèse est transmise avec l'accord de la femme au professionnel qui met en œuvre les séances prénatales (s'il n'a pas réalisé l'entretien lui-même) et au médecin ou à la sage-femme qui assure le suivi médical de la grossesse. En cas de situation de vulnérabilité ou de difficultés, la synthèse sert également de support à la coordination des actions autour de la femme enceinte.

L'existence d'un dossier partagé, détenu par la femme, devrait faciliter l'accès aux informations médicales, qui de ce fait seront disponibles au moment de l'entretien.

4.2.2. Promouvoir le travail en réseau : les réseaux de périnatalité

Le plan Périnatalité met l'accent sur ce point fondamental dans sa deuxième partie intitulée « plus de proximité ». Il aborde la création et le développement de réseaux de santé de proximité ville/PMI/hôpital en amont et en aval de l'organisation inter-établissements, afin de garantir le meilleur accès aux soins pour l'ensemble de la population et améliorer la qualité de la prise en charge de la mère et de son enfant autour de la naissance :

- En orientant la femme enceinte vers le lieu le mieux adapté à sa surveillance ; la définition d'indicateurs nationaux doit permettre d'évaluer l'adéquation de l'orientation ;

- En privilégiant, si possible, la proximité de son lieu d'habitation ;
- En prenant en charge de façon adaptée la grossesse en cas de situation pathologique ou de risque psychosocial ;
- En informant et en respectant le libre choix de la patiente et de sa famille ;
- En créant une « communauté périnatale » correspondant à l'ensemble des professionnels de la naissance qui appartiennent au réseau (la pédopsychiatrie devant en faire partie).

La mise en œuvre de ces réseaux implique de veiller au décloisonnement des pratiques professionnelles. La périnatalité met, par définition, en action des acteurs de champs différents dont l'articulation est indispensable afin d'instaurer une continuité et une cohérence dans la prise en charge. L'objectif étant de couvrir rapidement tout le territoire national par ces réseaux.

4.2.3. Le carnet de santé maternité [63]

Il illustre un outil essentiel à la liaison entre tous les professionnels du suivi de la grossesse et du post-partum précoce, et contribue à faciliter le travail en réseau de ces derniers. Ce carnet, gratuit, est envoyé à la mère à l'issue du premier examen prénatal obligatoire (avant la fin du troisième mois de grossesse) soit par sa caisse d'assurance maladie, soit par les services de PMI du conseil général, soit par sa mutuelle selon les départements. Si elle ne le reçoit pas, elle peut aussi le demander à son médecin. Il est consultable et téléchargeable sur le site du Ministère de la Santé.

Principe :

Ce document (ex-carnet de grossesse) a pour but d'apporter une information claire sur le déroulement de la grossesse et de faciliter le dialogue entre la mère et les professionnels du secteur médical ou social assurant le suivi de grossesse. Le carnet est la propriété de la mère. Aucune personne, y compris le père, ne peut en exiger la

communication. Les professionnels qui le consultent avec son accord et qui y inscrivent des annotations sont soumis au secret professionnel.

Contenu :

- Un dossier prénatal de suivi médical comportant des espaces d'annotations pour la mère et les professionnels qui la suivent ; le carnet est rempli lors de chaque consultation.
- Des fiches d'informations pratiques sur les examens à suivre, les soins, les services de préparation, les démarches à entreprendre, assortis de messages de prévention (exemples : conseils alimentaires, de suivi dentaire).

Mais :

- Le carnet est mal connu et peu utilisé (peut-être en raison de la redondance avec les autres dossiers médicaux ou certificats que les médecins doivent remplir) ;
- L'évocation des pathologies anxio-dépressives de la grossesse et/ou du post-partum est presque inexistante (succinctement évoquées sous des termes « tristesse, irritabilité, sentiment de culpabilité » concernant le post-partum), ce qui n'aidera pas la mère en souffrance à prendre conscience de l'existence de ces dernières.

5. Présentation de l'EPDS [64]

Les études épidémiologiques sur la pathologie du post-partum, en particulier sur la DPP, se développent à partir des années 1980. Une prise de conscience du fait que cette dépression n'atteint pas un adulte isolé, mais une femme qui vient d'avoir un bébé, et donc touche toute une famille, s'installe. Par ailleurs, les conséquences sur le développement des bébés exposés représentent un véritable enjeu de santé publique.

C'est en partie pour répondre aux difficultés diagnostiques que pose la DPP (pathologie trop souvent méconnue) que le psychiatre John Cox a élaboré l'EPDS, outil pouvant être utilisé par des professionnels non spécialisés : en effet, ce sont des professionnels de premier rang qui doivent dépister ces dépressions, c'est-à-dire faire une évaluation psychiatrique alors que dans la plupart des cas, ils n'ont reçu aucune formation pour cela.

J.Cox publie ainsi en 1987 un auto-questionnaire destiné spécifiquement initialement à dépister les mères déprimées en post-natal, dans une population tout venant, et appelle cet instrument l'*Edinburgh Post-natal Depression Scale*, du nom de la ville où se déroule l'étude. Il élabore cet instrument en prenant en compte deux paramètres :

- Il existe déjà beaucoup d'instruments d'évaluation de la dépression mais ils s'avèrent peu fiables et peu adaptés en post-natal.
- Il existe également des échelles dites d'hétéro-évaluation : ce sont les professionnels qui donnent leur jugement clinique, ils doivent donc être formés ; par ailleurs, leur temps de passation est long, et certains incluent des items somatiques qui peuvent être confondants en post-partum précoce (troubles du sommeil, variation de poids).

5.1. Construction et validation de l'EPDS

C'est à partir de trois échelles déjà existantes :

- "*Irritability, Depression and Anxiety Scale*" de Snaith et al. (1978)
- "*Hospital Anxiety and Depression Scale*" de Zigmond et Snaith (1983)
- "*Anxiety and Depression scale*" de Bedford et Foulds (1978)

que Cox construit son auto-questionnaire en y ajoutant des items de sa propre construction issus de sa longue expérience des DPP.

Il est très attentif au choix de la formulation des items, voulant obtenir une précision discriminante optimum et une bonne acceptabilité par les mères. La version définitive

comprend 10 items évaluant ce que la mère a ressenti sur les sept derniers jours (elle souligne la réponse qui lui convient le mieux), chaque item obtenant un score coté de 0 à 3 selon l'intensité des symptômes (quatre réponses possibles de 0=normal à 3=sévère), le score total (somme des notes de chaque item) étant sur 30 (qui correspond à une intensité maximale des symptômes pour chaque item). La cotation est aisée, les mots simples, les phrases courtes et la formulation cherche à ménager la sensibilité des mères et leur vulnérabilité aux jugements d'autrui.

Cette version définitive est validée en 1987 [65] sur un échantillon de 84 femmes recrutées par des professionnels « non psychiatriques » effectuant un suivi à domicile, l'âge moyen de leurs bébés étant de trois mois. La référence est le diagnostic psychiatrique obtenu par un entretien semi-structuré, le *Standardised Psychiatric Interview* de Goldberg (1970) et les critères de diagnostic qui caractérisent les épisodes dépressifs sont ceux du *Research Diagnostic Criteria* (RDC) de Spitzer (1978). Néanmoins, cet échantillon était biaisé car 72 de ces mères avaient déjà été repérées à six semaines post-partum comme étant « potentiellement déprimées ». Pour une valeur seuil de 13 (note retenue pour identifier les femmes à priori déprimées), Cox obtient une sensibilité (Se) de 86% et une spécificité (Sp) de 78%, la valeur prédictive positive (VPP) de l'EPDS étant de 73%. Cox constate qu'une note seuil de 10 permet d'obtenir moins de 10% de faux négatifs, ainsi il recommande le seuil de 10 si l'EPDS est utilisé comme instrument de dépistage systématique et le seuil de 13 si l'EPDS est utilisé dans une optique de recherche. Murray et Carothers ont par la suite validé l'EPDS sur un large échantillon communautaire (1990) (702 femmes à six semaines du post-partum) qui a mis en évidence la très bonne acceptabilité de l'instrument par les mères, et la note seuil de 10,5 a été retenue. [66]

L'EPDS a été élaboré pour faciliter aux professionnels « non psy » la reconnaissance d'un état dépressif. Comme tout auto-questionnaire, il ne nécessite aucune formation de la part de celui ou celle qui le fait passer. L'EPDS peut être proposé à des femmes qui ne lisent pas bien la langue du pays, c'est alors le professionnel qui lit les questions. Il est préférable que la maman remplisse seule son questionnaire sans qu'un proche puisse lire ses réponses.

5.2. Utilisation de l'EPDS

L'EPDS peut servir à plusieurs objectifs :

- Apprécier si une femme est déprimée ou pas :

La note obtenue peut aider un professionnel à mieux décider de son type d'intervention. Cela donne du poids au sentiment qu'on a qu'une femme est déprimée et évite les risques de banalisation ou de rationalisation. L'outil n'est cependant qu'une aide à l'évaluation clinique qui reste la plus importante : si le professionnel estime une maman déprimée, quel que soit le score à l'EPDS, c'est son jugement qui prime. La passation de l'EPDS se révèle souvent un élément d'ouverture et de dialogue entre les mères et les professionnels, qui facilite l'expression des sentiments négatifs si souvent réprimés par les mères et est ressenti comme un témoin de l'attention des professionnels.

« Un instrument comme l'EPDS donne aux mères la certitude que l'on s'intéresse à elles en tant qu'individu, c'est en quelque sorte une autorisation qui leur est donnée de parler et de chercher de l'aide auprès des autres : la légitimisation des sentiments maternels peut aussi contribuer à accepter l'idée de l'aide ». (N. Guédeney 1995)

- Evaluer l'évolution de l'état dépressif sous prise en charge thérapeutique.

5.3. Traduction et validation de l'EPDS en français

- L'EPDS étant d'un grand intérêt, il a été traduit puis validé dans plusieurs langues, dont en français par l'équipe de N.Guédeney en 1995. [64,67]

La traduction s'est faite en France et l'avis d'un professeur canadien fut sollicité, puis la version a été envoyée à Cox qui fit une traduction en retour par deux anglais bilingues : les deux versions anglaises obtenues ont été exactement superposables à l'instrument d'origine. La validation française a été réalisée sur un échantillon de 87 mères habitant Paris et selon une méthodologie proche de celle de Cox.

Quatre notes seuils ont été étudiées (dont deux sont celles proposées par Cox) :

- 13 : Se=0.60, Sp=0.97, VPP=0.98, VPN (valeur prédictive négative)=0.67
- 12 : Se=0.73, Sp=0.95, VPP=0.94, VPN=0.75
- **11 : Se=0.80, Sp=0.92, VPP=0.92, VPN=0.81**
- 10 : Se=0.84, Sp=0.78, VPP=0.80, VPN=0.82

Ainsi, la note seuil à 11 se révèle être celle qui apporte la meilleure sensibilité pour une spécificité qui reste excellente (dépressions mineures et majeures confondues).

En effet, sur cet échantillon, le score préconisé par Cox de 13 est très discriminatif mais pas assez sensible pour une utilisation clinique de dépistage, par contre le seuil de 10 n'apporte pas une sensibilité meilleure que la note seuil de 11 mais perd beaucoup en spécificité. En accord avec Cox, les auteurs concluent que « pour une population francophone de mères vues entre le deuxième et le quatrième mois du post-partum, le score de 12 reste pertinent dans une logique de recherche et celui de **11 pour une logique clinique** ».

- en 2003, Teissedre et Chabrol ont réalisé une étude sur 859 mères au troisième jour du post-partum et entre la quatrième et la sixième semaine avec un double objectif : évaluer dans les premiers jours du post-partum la valeur du seuil prédictif d'une DPP avec l'EPDS et préciser son seuil pour le dépistage des dépressions majeures. La comparaison des évaluations réalisées aux deux temps a permis de

préciser un seuil de 9 comme le score prédictif de DPP (Se=0.88, Sp=0.5). Ce résultat confirme que l'intensité dépressive de l'humeur des mères au troisième jour est prédictive de DPP et que de ce fait, cette population à risque peut être dépistée précocement. Au deuxième temps d'évaluation, le score seuil de 12 donnait les meilleures sensibilité et spécificité pour le dépistage des dépressions majeures du post-partum. [56]

5.4. Extension de l'utilisation de l'EPDS

- À l'origine élaboré pour la période du post-partum, son usage en période prénatale tend à se généraliser au niveau international, dans la mesure où cet outil propose une évaluation de la dépression excluant les symptômes somatiques classiques.

Murray et Cox ont été les premiers, en 1990, à mener une étude validant l'utilisation de l'EPDS en anténatal pour dépister une dépression chez des femmes entre 28 et 34 semaines de grossesse (note seuil de 14,5 retenue pour la dépression majeure selon les critères RDC, et 12,5 pour les dépressions mineures et majeures). [68]

Par la suite, d'autres études ont été menées afin de valider cette utilisation en anténatal, à divers moments de la grossesse. Une revue systématique de la littérature conduite en 2009 a relevé les principales études ayant validé l'EPDS en anténatal [19,69,70].

Pour la version française, De Tychey et al. [9,71] ont montré de bonnes propriétés psychométriques de cet outil en prénatal. La recherche de Adouard et al. [72] menée avec des femmes enceintes françaises dont la grossesse était à haut risque obstétrical retenait le score seuil de 11,5 pour parler de dépression majeure (étude portant sur des femmes entre 28 et 34 semaines de grossesse également).

- Son utilisation a été validée chez les pères seuls [73] ou chez des sujets en fin de vie [74].

- Cox propose également de l'utiliser pour suivre l'évolution des patientes dépistées lorsque les enfants sont plus âgés au-delà d'un an [75] (donc au delà de la période post-natale à proprement parler).

5.5. Limites et forces de l'EPDS

En 2009, dans le cadre d'une revue systématique des études de validation de l'EPDS en anténatal et en post-natal (37 études en tout) [69], des limites ont été soulevées : les données de ces études sont difficilement synthétisables dans le cadre d'une revue quantitative de type méta-analyse, en raison de leur trop grande hétérogénéité (méthodologie, population étudiée, moment de passation de l'EPDS, langue utilisée, critère diagnostique de référence (exemple le RDC)). Ces variations sont en partie expliquées par des expressions émotionnelles différentes selon la culture d'appartenance des femmes évaluées (ainsi, dans les cultures où les émotions sont moins exprimées, les scores sont inférieurs et le seuil de positivité abaissé). D'autre part, certaines études incluent dans le terme « dépression » les dépressions mineures et majeures, tandis que d'autres ne s'intéressent qu'à la dépression majeure.

Néanmoins, de part sa simplicité d'obtention (disponible sur internet gratuitement) et d'utilisation, ses propriétés psychométriques et sa large diffusion internationale, il reste l'instrument le plus utilisé dans l'aide au dépistage de la dépression périnatale.

Au delà du score, c'est la possibilité d'établir un climat de confiance entre une mère potentiellement en détresse et un professionnel de santé, qui peut déboucher le cas échéant sur une prise en charge adaptée.

5.6. Connaissance et utilisation de l'EPDS par les médecins généralistes

Selon le travail de thèse de Pauline Filliette-Dewaele [76] réalisé en 2009 auprès de 86 médecins généralistes du nord de la France, à la question « Utilisez-vous des tests de dépistage de la DPP ? » :

- 95% d'entre eux n'utilisaient pas de test de dépistage ;
- 5% d'entre eux n'avaient pas répondu à la question ;
- 20% d'entre eux (soit un médecin sur cinq) avaient ajouté un point d'interrogation à côté de « EPDS », cité dans le questionnaire comme exemple de test utilisable.

Toujours selon cette enquête, le temps de consultation en médecine générale est considéré comme un frein au dépistage de la DPP pour 30% des médecins généralistes.

Dans l'enquête menée par Anne Keromnes-Charreau [77] en 2008 auprès de 42 médecins généralistes du Finistère, 5% d'entre eux déclaraient recourir à l'EPDS pour dépister la dépression du post-partum : cette utilisation était donc marginale. Les freins au dépistage de cette dépression étaient les difficultés liées aux particularités de la pathologie, aux connaissances et conditions de travail des généralistes (gestion du temps), et au fonctionnement du système de soins.

METHODES

I. OBJECTIFS DE L'ENQUETE

L'objectif stratégique général était de promouvoir la prévention du post-partum blues et surtout la DPP en prenant en charge suffisamment tôt les troubles psychiques au cours de la grossesse.

Notre objectif principal était de réaliser et d'évaluer un questionnaire simplifié, à partir de l'échelle de référence validée dans la littérature (l'EPDS), pour dépister puis prendre en charge les troubles anxio-dépressifs pendant la grossesse.

L'objectif secondaire était de rendre systématique la recherche de troubles anxio-dépressifs pendant la grossesse en médecine générale, en sensibilisant les médecins généralistes.

II. POPULATION CIBLE

Critères d'inclusion :

- Toute femme enceinte à n'importe quel terme de grossesse, se présentant à la consultation de son médecin généraliste pour quelque motif que ce soit, pendant la période de l'enquête.
- Patientes pour lesquelles le résultat du questionnaire EPDS pouvait être déterminé même si ce dernier n'était pas rempli entièrement.

Critères d'exclusion :

- Ne répondaient pas aux questionnaires :
 - Les patientes qui ne le souhaitaient pas (respect du libre arbitre),
 - Les patientes qui y avaient déjà répondu.

- L'étude n'était pas proposée aux patientes enceintes ayant un antécédent personnel psychiatrique (notamment dépressif), puisque l'objectif était de dépister la femme tout-venant, or nous supposons que la connaissance d'un antécédent dépressif sensibilisait le médecin à la recherche d'un épisode dépressif pendant la grossesse.
- Patientes pour lesquelles le résultat du questionnaire EPDS ne pouvait être déterminé, lorsque ce dernier n'était pas rempli entièrement.

III. DESCRIPTION DE L'ENQUETE

1. Type d'enquête

Il s'agissait d'une enquête observationnelle quantitative transversale multicentrique, réalisée à l'aide de médecins généralistes ayant interrogé des femmes enceintes.

2. Mode de sélection des médecins généralistes

En collaboration avec la sage femme coordinatrice du Réseau Périnatal Paris Nord, une liste avec les coordonnées de tous les professionnels (médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens et sages femmes) adhérant au Réseau (couvrant les départements de Paris 75, Hauts-de-Seine 92 et Seine-Saint-Denis 93) nous a été remise.

Dans un premier temps tous les médecins généralistes de cette liste ont été contactés par téléphone. Sur les 25 qui ont répondu à notre appel, 12 d'entre eux ont accepté de participer à cette enquête. Ceux ayant accepté ont parfois proposé d'inclure d'autres médecins généralistes (collègues de cabinet de groupe ou autres).

Parallèlement, par le biais de cette même sage femme coordinatrice, nous avons été mis en relation avec le Réseau Périnatal du Val-d'Oise, puis nous avons pu rencontrer la plupart des médecins généralistes y adhérant lors de la journée du 11

février 2010 organisée par le Réseau. De ce réseau, sept médecins généralistes ont accepté de participer à l'enquête.

Enfin, afin d'optimiser le nombre de femmes enceintes interrogées et pour des raisons pratiques, nous avons extrait la liste des médecins généralistes sans exercice particulier indiqué, installés dans certaines villes du Val-d'Oise, afin de pouvoir les rencontrer facilement (Argenteuil, Auvers-Sur-Oise, Cergy-Pontoise, Courdimanche, Ennery, Eragny-Sur-Oise, Jouy-Le-Moutier, Menucourt, Méry-sur-Oise, Osny, Saint-Ouen-l'Aumône, Soisy-Sous-Montmorency), sur le site des pages jaunes [78], soit 193 médecins en 2010. Chacun des médecins a été appelé, et seize ont accepté de participer à l'enquête.

3. Durée de l'enquête

L'enquête a été menée du 19 février 2010 au 31 décembre 2010.

4. Les outils utilisés

Plusieurs outils ont été proposés aux patientes.

4.1. Le questionnaire EPDS (cf annexe 1)

La dépression prénatale était évaluée par l'EPDS. Dans la présente recherche, au vu des éléments de la littérature vus précédemment, le score seuil de **11** a été choisi [79] . Le score pour chaque patiente a été calculé par nos soins, selon la cotation en vigueur.

4.2. Le questionnaire GPSY (cf annexe 2)

Ce questionnaire a été spécialement conçu pour cette étude.

- Réalisation du questionnaire :

Dans un premier temps, une recherche bibliographique reprenant les études qui ont permis la réalisation et la validation de l'EPDS a été effectuée.

De cette recherche, il en ressortait que l'EPDS comportait deux sous-échelles [11,56,67,72,80–82] :

- une dimension « dépression » : questions 1, 2, 8;
- une dimension « anxiété » : questions 3, 4, 5.

Une attention particulière devait également être portée à la question 10 (« Il m'est arrivé de penser à me faire du mal ») portant sur les idées suicidaires.

Notre questionnaire devait donc couvrir ces deux items, tout en ne comportant que des réponses binaires (oui/non) pour l'analyse statistique.

Après consultation avec le chef de service du secteur de pédopsychiatrie du centre hospitalier régional de Pontoise, rencontré lors de la journée du Réseau Périnatal du Val-d'Oise, il a été décidé de ne garder que des items « négatifs » (donc supprimer les questions 1 et 2), et d'accorder une attention particulière au retentissement somatique (en particulier le sommeil, question 7 de l'EPDS).

Le questionnaire final comportait ainsi cinq questions binaires.

Le seuil de positivité (donc patiente potentiellement à risque de vulnérabilité psychique anxieuse et/ou dépressive) serait défini à partir des résultats de l'enquête.

- Validation du questionnaire :

Nous avons sollicité pour sa validation le chef de service du secteur de pédopsychiatrie du centre hospitalier régional de Pontoise et la sage femme coordinatrice du Réseau Périnatal Paris Nord.

4.3. Données « patiente »

Les données sociodémographiques de la patiente étaient recueillies par le médecin et investiguaient :

- L'âge,
- La couverture sociale,

- Le niveau d'études,
- La catégorie socioprofessionnelle/profession,
- Le statut marital,
- Le motif de consultation,
- La gestité/parité,
- Les antécédents éventuels d'interruption volontaire de grossesse, interruption médicale de grossesse, fausse couche spontanée, procréation médicale assistée, fécondation in-vitro, mort subite du nourrisson, grossesse extra-utérine, grossesse arrêtée,
- Le terme de la grossesse en cours.

4.4. Données « médecin »

Les données sociodémographiques de chaque médecin investigateur étaient recueillies et investiguaient :

- Le sexe,
- L'âge,
- L'année d'installation,
- La faculté d'étude,
- Le lieu d'exercice,
- Le mode d'exercice,
- L'appartenance à un ou plusieurs réseaux de soins et si oui le(s)quel(s),
- Les orientations d'exercice éventuelles,
- Les autres activités éventuelles en plus de l'exercice de la médecine libérale (comprenant en outre la participation à des actions de formation médicale continue).

4.5. L’affiche explicative (cf annexe 3)

Une pancarte expliquant aux patientes les buts et le protocole de l’enquête a été réalisée afin d’être affichée dans les salles d’attente des cabinets investigateurs, avec pour objectifs :

- que les patientes en prennent connaissance avant même que le médecin ne leur en parle durant la consultation (en particulier dans les cabinets dépourvus de secrétaires),
- que les patientes ayant été oubliées par la secrétaire ou à un terme trop précoce pour être visible de celle-ci puissent se manifester auprès d’elle afin de réclamer le questionnaire EPDS à remplir en salle d’attente.

5. Modalités pratiques : procédure et considérations éthiques

Après un premier contact téléphonique, chacun des 46 médecins ayant accepté de participer au projet (34 cabinets en tout) a été rencontré sur son lieu d’exercice, afin de lui présenter les questionnaires et les modalités pratiques de l’enquête.

Pour les cabinets médicaux qui disposaient d’un secrétariat, les secrétaires médicales étaient rencontrées afin de leur expliquer les principes et objectifs de l’étude, puis la distribution des questionnaires EPDS leur était confiée si elles l’acceptaient.

Certains médecins ont préféré ne prendre que quelques questionnaires, tandis que les cabinets de groupe en acceptaient volontiers davantage. Au total, 585 questionnaires ont été remis aux différents médecins de façon inégale.

Au préalable, le nombre nécessaire de patientes à inclure a été fixé à 300 de manière empirique et après prise en compte d’un avis d’expert (psychiatre,

professeur de santé publique dans une faculté de médecine, et directeur d'unité INSERM [Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale]).

L'étude a été présentée aux patientes aussi bien par le médecin que par la secrétaire médicale (lorsqu'il y en avait une), comme une recherche sur les troubles anxieux et dépressifs éventuels au cours de la grossesse.

Les femmes étaient informées qu'elles avaient le droit de refuser de participer à la recherche, cela n'ayant pas de conséquences sur leur suivi médical. De même, elles étaient assurées du caractère confidentiel de leurs réponses.

L'EPDS étant validé comme auto-questionnaire, il était rempli par la patiente en salle d'attente, selon deux modalités :

- remis à l'entrée du cabinet par la secrétaire s'il y en avait une,
- ou remis par le médecin après la consultation.

La patiente était interrogée par le médecin à l'aide du questionnaire GPSY au cours de la consultation. L'étude était menée en simple aveugle, c'est-à-dire que le médecin n'avait pas connaissance du score obtenu au questionnaire EPDS auto-administré en salle d'attente. Pour les patientes ne comprenant ou ne lisant pas bien le français, le médecin aidait la patiente à remplir l'EPDS.

Après avoir recueilli son consentement éclairé, la patiente était donc interrogée au même moment avec les deux outils.

Pour éviter tout biais de passage, il a été demandé à chaque médecin dans la mesure du possible de faire passer la moitié des questionnaires dans un sens (EPDS avant GPSY) et l'autre moitié dans le sens contraire (GPSY avant EPDS), et de préciser pour chaque patiente interrogée quel avait été l'ordre de passage.

Les questionnaires étaient présentés ainsi :

- Un questionnaire EPDS en une feuille recto verso,
- Un questionnaire intitulé « patiente » (tenant sur un recto), en deux parties :
 - 1ère partie avec les données sociodémographiques de la patiente interrogée,
 - 2ème partie avec le questionnaire GPSY,
 - l'ordre du passage du questionnaire : EPDS rempli avant ou après la consultation (donc avant ou après le GPSY).

Les questionnaires étaient anonymes, numérotés et appariés, chaque patiente devant avoir eu les deux questionnaires.

Notre éthique personnelle nous a conduit à proposer à toutes les femmes enceintes ayant obtenu un score supérieur ou égal à 11 à l'EPDS un soutien psychologique qu'elles ont accepté ou refusé.

6. Relances

Les relances se faisaient par appel téléphonique mensuel à chacun des médecins (soit neuf rappels au total), permettant de suivre la cinétique du nombre de patientes interrogées au total.

Les questionnaires remplis ont été récupérés directement auprès de chaque médecin à la fin de l'enquête, en janvier 2011.

IV. RECUEIL ET ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES

1. Recueil de données : description des variables et règles de codage

L'ensemble des questionnaires récupérés a été saisi manuellement, à l'aide d'un masque de saisie construit avec la version 3.1 du logiciel EpiData®. Puis les données ont été exportées dans un tableau Excel.

Pour le codage des données lors de la saisie :

- La variable correspondant au résultat au questionnaire EPDS a été dichotomisée de la manière suivante : « négative » pour un score strictement inférieur à 11 (ce qui correspondait aux femmes les moins à risque de développer une symptomatologie dépressive), et « positive » pour un score supérieur ou égal à 11 (ce qui correspondait aux femmes les plus à risque de développer une symptomatologie dépressive).
- Les professions des patientes ont été regroupées selon la source INSEE 2003 (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) pour les nomenclatures des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) [83] .

Tableau 1 : Liste des catégories socioprofessionnelles selon la source INSEE (2003)

PCS 2003	Niveau 1 - Liste des catégories socioprofessionnelles
Code	Libellé
1	Agriculteurs exploitants
2	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
3	Cadres et professions intellectuelles supérieures
4	Professions Intermédiaires
5	Employés
6	Ouvriers
7	Retraités
8	Autres personnes sans activité professionnelle

- Nous avons isolé :
 - Les grossesses actuellement gémellaires et/ou les antécédents de grossesses gémellaires dans un groupe,
 - Les femmes avec antécédents de difficultés autour d'une grossesse (interruption volontaire de grossesse, interruption médicale de grossesse, fausse couche spontanée, procréation médicale assistée, fécondation in-vitro, mort subite du nourrisson, grossesse extra-utérine, et/ou grossesse arrêtée) dans un autre groupe.

- Les termes de grossesse ont été regroupés en trimestres comme suit :
 - 1^{er} trimestre : jusqu'à fin 13 semaines de grossesse (SG)/15 semaines d'aménorrhée (SA) (limite 16 SA),
 - 2^{ème} trimestre : entre début 16 SA et fin 26 SG/28 SA (limite 29 SA),
 - 3^{ème} trimestre : entre début 29 SA et terme (41 SA soit 39 SG).

2. Plan d'analyse statistique

Toutes les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide des logiciels Epi Info® (version 3.5.1) et R (version 2.12.1). Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentages, et les variables quantitatives l'ont été par leurs paramètres de position et de dispersion (médiane, moyenne, mode, valeurs minimales et maximales, écart-type et intervalle de confiance à 95% [IC95%]).

L'analyse descriptive a porté successivement sur les caractéristiques sociodémographiques des populations étudiées (investigateurs et femmes enceintes), puis sur les résultats observés pour les questionnaires GPSY et EPDS.

L'étude de validation du score GPSY [84,85] a d'abord porté sur la recherche d'une association entre les scores GPSY et EPDS, à l'aide du test de coefficient de corrélation de Spearman.

Les analyses univariées puis multivariées ont reposé sur un modèle de régression logistique évaluant les déterminants de la positivité au questionnaire EPDS en fonction des réponses observées au questionnaire GPSY. Ce type d'analyse a permis d'estimer la force des associations entre une variable « à expliquer » (ici, la variable discrétisée : score EPDS positif/négatif) et chacune des covariables « explicatives » (ici, les 5 questions du score GPSY), tout en tenant compte des interactions entre celles-ci et des éventuels facteurs de confusion. La sélection des covariables dans le modèle final a été réalisée par méthode « pas-à-pas descendante ».

Le choix du seuil optimal a été réalisé à l'aide des calculs de sensibilité, de spécificité et du score de Youden pour les différents seuils de réponses positives au questionnaire GPSY. Les VPP et VPN ont ensuite été calculées à partir du tableau de contingence correspondant au seuil retenu.

Enfin, la concordance entre les deux scores a été évaluée à l'aide du coefficient Kappa. Ce dernier estimait la proportion de résultats identiques entre les deux variables GPSY et EPDS, au-delà de ce qui pourrait être imputé au hasard.

Seules les valeurs de p strictement inférieures à 5% ont été considérées comme statistiquement significatives.

RESULTATS

I. DESCRIPTION DES POPULATIONS ETUDIEES

1. Populations étudiées

1.1. Investigateurs

Sur les 46 médecins généralistes ayant accepté initialement de participer à l'étude, quatre n'ont rempli aucun questionnaire au final : 42 investigateurs (91,3%) ont inclus au moins une patiente. Ils étaient répartis dans 33 cabinets médicaux.

1.2. Echantillon de patientes

Selon les investigateurs ayant inclus au moins une patiente, aucun refus de réponse n'a été observé. La population initiale de patientes ayant accepté de participer à l'étude était de 344 femmes enceintes.

- Concernant les questionnaires EPDS, six données manquaient quant au score total, mais pour trois d'entre elles, il nous était possible d'affirmer si elles étaient au-dessus ou en-dessous du seuil de 11 :

- Une femme pour qui une seule réponse n'avait pas été renseignée, et qui avait sans cette réponse un score total de 1 (donc au maximum si elle avait eu un score de 3 à l'item manquant, elle aurait totalisé un score de 4, qui reste encore en-dessous du seuil de 11).
- Une femme qui avait déjà un score de 12 sans l'item manquant, donc de toute façon au-dessus du seuil.
- Une femme qui avait déjà un score de 16 sans l'item manquant, donc de toute façon au-dessus du seuil.

Pour les trois autres femmes, trop de réponses manquaient pour pouvoir préjuger où elles se situaient par rapport au seuil de 11, leur score à l'EPDS n'était pas exploitable : elles ont été exclues de l'échantillon.

- Tous les questionnaires GPSY ont quant à eux été remplis entièrement.

Au total, 341 femmes enceintes composaient notre population incluse.

2. Caractéristiques sociodémographiques des médecins investigateurs

2.1. Age et sexe

On constate une majorité de femmes (n=33 soit 78,6%), et 42,9% des médecins investigateurs avaient moins de 40 ans.

Figure 1 : Sexe des médecins investigateurs

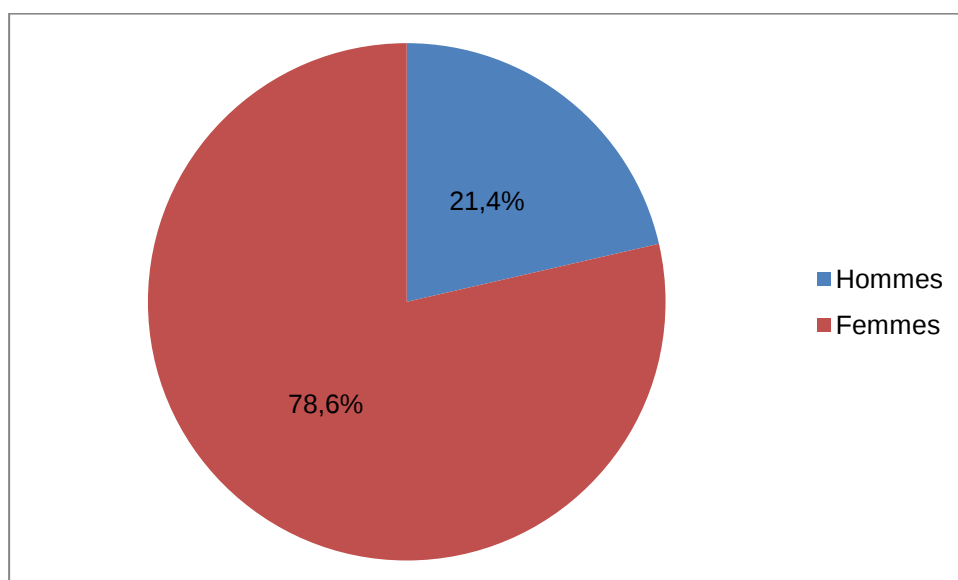
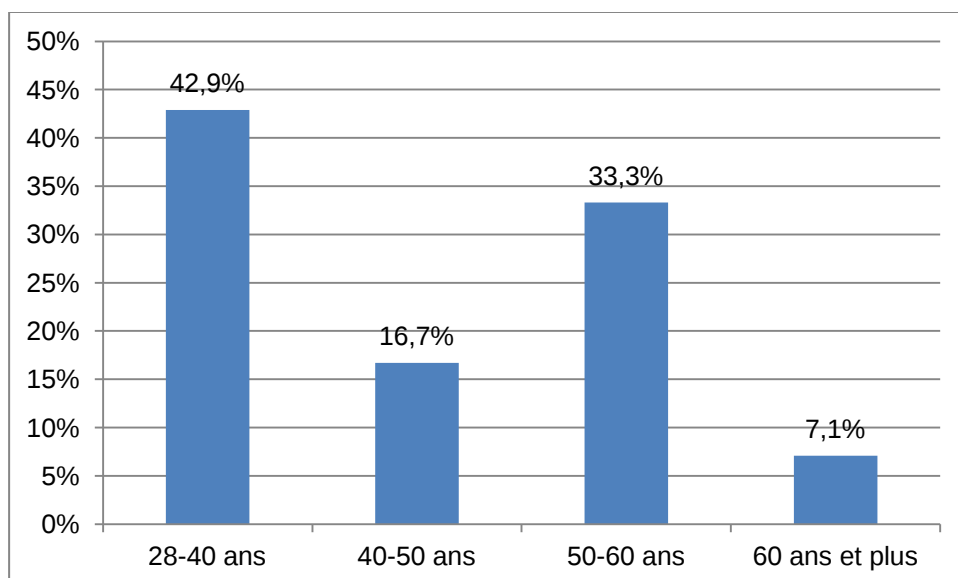
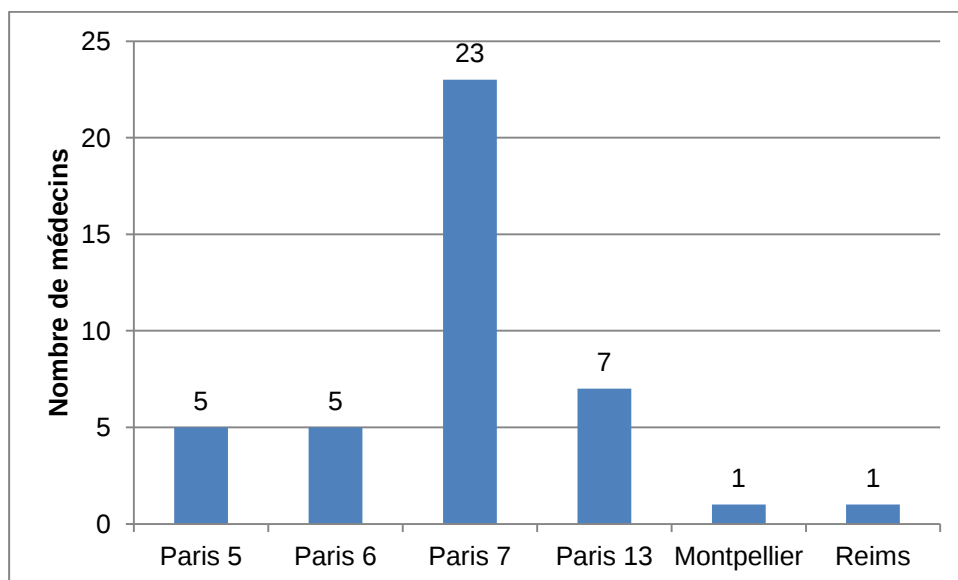


Figure 2 : Répartition par tranches d'âge des médecins investigateurs

2.2. Faculté d'études et année d'installation

Plus de la moitié des médecins étaient originaires de la faculté de médecine Paris Diderot - Paris 7 (23 médecins soit 54,8%). Deux médecins n'étaient pas originaires de la région parisienne.

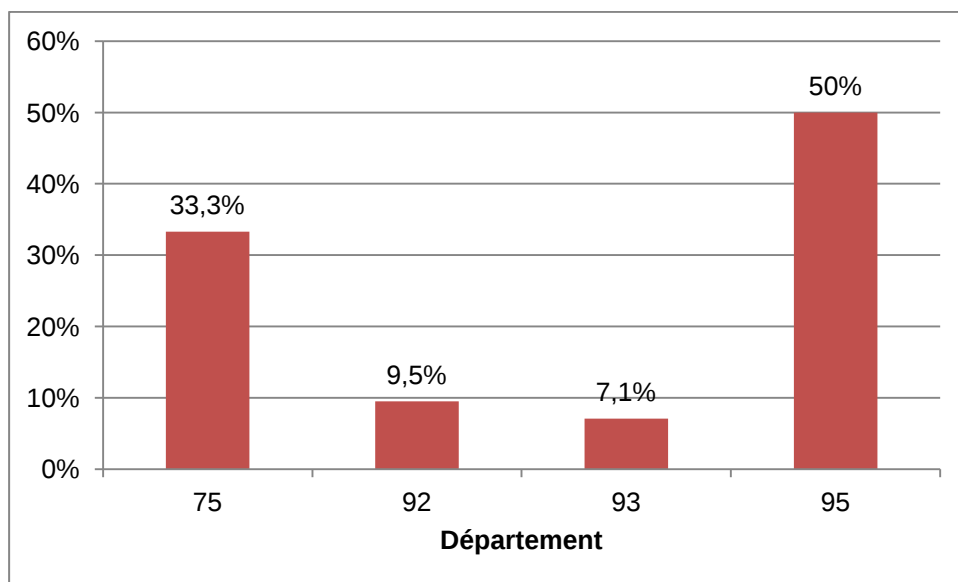
Figure 3 : Faculté d'études des médecins investigateurs

Six des médecins investigateurs étaient remplaçants. Parmi les médecins installés, l'année d'installation s'étendait de 1976 à 2011, avec une moyenne de début d'installation en 1995.

2.3. Lieu et mode d'exercice

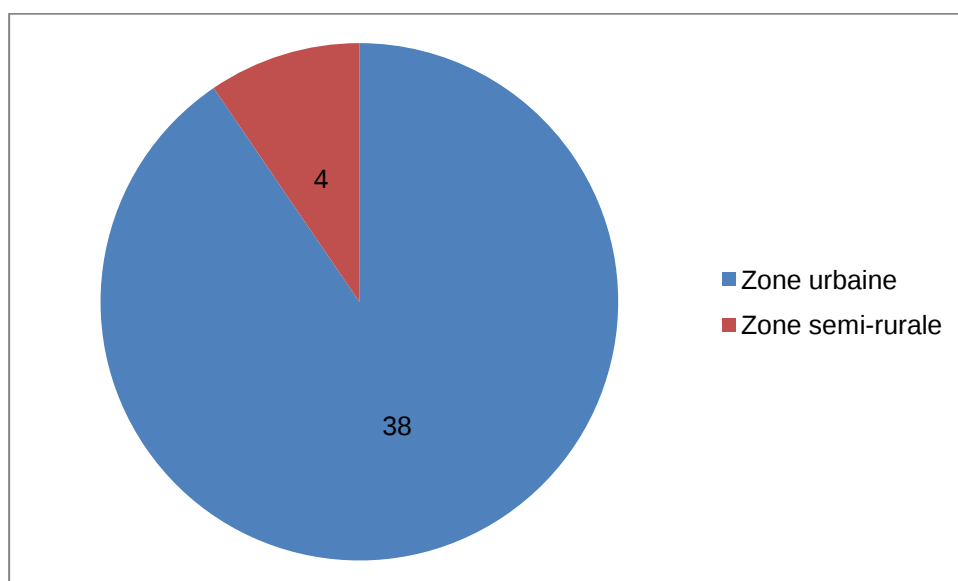
Quatre départements étaient représentés : Paris (75), Hauts-de-Seine (92), Seine-Saint-Denis (93) et Val-d'Oise (95). La moitié des médecins exerçait dans le Val-d'Oise, et un tiers d'entre eux à Paris.

Figure 4 : Département d'exercice des médecins investigateurs



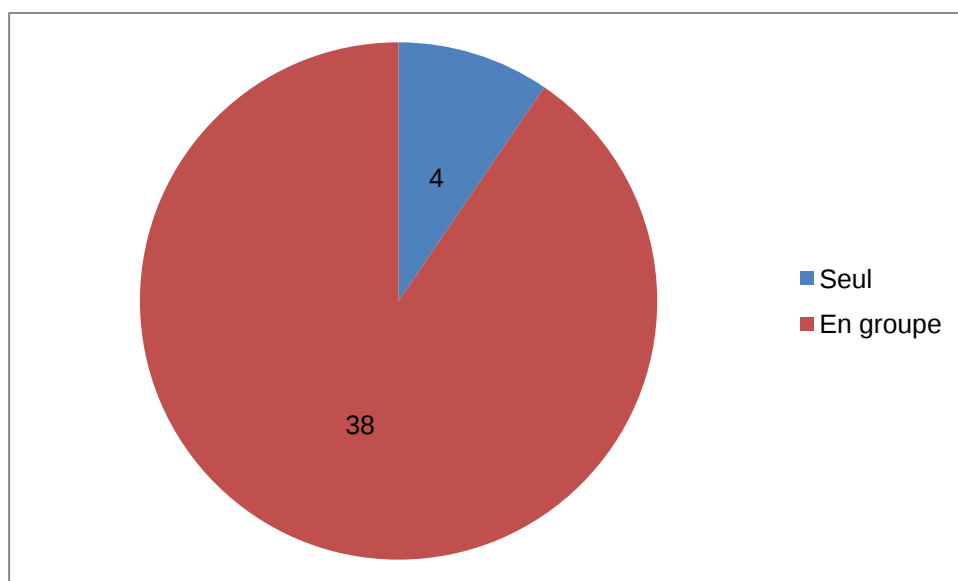
La plupart d'entre eux exerçait en milieu urbain, à l'exception de quatre qui exerçaient en zone semi-rurale. Aucune zone rurale n'était représentée.

Figure 5 : Zone d'exercice des médecins investigateurs (en nombre)



La majorité des médecins exerçait dans le cadre de cabinets de groupe, seuls quatre d'entre eux étaient installés seuls.

Figure 6 : Mode d'exercice des médecins investigateurs (en nombre)



2.4. Appartenance à un (des) réseau(x) de soins

Vingt-cinq des médecins investigateurs (59,5%) adhéraient à un ou plusieurs réseaux de soins, dont les plus représentés étaient le Réseau Paris-Nord et le Réseau Périnatal Paris Nord.

Tableau 2 : Réseaux représentés parmi les médecins investigateurs

Réseau de soins	Proportion de médecins N (%)
Paris-Nord	12 (28,6%)
Réseau Périnatal Paris Nord	12 (28,6%)
Quiétude	5 (11,9%)
Réseau Périnatal du Val-d'Oise	5 (11,9%)
ARès 92	3 (7,1%)
Paris Diabète	3 (7,1%)
REVHO	3 (7,1%)
Réseau Périnatal Seine-Saint-Denis Ouest	3 (7,1%)
Gynécomed	2 (4,8%)
Agékanonix	1 (2,4%)
Réseau "les Bluets"	1 (2,4%)
Réseau Oncologie Argenteuil	1 (2,4%)
Aucun	17 (40,5%)

Les pourcentages sont calculés sur un total de 42 médecins, sachant que chaque investigateur pouvait adhérer à plusieurs réseaux.

2.5. Orientations d'exercice

La moitié des médecins avait une ou plusieurs orientation(s) spécifique(s) d'exercice, qui concernait la plupart du temps le domaine de la gynécologie.

Tableau 3 : Orientations d'exercice des médecins investigateurs

Orientations d'exercice	Proportion de médecins N (%)
Gynécologie	14 (33,3%)
Pédiatrie	6 (14,3%)
Psychothérapie	3 (7,1%)
IST, VIH	2 (4,8%)
Médecine esthétique	2 (4,8%)
Médecine du sport	2 (4,8%)
Gériatrie	1 (2,4%)
Rhumatologie	1 (2,4%)
Aucune	21 (50%)

Les pourcentages sont calculés sur un total de 42 médecins, sachant que chaque investigateur pouvait avoir plusieurs orientations d'exercice.

2.6. Autre activité en plus de l'exercice de la médecine libérale

Dix-sept des médecins (40,5%) avaient un ou plusieurs exercice(s) parallèle(s), le plus souvent universitaire (Maître de Stage ou Chargé d'enseignement à la faculté), puis hospitalier.

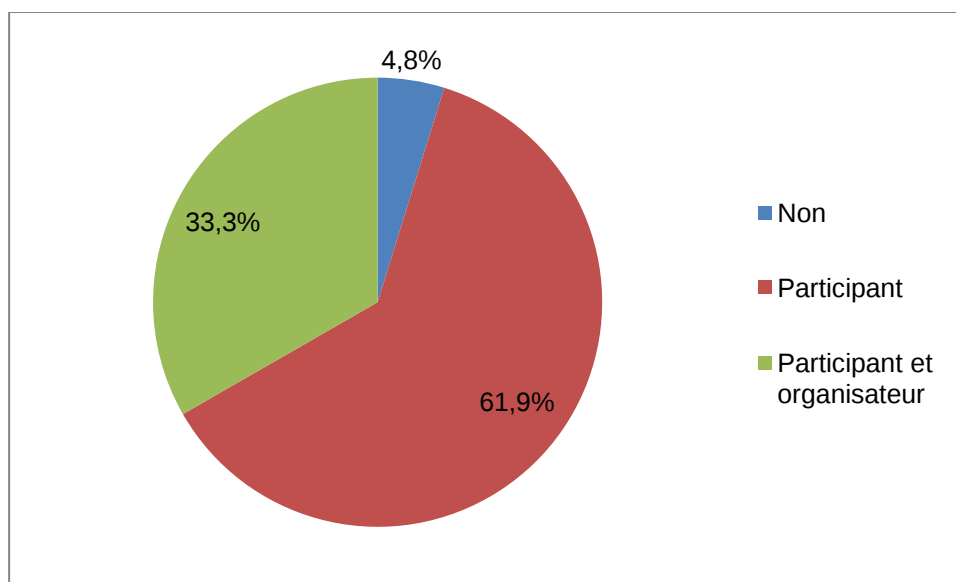
Tableau 4 : Activités parallèles des médecins investigateurs

Activité	Proportion de médecins N (%)
Universitaire	11 (26,2%)
Hospitalière	5 (11,9%)
PMI	2 (4,8%)
Centre de santé	1 (2,4%)
Médecin coordonnateur en maison de retraite	1 (2,4%)
Médecin sapeur pompier	1 (2,4%)
Aucune	25 (59,5%)

Les pourcentages sont calculés sur un total de 42 médecins, sachant que chaque investigateur pouvait avoir plusieurs activités parallèles.

2.7. Formation médicale continue (FMC)

Deux des médecins (4,8%) ne participaient à aucune action de FMC, tandis qu'un tiers d'entre eux étaient non seulement participants mais également organisateurs.

Figure 7 : Participation des médecins investigateurs à des actions de FMC

3. Données sociodémographiques des patientes interrogées

3.1. Age

On constate une moyenne d'âge proche de la médiane (30 ans), il en résulte ainsi une distribution de type normale gaussienne.

Tableau 5 : Paramètres de position et de dispersion de l'âge des patientes interrogées (en années)

Variable	N	Min	25%	Méd	75%	Max	Mode	Moy	ET
Age	341	16	26	30	33	45	32	29,7	5,19

N= nombre de patientes

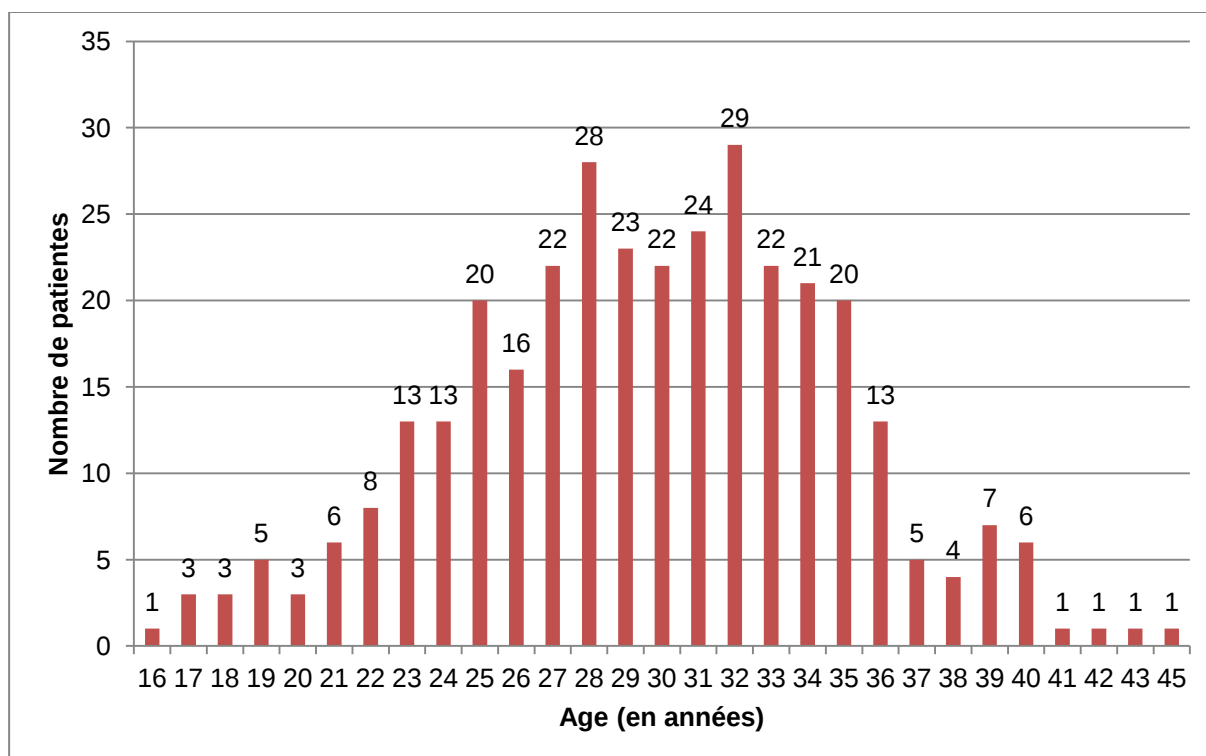
Min= valeur minimale

Méd= médiane

Max= valeur maximale

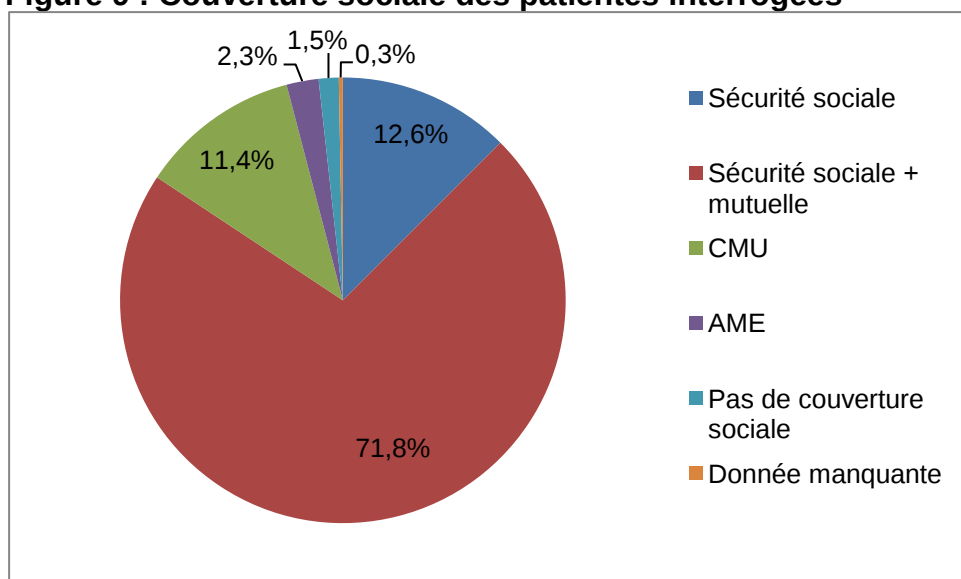
Moy= moyenne

ET=écart-type

Figure 8 : Répartition de l'âge des patientes

3.2. Couverture sociale

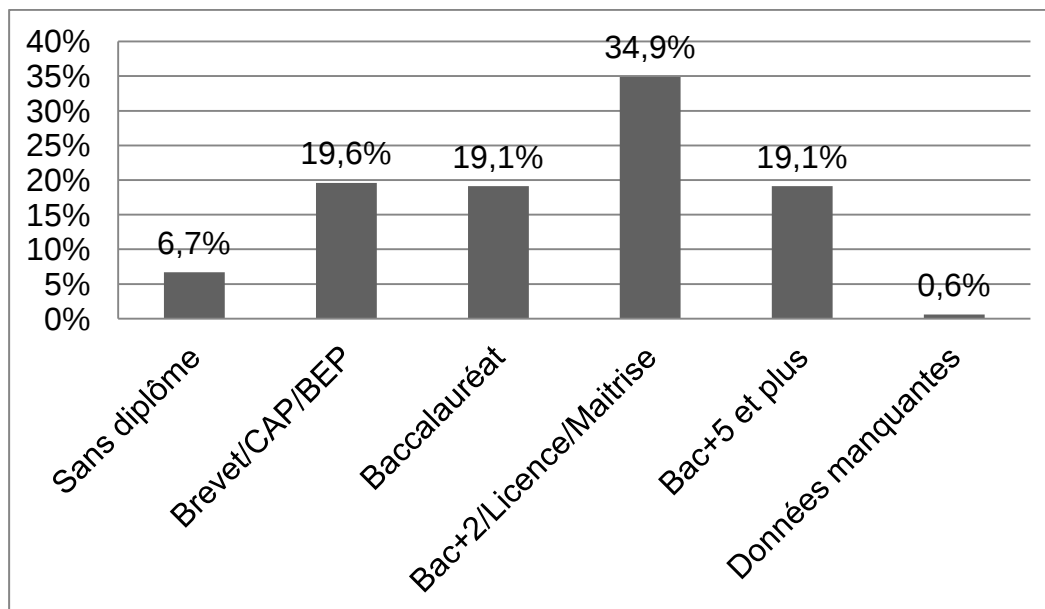
La majorité des femmes enceintes (n=245 soit 71,8%) bénéficiait d'une couverture sociale sur la part obligatoire et complémentaire. Seule une donnée était manquante.

Figure 9 : Couverture sociale des patientes interrogées

3.3. Niveau d'études

L'ensemble des catégories était représenté, avec une majorité de patientes (34,9%) ayant un niveau « Bac+2 à Maîtrise ». Vingt-trois femmes (6,7%) n'avaient aucun diplôme, et deux données étaient manquantes.

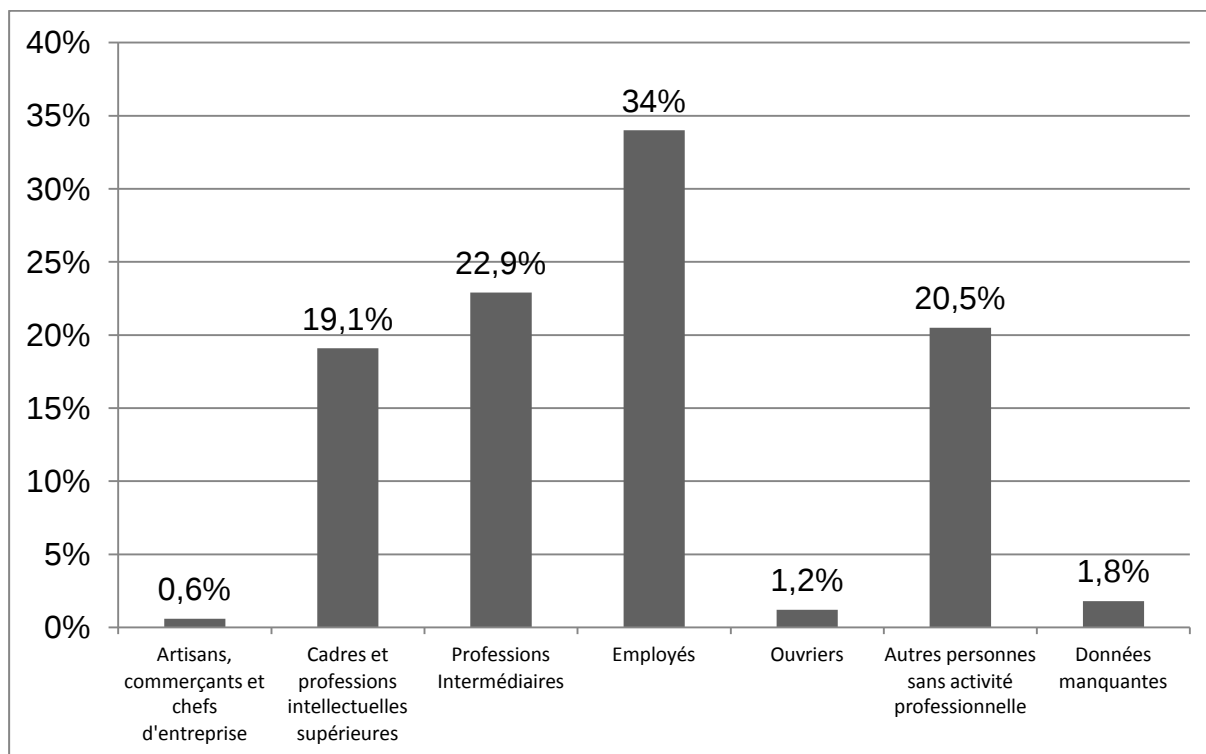
Figure 10 : Niveau de diplôme des patientes interrogées



3.4. Catégorie socioprofessionnelle

La catégorie socioprofessionnelle prédominante était celle des employés (34%), 20,5% étaient sans emploi et six données manquaient. Les catégories « agriculteurs exploitants » et « retraités » n'étaient pas représentées dans notre échantillon.

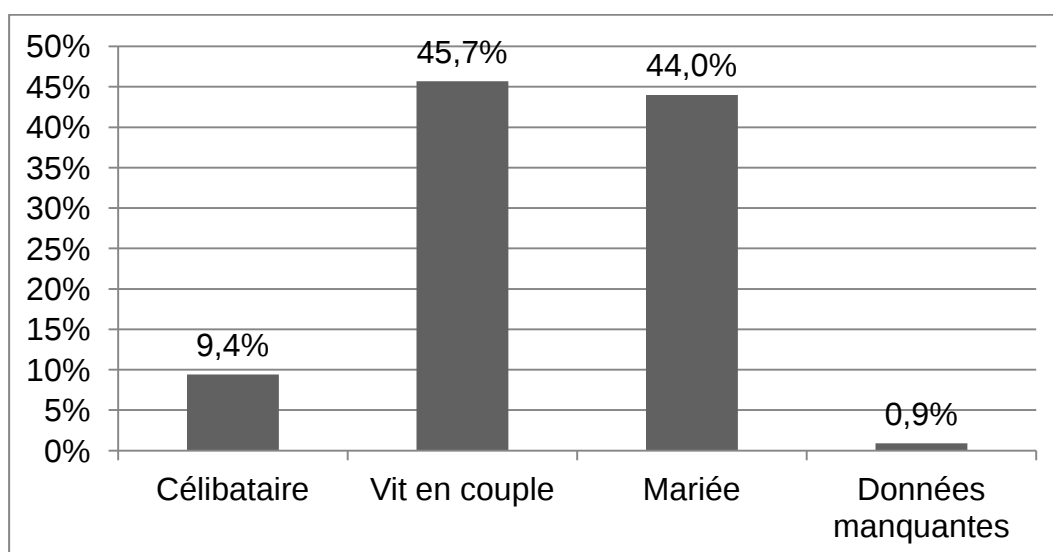
Figure 11: Catégories socioprofessionnelles représentées par les patientes selon la source INSEE (2003)



3.5. Etat matrimonial

Près de 90% des femmes étaient en couple (concubinage, PACS, ou mariées), et trois données manquaient.

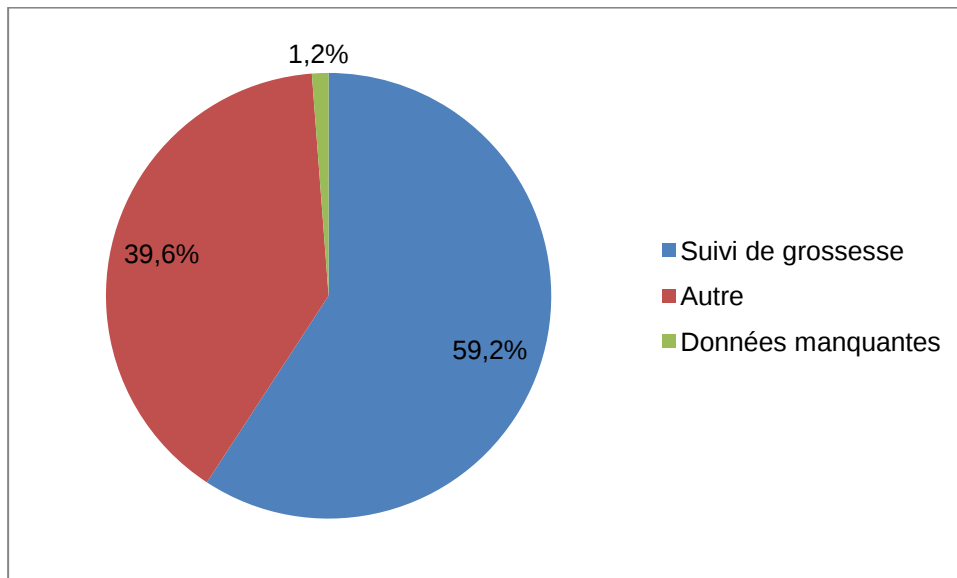
Figure 12 : Statut marital des patientes interrogées



3.6. Motif de consultation principal

Les femmes consultaient la plupart du temps (59,2% des cas) pour un motif concernant directement le suivi de leur grossesse.

Figure 13 : Motif de consultation principal des patientes



Les autres motifs se répartissaient ainsi :

Tableau 6 : Autres motifs de consultation des patientes

Motif	Fréquence N (%)
rhinopharyngite	34 (25,2%)
non précisé	27 (20%)
asthénie	10 (7,4%)
douleur jambes	5 (3,7%)
sinusite	5 (3,7%)
douleur abdominale	4 (3%)
sciatique	4 (3%)
déclaration médecin traitant	3 (2,2%)
diarrhée	3 (2,2%)
vomissements	3 (2,2%)
arrêt maladie	2 (1,5%)
cervicalgie	2 (1,5%)
contractions	2 (1,5%)
fièvre	2 (1,5%)
gastro-entérite	2 (1,5%)
grippe	2 (1,5%)
laryngite	2 (1,5%)
malaise	2 (1,5%)
métrorragie	2 (1,5%)
prurit	2 (1,5%)
allergie	1 (0,7%)
angoisse	1 (0,7%)
agression	1 (0,7%)
angine	1 (0,7%)
asthme	1 (0,7%)
conjonctivite	1 (0,7%)
constipation	1 (0,7%)
contage tuberculose	1 (0,7%)
crampes	1 (0,7%)
cystite	1 (0,7%)
lésion méniscale	1 (0,7%)
lombalgie	1 (0,7%)
mycose	1 (0,7%)
nausées	1 (0,7%)
résultats prélèvement vaginal	1 (0,7%)
rhinite allergique	1 (0,7%)
vaccination	1 (0,7%)
Total	135 (100%)

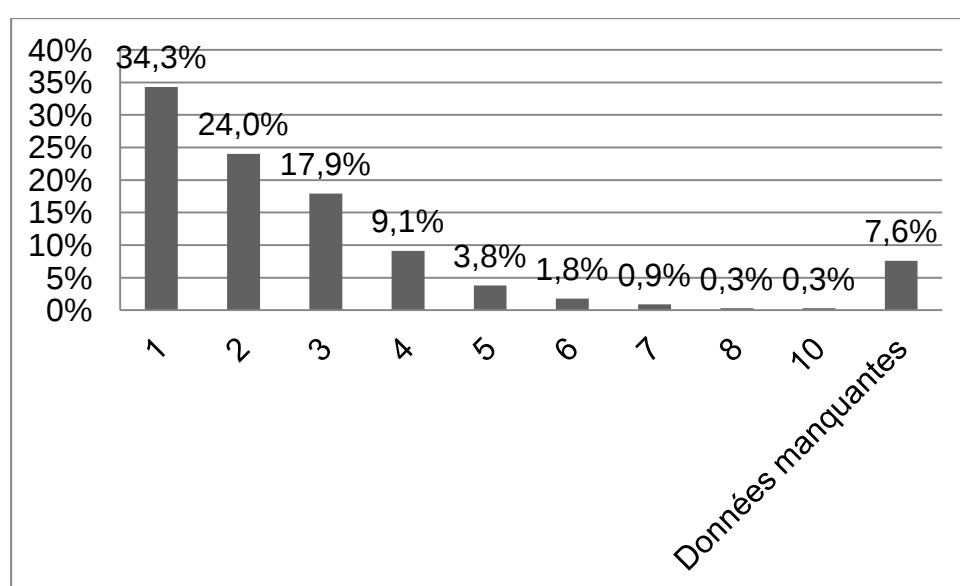
Quatre données manquaient

3.7. Gestité

Le nombre total de grossesses pour chaque femme (incluant celle en cours) était comptabilisé par le médecin investigateur.

Il s'agissait majoritairement de primigestes (34,3%). La gestité médiane était de 2 grossesses par femme (étendue : 1-10). Pour 26 femmes, la gestité n'a pas été renseignée.

Figure 14 : Nombre de grossesses par femme

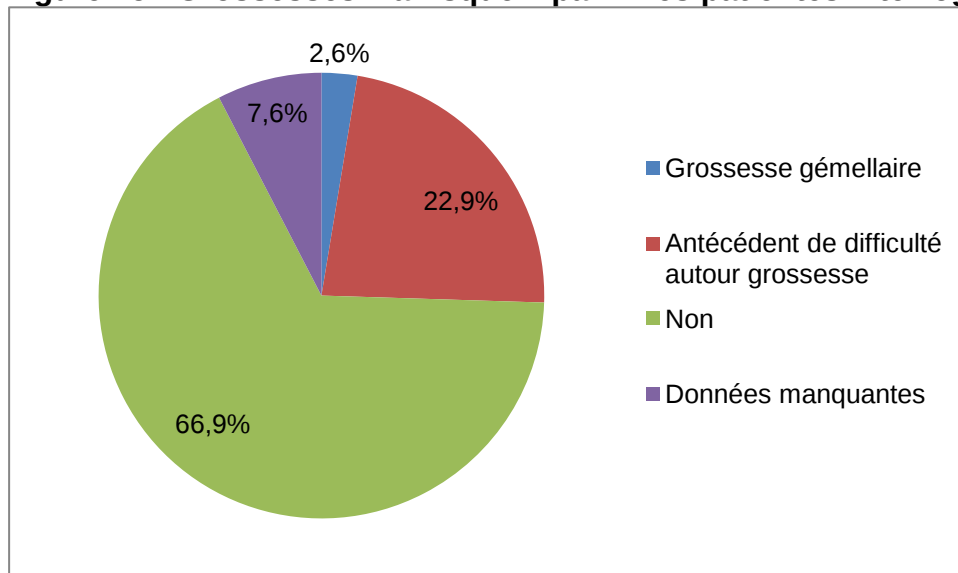


3.8. Grossesses « à risque »

Le médecin investigateur indiquait s'il y avait une grossesse gémellaire (actuelle ou passée) ou un antécédent de difficulté autour d'une grossesse.

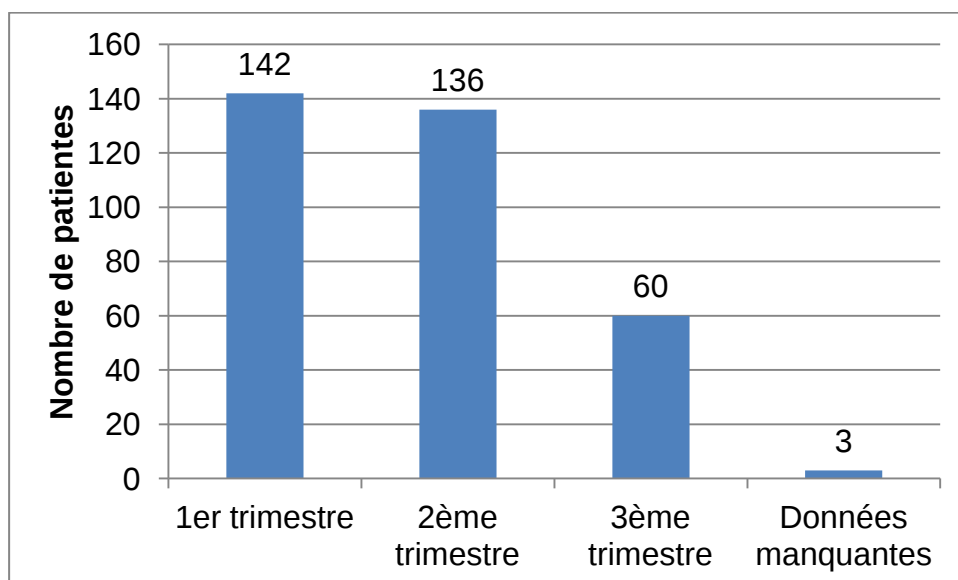
Tout comme pour la gestité, pour 26 femmes ce risque n'a pas été renseigné.

La plupart de ces femmes (66,9%) n'était pas concernée. Parmi celles concernées (25,5%), la majorité appartenait au deuxième groupe (22,9% du total des femmes).

Figure 15 : Grossesses « à risque » parmi les patientes interrogées

3.9. Terme de la grossesse en cours

La majorité des patientes représentées étaient dans leurs deux premiers trimestres de grossesse (médiane = moyenne : 2^{ème} trimestre). Trois données étaient manquantes.

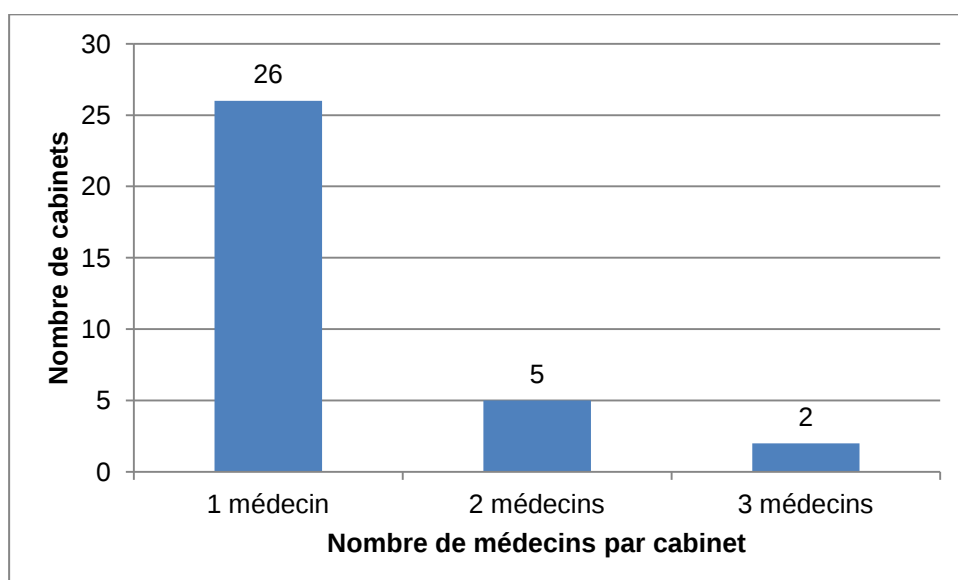
Figure 16 : Terme de la grossesse

II. DESCRIPTION DES RESULTATS AUX QUESTIONNAIRES GPSY ET EPDS

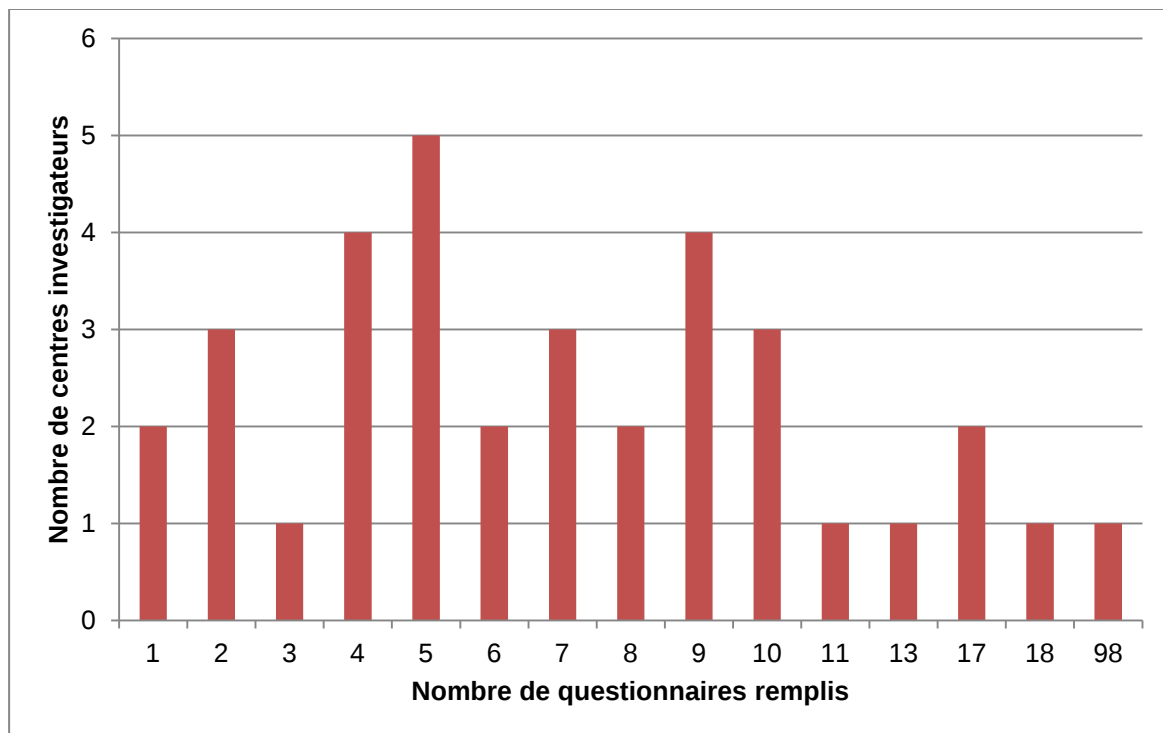
1. Répartition des questionnaires par médecin investigateur

Parmi les 33 cabinets ayant participé à l'étude, certains sont des cabinets de groupe dont les médecins ont rempli indifféremment en commun la pile de questionnaires remise au début.

Figure 17 : Nombre de médecins ayant participé à l'étude, par cabinet investigateur



Cependant, dans deux des cabinets de groupe de deux médecins chacun, les questionnaires ont été remplis séparément par chacun des médecins, ce qui nous faisait un effectif de 35 « centres investigateurs » à examiner.

Figure 18 : Nombre de questionnaires remplis par centre investigateur (n°1)

Un centre avait rempli 98 questionnaires, mais le plus souvent les médecins avaient rempli 5 questionnaires chacun (médiane : 7).

Tableau 7 : Nombre de questionnaires remplis par centre investigateur (n°2)

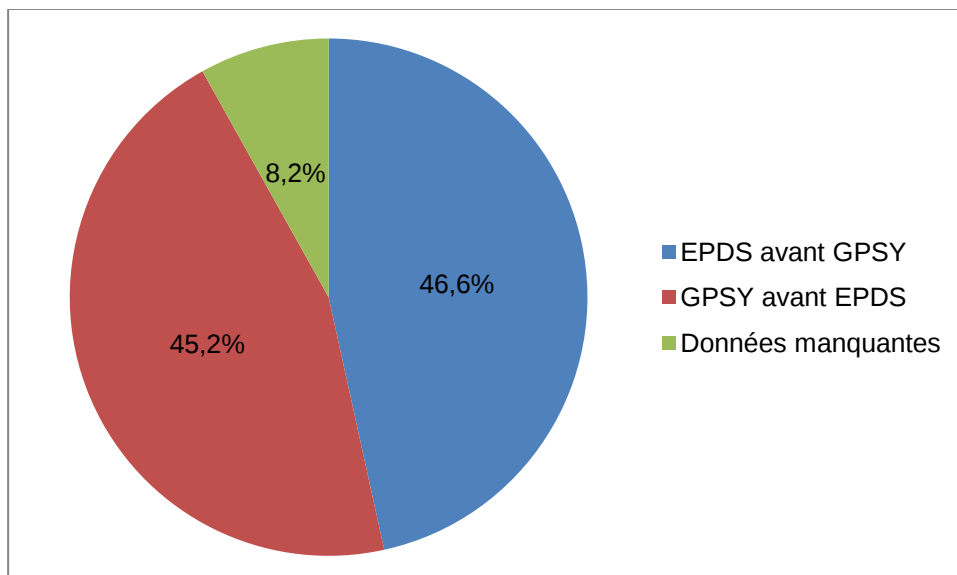
Variable	N	Min	25%	Méd	75%	Max	Mode	Moy	ET
Terme	341	1	4	7	10	98	5	9,7	15,96

2. Ordre de passage des questionnaires

La consigne visant à limiter le biais de passage (faire passer la moitié des questionnaires dans un sens et l'autre moitié dans le sens contraire) a été respectée.

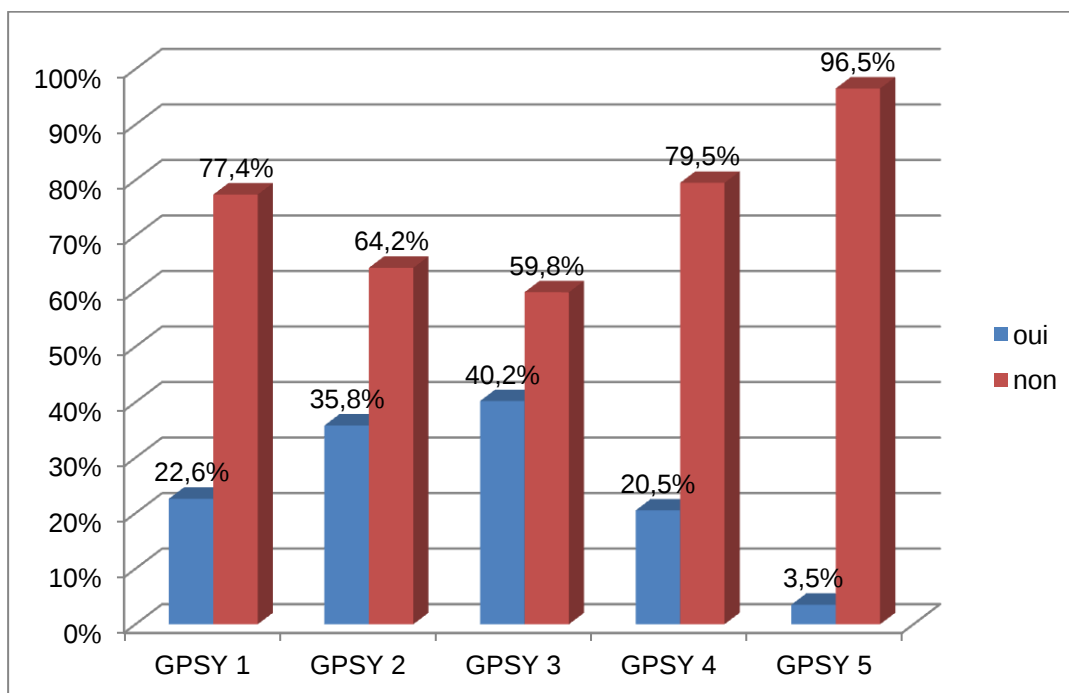
Pour 28 femmes, cet ordre n'a pas été renseigné.

Figure 19 : Ordre de passage des deux questionnaires par femme interrogée



3. Scores au questionnaire GPSY

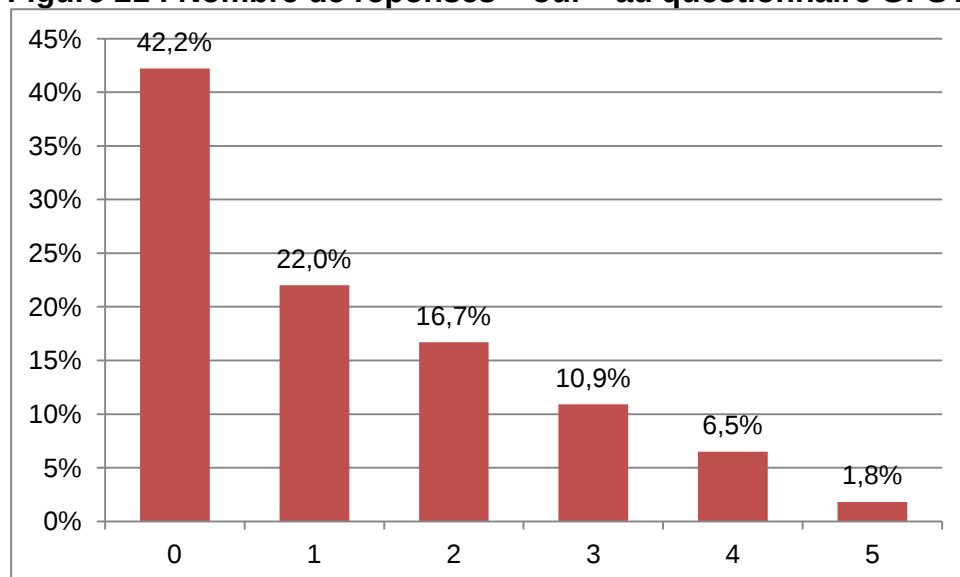
Figure 20 : Répartition des réponses au questionnaire GPSY parmi toutes les patientes interrogées



Nous avons comptabilisé le nombre de réponses « oui » au questionnaire GPSY (une patiente pouvait donc avoir de 0 à 5 réponses « oui »). Cent quarante quatre

femmes (42,2%, IC 95% [37,0-47,7]) ont répondu « non » à toutes les questions, et six femmes (1,8%, IC 95% [0,7-4,0]) ont répondu « oui » à toutes les questions.

Figure 21 : Nombre de réponses « oui » au questionnaire GPSY



Parmi les 197 patientes (57,8% des femmes interrogées) ayant répondu au moins une fois « oui » au questionnaire GPSY, les réponses positives étaient plus fréquentes pour les questions 2 et 3.

Figure 22 : Répartition des réponses au questionnaire GPSY parmi les patientes ayant répondu au moins une fois « oui »

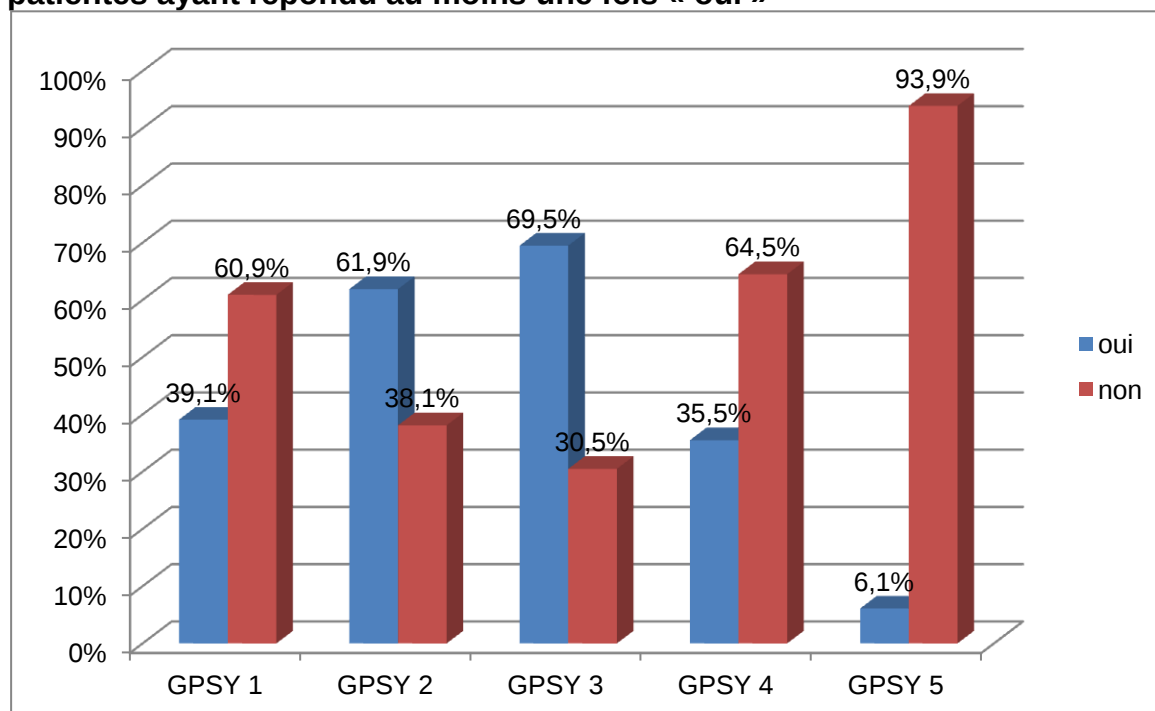
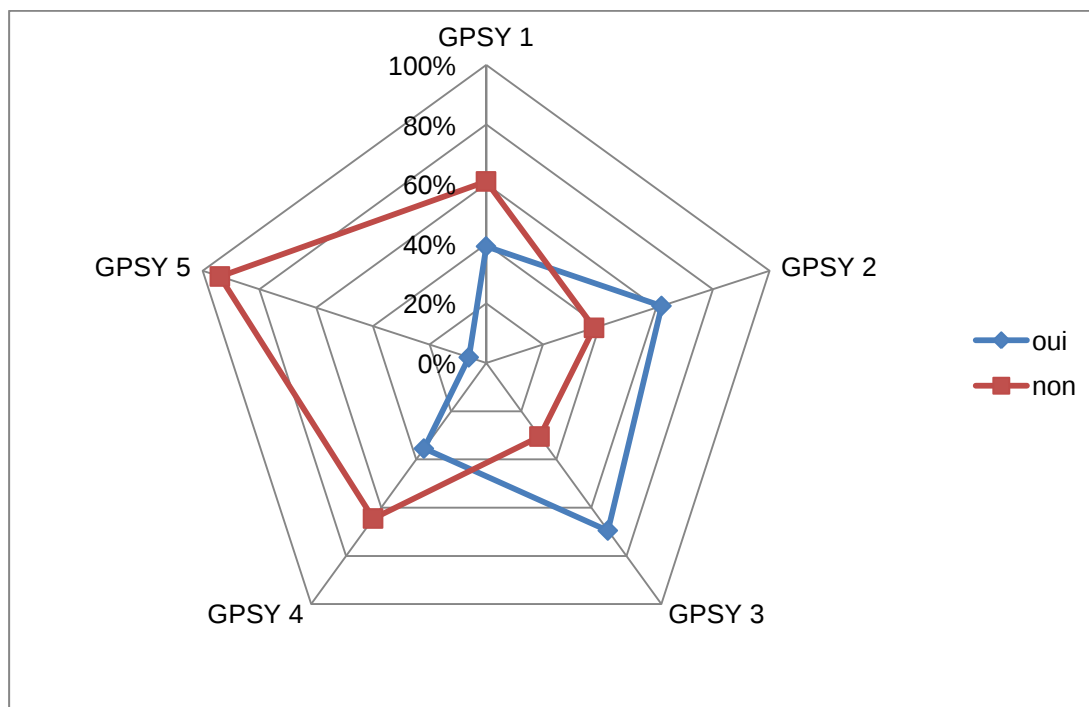


Figure 23 : Graphique en radar des réponses au questionnaire GPSY parmi les patientes ayant répondu au moins une fois « oui »

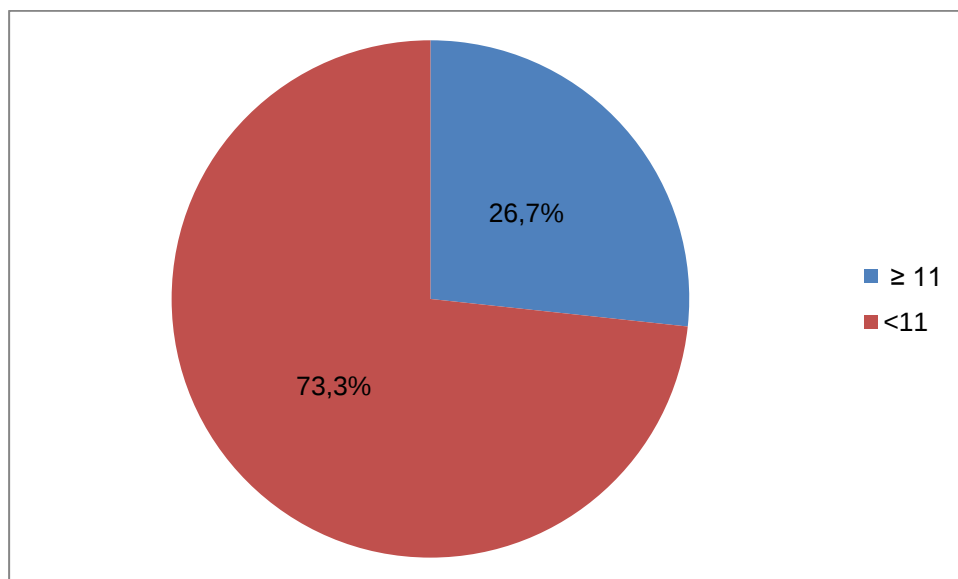


4. Scores au questionnaire EPDS

Cette partie de notre analyse a porté sur 341 femmes pour lesquelles on pouvait déduire le résultat au questionnaire EPDS, dont 338 pour lesquelles on disposait du détail des réponses pour chacun des 30 items.

Dans notre étude, 91 femmes (26,7%, IC 95% [22,1-31,8]) avaient un score total supérieur ou égal au seuil de 11, ce qui signifiait un score EPDS « positif » (en faveur d'une dépression gravidique).

Figure 24 : Taux de positivité au questionnaire EPDS parmi les patientes interrogées



Quarante neuf femmes (14,5%, IC 95% [11,0-18,8]) avaient un score total de 0, et une femme avait totalisé un score maximal de 30 (0,3%, IC 95% [0,0-1,9]). Le score moyen était de 7,26 (IC 95% [6,62-7,90]).

Figure 25 : Scores au questionnaire EPDS des patientes interrogées

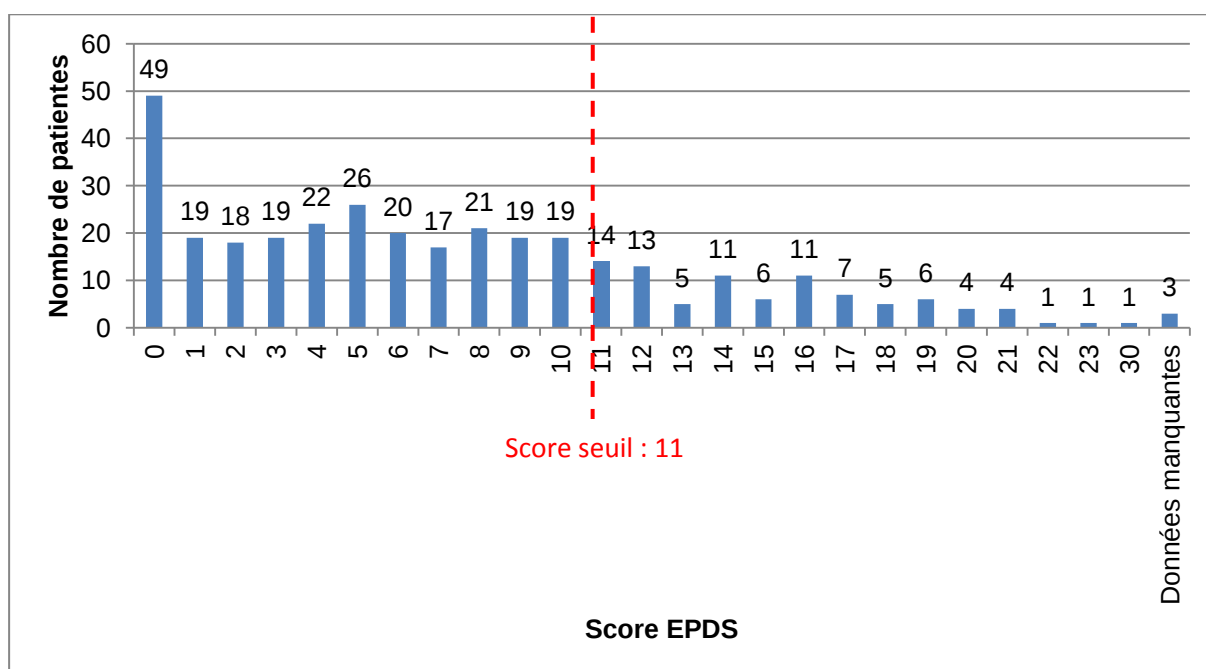
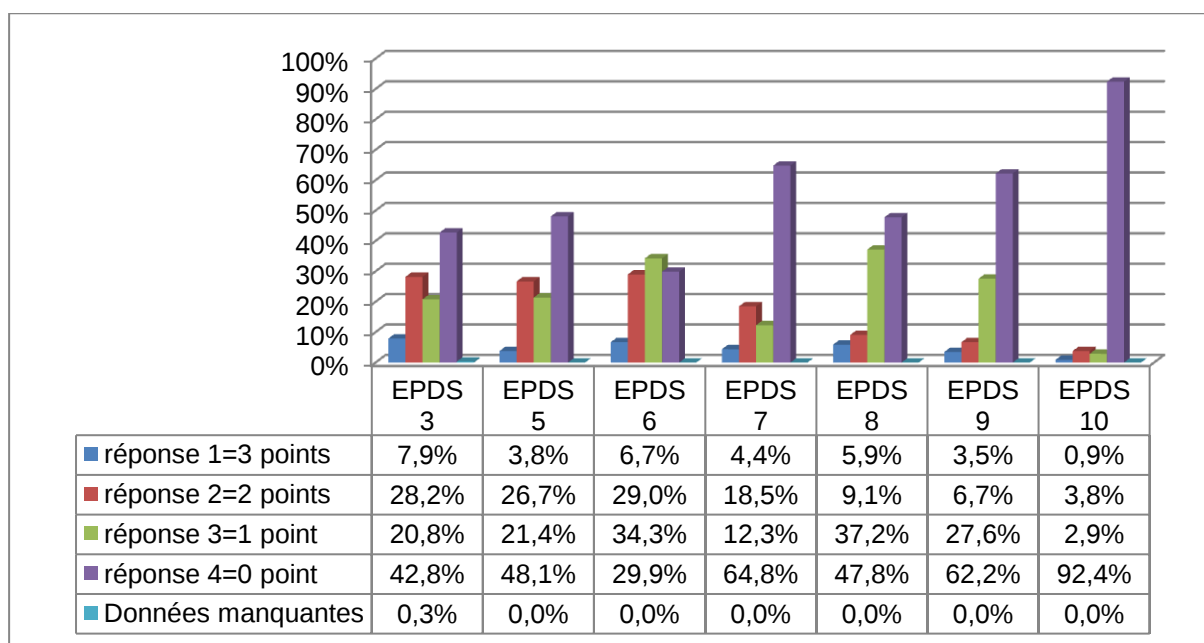
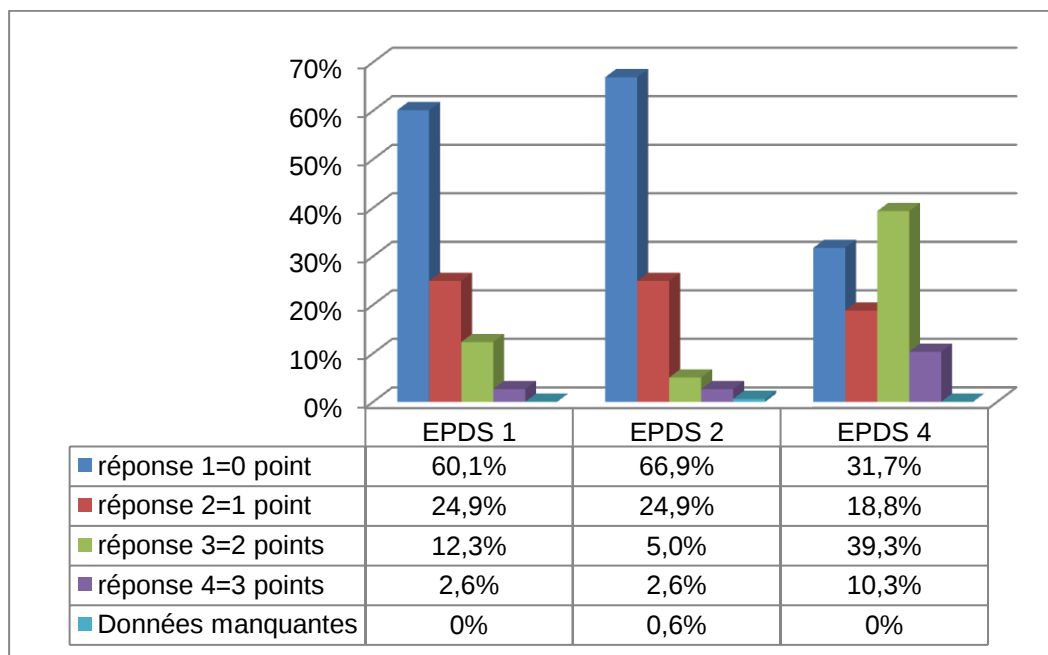


Figure 26 : Répartition des réponses aux différentes questions du questionnaire EPDS parmi toutes les patientes interrogées



Total par colonne=100% ; les questions 1, 2 et 4 sont regroupées à part du fait de leur cotation inversée par rapport aux autres questions.

5. Concordance GPSY/EPDS

Afin de rechercher une association entre les variables GPSY et EPDS, nous avons repris les réponses à chaque question du questionnaire GPSY, et les avons

comparées à la (ou les) question(s) correspondante(s) originelle(s) du questionnaire EPDS : GPSY 1 pour EPDS 3, GPSY 2 pour EPDS 4 et 5, GPSY 3 pour EPDS 8, GPSY 4 pour EPDS 7, et GPSY 5 pour EPDS 10.

Tableau 8 : Comparaison des réponses au questionnaire GPSY aux réponses au questionnaire EPDS, à question équivalente

EPDS 3	GPSY 1+	GPSY 1-
Oui, la plupart du temps	18 (23,4%)	9 (3,4%)
Oui, parfois	51 (66,2%)	45 (17%)
Pas très souvent	6 (7,8%)	65 (24,6%)
Non, jamais	2 (2,6%)	144 (54,5%)
Données manquantes	0 (0%)	1 (0,4%)
Total	77 (100%)	264 (100%)

		GPSY 2+	GPSY 2-
EPDS 4	Non, pas du tout	8 (6,6%)	100 (45,7%)
	Presque jamais	9 (7,4%)	55 (25,1%)
	Oui, parfois	74 (60,7%)	60 (27,4%)
	Oui, très souvent	31 (25,4%)	4 (1,8%)
	Données manquantes	0 (0%)	0 (0%)
	Total	122 (100%)	219 (100%)
EPDS 5	Oui, vraiment souvent	11 (9%)	2 (0,9%)
	Oui, parfois	66 (54,1%)	25 (11,4%)
	Non, pas très souvent	26 (21,3%)	47 (21,5%)
	Non, pas du tout	19 (15,6%)	145 (66,2%)
	Données manquantes	0 (0%)	0 (0%)
	Total	122 (100%)	219 (100%)

EPDS 8	GPSY 3+	GPSY 3-
Oui, la plupart du temps	19 (13,9%)	1 (0,5%)
Oui, très souvent	29 (21,2%)	2 (1%)
Pas très souvent	79 (57,7%)	48 (23,5%)
Non, pas du tout	10 (7,3%)	153 (75%)
Données manquantes	0 (0%)	0 (0%)
Total	137 (100%)	204 (100%)

EPDS 7	GPSY 4+	GPSY 4-
Oui, la plupart du temps	15 (21,4%)	0 (0%)
Oui, parfois	47 (67,1%)	16 (5,9%)
Pas très souvent	7 (10%)	35 (12,9%)
Non, pas du tout	1 (1,4%)	220 (81,2%)
Données manquantes	0 (0%)	0 (0%)
Total	70 (100%)	271 (100%)

EPDS 10	GPSY 5+	GPSY 5-
Oui, très souvent	3 (25%)	0 (0%)
Parfois	7 (58,3%)	6 (1,8%)
Presque jamais	2 (16,7%)	8 (2,4%)
Jamais	0 (0%)	315 (95,7%)
Données manquantes	0 (0%)	0 (0%)
Total	12 (100%)	329 (100%)

GPSY + = patientes ayant répondu « oui » à la question

GPSY - = patientes ayant répondu « non » à la question

III. ETUDE DE VALIDATION DU QUESTIONNAIRE GPSY

1. Population analysée

L'objectif était d'établir un questionnaire simplifié à partir du questionnaire EPDS. Il était nécessaire de disposer du résultat pour toutes les patientes analysées. Cette partie de l'étude a donc porté sur les 341 femmes pour lesquelles on disposait du résultat binaire au questionnaire EPDS (positif ou négatif), à l'exception de l'analyse de la corrélation qui a porté sur les 338 patientes pour lesquelles nous avons les scores aux 30 items du questionnaire EPDS.

2. Test du coefficient de corrélation

Tableau 9 : Paramètres de position et de dispersion des scores EPDS et GPSY

Variable	N	Moyenne	Ecart-Type	Médiane	Minimum	Maximum
score EPDS	338	7.26	5.86	6	0	30
score GPSY	341	1.23	1.35	1	0	5

Les distributions des scores obtenus aux questionnaires GPSY et EPDS étaient corrélées (coefficient de corrélation de Spearman: $r = 0,80$; $p = <0,0001$).

3. Régression logistique

Les mesures d'association entre les variables explicatives et la variable à expliquer sont des *Odds-Ratio* (OR), qui sont une approximation du risque relatif. Une variable explicative qui n'affecte pas la variable à expliquer a un OR égal à 1. Les OR et leurs intervalles de confiance à 95% permettent de quantifier les risques d'avoir un EPDS positif et évaluent l'existence ou non d'une relation et son sens (favorisant si

OR supérieur à 1, ou protecteur si OR entre 0 et 1). Une association est statistiquement significative lorsque l'intervalle de confiance ne comporte pas la valeur 1.

Tableau 10 : Régression logistique du résultat au questionnaire EPDS (variable discrétisée)

	Analyse univariée		Analyse multivariée	
	OR (IC95%)	<i>p</i>	OR (IC95%)	<i>p</i>
GPSY1	9,25 [5,28-16,55]	1,53e-14	3,64 [1,71-7,87]	2,713e-05
GPSY2	7,28 [4,32-12,56]	1,29e-13	3,95 [1,95-8,21]	1,729e-06
GPSY3	17,42 [9,45-34,19]	2,20e-16	5,70 [2,70-12,46]	1,045e-08
GPSY4	26,97 [13,96-55,28]	2,20e-16	11,52 [5,32-26,34]	5,445e-15
GPSY5	15,31 [3,93-100,95]	8,77e-05	-	-

Variable à expliquer : score EPDS discrétisé (positif/négatif)

Variables explicatives : gpsy1, gpsy2, gpsy3, gpsy4, gpsy5 (oui/non)

Les résultats de l'analyse multivariée montraient, après ajustement, que les quatre premières questions du questionnaire GPSY étaient associées de manière significative à un score EPDS positif. Seule la question 5 a été éliminée du modèle final, après sélection sur la valeur de *p* par méthode « pas-à-pas descendante ».

4. Valeurs intrinsèque et extrinsèque du questionnaire GPSY

Dans notre étude, nous avons considéré le questionnaire EPDS comme étant l'échelle de référence (ou *gold standard*) à partir de laquelle l'analyse statistique a été faite et les valeurs intrinsèques du questionnaire GPSY ont été calculées.

En donnant un score simple au questionnaire GPSY (un point par réponse positive, avec un total maximum de cinq points), on pouvait sélectionner un seuil pertinent à deux réponses positives ou plus, pour lequel les valeurs intrinsèques d'un tel test étaient : Se=85%, Sp=82%. En effet, à ce seuil, on obtenait le meilleur indice de

Youden ($Se+Sp-1= 0,67$) ce qui démontrait la meilleure association entre les deux questionnaires EPDS et GPSY.

Tableau 11 : Tableau récapitulatif des sensibilités, spécificités et indices de Youden pour les différents seuils de réponses positives au questionnaire GPSY

Nombre de réponses positives au GPSY	Sensibilité	1 - spécificité	Indice de Youden
0	1	1	1
1	0,96	0,44	0,52
2	0,85	0,18	0,67
3	0,63	0,03	0,59
4	0,31	0	0,31
5	0,07	0	0,07

Choix du seuil : 2 réponses positives sur les 5 du questionnaire GPSY ($Se=0,85$; $Sp=0,82$; $Youden=0,67$)

A partir d'un tableau de contingence utilisant la variable GPSY discrétisée (positif si deux réponses positives ou plus) et la variable EPDS, nous pouvions calculer les valeurs prédictives d'un test EPDS positif si le test GPSY était positif (=VPP), ou d'un test EPDS négatif si le test GPSY était négatif (=VPN), qui représentaient les valeurs extrinsèques du questionnaire GPSY. Pour une prévalence d'un score EPDS positif à 27% dans notre étude, la VPP du questionnaire GPSY était de 63% et sa VPN de 94%.

Tableau 12 : Tableau de contingence (variable GPSY discrétisée : positif si 2 réponses positives ou plus)

	GPSY +	GPSY -	Total
EPDS+	77	14	91
EPDS-	45	205	250
Total	122	219	341

Sensibilité : $77/91=85\%$

Spécificité : $205/250=82\%$

Prévalence d'un score EPDS positif : $91/341=27\%$

VPP : $77/122=63\%$

VPN : $205/219=94\%$

5. Coefficient Kappa

La concordance entre les deux tests était cependant moyenne ($Kappa=0,60$) : il s'agissait de la proportion de résultats identiques entre les variables GPSY (avec un seuil à deux réponses) et EPDS (avec le seuil de 11), au-delà de ce qui pouvait être imputé au hasard.

DISCUSSION

I. FORCES DU TRAVAIL

1. Originalité du travail

A notre connaissance, et après avoir vérifié dans la littérature, aucune étude française n'a été menée afin de simplifier l'échelle EPDS. A travers ce travail, nous proposons un outil utilisable en consultation de médecine générale, en pratique quotidienne, avec toutes les contraintes de gestion du temps qu'elle représente.

2. Proportion élevée d'investigateurs ayant inclus au moins une patiente

Cette proportion élevée (42) reflète deux réalités :

- Le sujet de l'étude a intéressé les médecins participants ;
- Ces médecins ont eu l'occasion de voir des femmes enceintes en consultation, donc la dépression périnatale est une problématique à laquelle ils sont potentiellement confrontés dans leur exercice quotidien.

Nous pensons que le fait d'avoir rencontré personnellement chacun des médecins afin de leur expliquer l'étude a dû contribuer au fort taux de participation (qui est souvent moindre lors d'une prise de contact par mail ou courrier), tout comme les relances téléphoniques régulières.

3. Nombre de patientes incluses et représentativité de l'échantillon

Le nombre de femmes enceintes à inclure dans l'étude a été déterminé après avis d'expert.

Notre population de femmes enceintes est comparable à la population générale (détaillé plus bas).

4. Peu de données manquantes

Nos questionnaires étaient principalement composés de questions fermées (et quelques semi-ouvertes) pour en faciliter le remplissage et l'analyse. Ce type de questions présente l'avantage, par sa simplicité et rapidité de remplissage par rapport aux questions ouvertes, de limiter le nombre de non-répondeurs.

II. BIAIS ET LIMITES METHODOLOGIQUES

1. Concernant le recrutement des médecins généralistes : biais de sélection

Le choix de la collaboration initiale avec la sage femme coordinatrice du Réseau Périnatal Paris Nord était lié au fait que ma directrice de thèse était membre de ce réseau, ce qui a facilité cette mise en relation.

Le choix de certaines villes du Val-d'Oise pour la recherche via le site des pages jaunes était lié au fait d'avoir effectué mon stage de médecine générale de niveau 2 dans un cabinet de groupe situé à Vauréal puis d'exercer des remplacements dans ce même cabinet : ceci a facilité mes déplacements pour rencontrer les médecins des villes alentours. Il n'y a pas eu de tirage au sort, tous les médecins des villes choisies ont été appelés.

Géographiquement parlant, cela peut expliquer pourquoi la plupart des médecins recrutés sont originaires de la faculté de médecine Paris Diderot - Paris 7.

La participation de médecins adhérant au Réseau Périnatal Paris Nord et au Réseau Périnatal du Val-d'Oise explique l'orientation gynécologique prédominante pour les médecins qui avaient une orientation d'exercice.

2. Concernant la proportion élevée d'investigateurs ayant inclus au moins une patiente

Une hypothèse pouvant expliquer ce taux serait dans cette étude la forte proportion de médecins appartenant aux réseaux à orientation gynécologique, médecins vraisemblablement plus sensibilisés au thème de la santé mentale des femmes autour de la grossesse.

Par ailleurs, 26,2% des médecins avaient une activité universitaire (Maître de stage ou Chargé d'enseignement), nous pouvons donc émettre deux hypothèses :

- Dans le cadre de leur formation continue ou évaluation des pratiques professionnelles, ils sont peut-être plus à jour des problèmes de santé publique ou ont une meilleure connaissance des thèmes abordés par notre étude ;
- Ils ont pour la plupart l'habitude d'encadrer/diriger ou de participer aux thèses de médecine générale.

A noter que les raisons pour lesquelles quatre des médecins ayant accepté initialement de participer à l'étude n'ont finalement pas rempli nos questionnaires étaient par oubli pour certains et ce malgré nos neuf relances téléphoniques, et faute de temps pour d'autres.

3. Concernant l'exclusion de notre population d'étude des femmes aux antécédents personnels psychiatriques (notamment dépressifs)

Cette exclusion de la population initiale des femmes ayant eu un antécédent personnel dépressif (périnatal ou à une autre période de leur vie) a certainement limité la sensibilité du questionnaire étudié GPSY. Il s'agissait également du principal biais relevé dans une revue de la littérature publiée en 2003, étudiant les propriétés intrinsèques et extrinsèques d'instruments de dépistage anténatal de femmes à risque de DPP. [39,86]

4. Concernant l'absence d'un registre des refus

En dépit du fait que les investigateurs affirmaient qu'aucune patiente à qui avait été proposée l'enquête n'avait refusé d'y répondre, nous pensons *a posteriori* qu'il aurait été souhaitable de tenir un registre des refus, et de collecter quelques données minimales sur les éventuelles non-répondantes.

Même si l'EPDS a démontré sa bonne acceptabilité par les patientes [87], il ne serait pas surprenant que certaines femmes enceintes refusent toutefois d'y répondre. Cette hypothèse est confirmée dans l'étude récente menée par Gaugue-Finot et al. sur un échantillon de femmes enceintes françaises : parmi toutes les femmes initialement contactées pour participer à l'étude, 126 (50%) ont accepté. [79]

5. Concernant le « *gold standard* »

Les analyses statistiques pour définir les propriétés intrinsèque et extrinsèque du questionnaire GPSY (Se/Sp/VPP/VPN) ont été faites en considérant l'EPDS comme étant le « *gold standard* », c'est-à-dire qu'une femme enceinte dans notre étude était définie comme « potentiellement à risque de dépression » uniquement en tenant compte de son score à l'EPDS, ce qui est discutable.

Même si l'EPDS est communément admis dans la littérature internationale comme étant la référence en termes de questionnaire d'aide au dépistage de la dépression périnatale, il a ses limites aussi : pour rappel, pour un score seuil de 11 en post-natal, la sensibilité est de 0,80, la spécificité est de 0,92, la VPP de 0,92, et la VPN de 0,81.

Toute l'étude est donc basée sur la comparaison du questionnaire GPSY à l'EPDS. Il aurait été pertinent de confirmer le diagnostic de dépression par un entretien psychiatrique standardisé pour toutes les femmes interrogées, qui reste le *gold standard* indiscutable.

6. Concernant l'absence de pré-test pour le questionnaire GPSY

Le questionnaire GPSY ayant été construit mot pour mot à partir des questions de l'EPDS (questionnaire déjà validé dans la littérature), il n'a pas été mené d'étude pré-test pour sa validation. Cependant, on peut considérer que cette étude constitue en elle-même un pré-test pour GPSY, qui nécessite pour sa validation une autre étude sur un plus grand échantillon.

7. Concernant le mode de passage des deux questionnaires : biais d'information

En tant qu'auto-questionnaire, l'EPDS était rempli par les patientes en salle d'attente, tandis que le GPSY n'étant pas encore validé comme auto-questionnaire, il était mené par le médecin lors de la consultation. On peut ainsi supposer que l'on ne dispose pas du même recueil d'informations. Les femmes disposant de vingt minutes environ dans la salle d'attente pour remplir l'EPDS, les réponses peuvent avoir été réfléchies (plus que ne le voudrait ce test), modifiées voire parfois même influencées si une personne de l'entourage les accompagnait. De même, le médecin posant les questions du GPSY pendant la consultation a pu influencer involontairement la patiente par l'intonation de sa voix, son attitude gestuelle ou verbale, ou peut-être même par une reformulation de la question ou une explication donnée à la patiente.

8. Concernant l'absence de suivi post-natal

Notre enquête portait sur la recherche d'une vulnérabilité anxio-dépressive lors du suivi de grossesse, afin de prévenir une éventuelle DPP. Il aurait été intéressant de suivre ultérieurement ces femmes enceintes et de les réévaluer à un temps T2 donné en post-natal, pour plusieurs raisons :

- Evaluer l'impact de ce dépistage anténatal et le déroulement de la fin de grossesse ;

- Evaluer si le soutien psychologique proposé en anténatal à celles ayant obtenu un score supérieur ou égal à 11 à l'EPDS, a été finalement accepté et réalisé, et en évaluer le bénéfice ;
- Déterminer le pourcentage de femmes ayant effectivement présenté une DPP par la suite.

Une seule consultation ne suffit pas toujours à déceler une vulnérabilité psychologique, et nous ne savons pas quelle a été l'évolution de la grossesse de ces mêmes femmes : peut-être auraient-elles répondu différemment aux questionnaires à un moment ultérieur de leur grossesse ?

9. Concernant l'absence de recueil de l'acceptabilité/faisabilité/satisfaction des investigateurs

Faute de temps, nous n'avons pu réaliser de questionnaire spécifique concernant le retour des investigateurs après leur participation à l'étude. Il aurait été intéressant de savoir si, à la suite de leur participation, ils se sont sentis plus sensibilisés à la problématique de la dépression périnatale, et plus à l'aise pour en parler avec leur patientes, ce qui était notre objectif secondaire de travail. Si notre questionnaire doit être testé sur une population plus large de médecins, représentative et sans biais de sélection cette fois, il serait nécessaire d'évaluer leur satisfaction concernant le questionnaire GPSY comparé à l'EPDS, de recueillir leurs commentaires sur son acceptabilité par les patientes et sa faisabilité.

10. Concernant l'absence d'analyses complémentaires

La réalisation d'analyses croisées de certaines réponses est complexe. Une comparaison des données sociodémographiques et des motifs de consultation des patientes « à risque de développer une dépression » à celles des patientes « non à risque » pourrait faire l'objet d'un autre travail à part entière. Par ailleurs, l'étude de la distribution des patientes à risque de dépression en fonction des médecins

investigateurs serait également pertinente. Cependant ces analyses ne faisaient pas partie de nos objectifs initiaux de travail, dont le principal était de construire un questionnaire simplifié de dépistage d'une vulnérabilité anxio-dépressive au cours de la grossesse.

Malgré tous ces biais et limites, les réponses à nos questionnaires fournissent des informations intéressantes, dont nous vous proposons une interprétation.

III. COMPARAISONS DES DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES DEUX POPULATIONS ETUDIEES A CELLES DE LA POPULATION GENERALE

1. Comparaison des données sociodémographiques des médecins investigateurs à celles des médecins généralistes de la région Ile-de-France

Dans notre étude, la tranche d'âge prédominante des médecins représentés était celle des moins de 40 ans (42,9%), et les femmes représentaient la majorité de l'échantillon (78,6%).

Selon le Ministère en charge de la Santé, une enquête de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) au 1^{er} janvier 2012 [88] recensait un âge moyen des médecins généralistes en Ile-de-France de 52,1 ans, avec une majorité d'hommes (à 53,9%, soit une proportion de femmes à 46,1%).

D'après le Conseil National de l'Ordre des Médecins au 1^{er} juin 2011, en région Ile-de France [89]:

- 49,6% des médecins généralistes exerçaient en mode libéral exclusif et 7,3% en mode mixte avec une dominante libérale. Dans notre échantillon, 40,5% des médecins avaient un exercice mixte.
- 15% des généralistes libéraux et mixtes étaient âgés de moins de 45 ans et 27% étaient âgés de 60 ans et plus.
- Parmi les médecins généralistes libéraux et mixtes âgés de moins de 40 ans, 55% étaient des femmes.

On ne peut donc affirmer que notre échantillon de médecins investigateurs est représentatif de la population des médecins généralistes de la région Ile-de-France.

La cause en est très probablement le biais de recrutement de ces mêmes médecins, non soumis à une randomisation.

2. Comparaison des données sociodémographiques des patientes interrogées à celles de la population générale

Les données sociodémographiques des patientes interrogées ont été comparées à celles de la population générale en France en 2010 (issues pour la plupart de l'INSEE), afin d'être au plus proche de la réalité de l'échantillon d'étude.

2.1. Concernant l'âge

Selon l'INSEE [90], l'âge moyen à l'accouchement était de 30 ans en 2010, correspondant à l'âge moyen des femmes enceintes de notre échantillon.

2.2. Concernant la couverture sociale

Parmi les femmes enceintes de l'enquête, 11,4% bénéficiaient de la CMU.

D'après le site CMU.fr, qui donne le nombre de bénéficiaires par an et par région [91], 9,6% de la population d'Ile-de-France en 2010 avait la CMU.

2.3. Concernant les diplômes et catégories socioprofessionnelles

Dans notre étude, la part de femmes enceintes bachelières ou plus était de 73,1%, tandis qu'une étude de l'INSEE [92] rapporte sur l'année 2010 chez les femmes entre 25 et 34 ans une proportion de 70,2% ayant comme diplôme le plus élevé obtenu le baccalauréat ou plus.

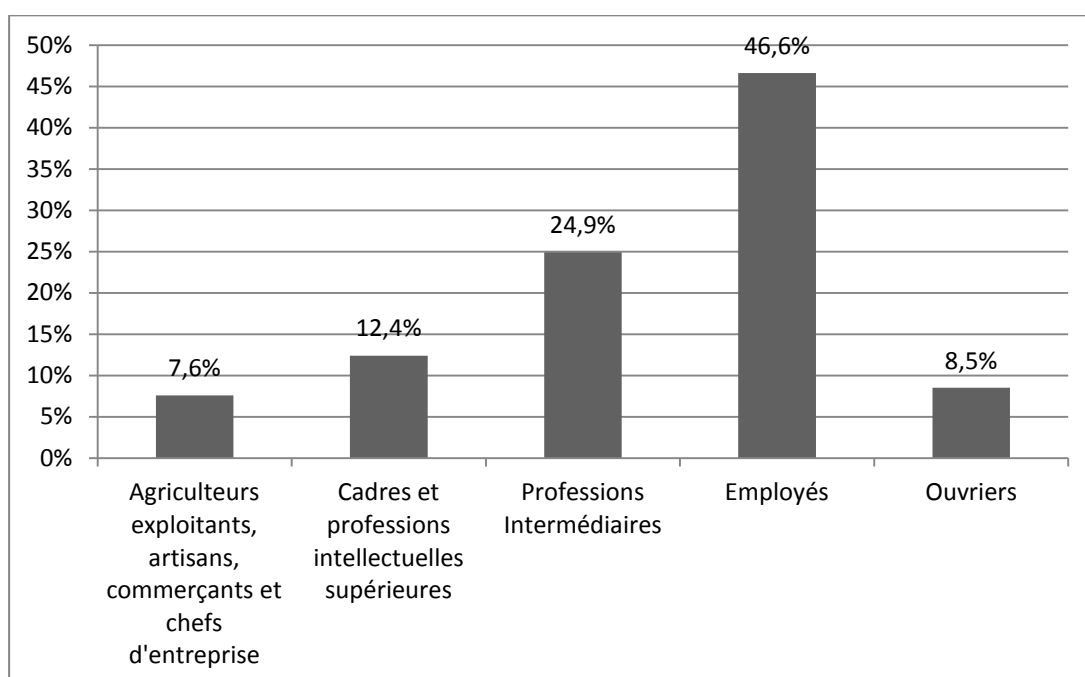
Notre population de femmes enceintes était majoritairement composée d'employées (à 34%). D'après l'INSEE [93], en 2010, parmi les 12,2 millions de femmes ayant un emploi, près de la moitié (5,7 millions soit 46,6%) appartenait à la catégorie sociale des employés. Elles occupaient les trois quarts de ces emplois. La distribution des catégories socioprofessionnelles des femmes en 2010 était similaire à celle de notre échantillon mais pas en termes de pourcentages, ceci pouvant être expliqué en partie par :

- l'absence d'agriculteurs exploitants dans notre échantillon,

- l'âge jeune des femmes enceintes, ne prenant pas en compte une population active de plus de 45 ans, contrairement aux données nationales.

Toujours d'après l'INSEE en 2010, le taux de chômage était de 9,2%. Ce chiffre contraste avec les 20,5% de femmes enceintes de notre échantillon qui étaient sans emploi : la part des étudiantes expliquait-elle à elle seule cette différence ?

Figure 27 : Catégories socioprofessionnelles représentées parmi les femmes ayant un emploi en 2010 en France



Champ : actifs de 15 ans ou plus (âge au dernier jour de la semaine de référence) ayant un emploi et vivant en France métropolitaine. Source : Insee, enquêtes Emploi du 1er au 4e trimestre 2010.

2.4. Concernant le statut marital

La part des enfants qui allait naître hors mariage à partir de notre population de femmes enceintes était de 55,1%, pourcentage qui rejoint les données de l'INSEE montrant que cette part était de 54,9% en 2010 pour la population générale. [90]

2.5. Concernant le nombre moyen de grossesses par femme

Parmi nos femmes enceintes interrogées, 58,3% d'entre elles avaient eu une ou deux grossesses. Selon INSEE [90], en France, l'indicateur de fécondité était de 2,02 enfants par femme en 2010 (contre 2 en 2009). L'indicateur de fécondité a continué à augmenter, alors qu'il diminue généralement à la suite de ralentissements économiques. On peut alors penser que sans la crise économique, l'indicateur de fécondité aurait sans doute augmenté davantage et dépassé deux enfants par femme.

Au vu des éléments de comparaison, nous pouvons prétendre que notre échantillon de femmes enceintes était représentatif de la population générale de l'Ile-de-France en 2010.

IV. PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE ET COMPARAISONS AVEC D'AUTRES TRAVAUX

1. Nombre de questionnaires remplis

Selon les investigateurs actifs interrogés lors du recueil des questionnaires remplis à la fin de l'enquête, aucune des patientes à qui a été proposée l'étude n'a refusé d'y participer. Soit, sur les 585 questionnaires remis initialement aux médecins pour diffusion auprès des femmes enceintes, seuls 344 ont été remplis (dont 341 entièrement) non pas par refus des patientes mais parce que les médecins ne les leur ont pas donnés. Ce non-refus de participation révèle l'intérêt que portent ces femmes enceintes à leur santé mentale, aussi bien qu'à leur santé physique (ce dernier étant souvent le motif initial « évident » de la consultation). Il se peut aussi que cette enquête ait été une main tendue à des jeunes femmes qui n'osaient appeler à l'aide, une occasion pour elle de s'exprimer sur des ressentis qu'elles pouvaient croire « anormaux » jusque là.

La distribution du nombre de questionnaires remplis par centre investigateur était hétérogène (comme l'indique l'écart-type de 15,96). Cependant, les conditions de travail des différents cabinets médicaux n'étaient pas les mêmes : par exemple, certains médecins exerçaient seuls et d'autres n'avaient pas de secrétaires. Le fait que j'ai moi-même participé en tant que médecin investigateur dans cette enquête explique le fort taux de questionnaires remplis (98) dans un des centres investigateurs (cabinet de groupe de quatre médecins installés dont trois ont participé à l'étude).

L'absence de tout biais de passage représente une force de ce travail, en minimisant tout risque que la patiente ait été influencée par le questionnaire précédent.

2. Comparaison de la prévalence de la symptomatologie dépressive chez la femme enceinte dans notre étude, à celle dans la population générale

La prévalence d'une symptomatologie dépressive dans notre échantillon est de 27% selon le score EPDS, alors qu'elle est de l'ordre de 20% dans la population générale française selon ce même score.

Cette prévalence est supérieure à celle de la population générale, tout en tenant compte du fait que nous avons exclu de l'étude les femmes ayant des antécédents personnels psychiatriques (notamment dépressifs) ; nous pouvons supposer que ce pourcentage aurait été plus élevé en les incluant.

Lors de notre recherche bibliographique, nous avons trouvé trois études françaises menées en période prénatale, à partir desquelles nous avons relevé la positivité à l'EPDS :

- Dans l'étude de De Tychey et al. (2004), l'échantillon était constitué de 221 femmes enceintes choisies au hasard, recrutées dans trois régions de France (la Côte d'Or, la Lorraine et la Normandie), et rencontrées entre la 26^{ème} et la 35^{ème} semaine de grossesse. L'objectif était de comparer le taux de prévalence de la dépression prénatale en France, aux taux observés en Suisse et en Ecosse.

Elles ont été évaluées à l'hôpital à la suite d'une consultation externe prénatale assurée par le médecin ou la sage femme qui les suivaient.

Un score égal ou supérieur à **12** à l'EPDS authentifiait l'existence d'affects dépressifs chez 43 femmes enceintes de cette population, soit **19,5 %** d'entre elles. [9]

- Adouard et al. (2005) ont mené une étude sur 60 femmes enceintes entre 28 et 34 semaines de grossesse (même trimestre que l'étude de validation anténatale de Murray et Cox, 1990 [68]) à la Clinique Saint Vincent de Paul

(Paris). L'objectif était de valider l'EPDS sur une population de femmes enceintes à haut risque obstétrical.

Le critère d'inclusion était donc une grossesse à haut risque chez une femme âgée d'au moins 18 ans. Les critères d'exclusion étaient une pathologie psychotique actuelle, l'incapacité de lire ou parler le français couramment, une hospitalisation actuelle en obstétrique.

Le résultat à l'EPDS était confronté ensuite à un entretien psychiatrique (utilisant le *Mini International Neuropsychiatric Interview*, selon les critères du DSM-IV).

Parmi ces femmes enceintes, **25%** avaient un score supérieur à **11.5** ($Se=0,80$, $Sp=0,80$), donc diagnostiquées comme présentant une dépression **majeure** (peu étonnant au vu du critère d'inclusion). [72]

- Gaugue-Finot et al. (2010) ont mené une étude sur 126 femmes enceintes sans risque obstétrical particulier, recrutées dans deux maternités situées dans le Nord de la France, visant à évaluer l'existence de symptômes dépressifs et de troubles psychosociaux associés dans un échantillon de femmes enceintes françaises.

La capacité à lire et écrire le français était le critère d'inclusion principal. Les femmes présentant un abus ou une dépendance à une substance autre que le tabac et l'alcool étaient exclues. Les femmes d'origine étrangère étaient elles aussi exclues, pour éviter tout biais culturel non contrôlé.

Le taux de dépression prénatale observé dans cet échantillon correspondait à une prévalence élevée : **19,8 %** des femmes avaient un score à l'EPDS supérieur à **11** (score seuil retenu pour évoquer la présence de symptômes dépressifs). Les femmes jeunes, célibataires et avec le niveau d'étude le plus faible semblaient être les plus vulnérables à la dépression prénatale. L'anxiété, la détresse psychologique et le faible support social perçu étaient liés à des symptômes dépressifs plus marqués. La principale limite de cette étude résidait dans l'utilisation d'outils

exclusivement de type autoévaluation, qui aurait mérité d'être complétée par un entretien structuré à visée diagnostique. [79]

A noter, dans l'étude de Teissedre et Chabrol (2003) [56] portant sur 859 mères en période post-natale rencontrées dans trois cliniques obstétricales privées du Sud-Ouest de la France (déjà détaillée dans la partie « état des lieux »), les taux de positivité à l'EPDS étaient les suivants :

- sur 859 mères au troisième jour post-partum : **19%** avaient un score supérieur ou égal à **11**,
- sur 722 mères entre la quatrième et sixième semaine post-partum : **18,1%** avaient un score supérieur ou égal à **11**.

Les mères qui présentaient des problèmes psychologiques et bénéficiaient d'un traitement psychiatrique étaient exclues de l'étude.

2.1. Hypothèses proposées pour expliquer cette différence

Afin de tenter d'expliquer la différence observée, il serait légitime de revoir les facteurs de risque de dépression prénatale, plus particulièrement ceux impliqués dans notre échantillon.

- Une première explication résiderait dans les difficultés socioéconomiques spécifiques à la région Ile-de-France, et la conjoncture actuelle en période de crise économique : contexte socioprofessionnel défavorable.

La région Ile-de-France possède des caractéristiques socioéconomiques propres qui la distinguent des autres régions de France. Le taux de chômage y est de 8,3% au quatrième trimestre 2010 (versus 8,4% au quatrième trimestre 2011) pour une donnée nationale à 9,2% (versus 9,4% en 2011) [94]. Or, les départements qui la composent ont des disparités marquées en termes de difficultés sociales. Dans notre

étude, l'échantillon de patientes était originaire de quatre départements de la région Ile-de-France: Paris, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis et Val-d'Oise. Au quatrième trimestre 2010, le taux de chômage est plus élevé que la moyenne nationale dans les départements du Val-d'Oise (9,4%) et de Seine-Saint-Denis (11,7%, taux le plus élevé d'Ile-de-France) [95]. Selon la source INSEE 2007, le taux de pauvreté dans le département de Seine-Saint-Denis est de 18% de la population, contre une moyenne nationale à 11,7%. Par ailleurs, l'INSEE souligne les fortes inégalités de revenus à Paris. Nous avons également déjà relevé qu'une femme enceinte sur cinq de notre échantillon était sans emploi. Ainsi, les difficultés socioéconomiques spécifiques aux départements de notre étude peuvent éventuellement en partie expliquer les différences observées avec l'étude menée en 2010 par Gaugue-Finot et al.

Afin d'expliquer les différences de proportions de femmes dépressives entre notre échantillon et ceux des études antérieures citées (menées en 2004 et 2005), une autre hypothèse rationnelle serait la crise économique survenue en 2008, qui n'a cessé d'augmenter l'insécurité, facteur de stress supplémentaire pouvant expliquer l'augmentation du taux de dépression.

• Une deuxième proposition d'explication est le fort taux de grossesses « à risque », chez les femmes enceintes de notre étude.

Les antécédents gynéco-obstétricaux font partie des facteurs de vulnérabilité dans le développement de la dépression anténatale, notamment les antécédents de difficulté autour d'une grossesse, ou une grossesse « à risque » sur le plan gynécologique (y compris grossesse multiple). Une femme enceinte sur quatre ayant participé à l'enquête présentait ce facteur de risque.

- La majorité des femmes enceintes de notre enquête était primigeste.

La corrélation plus spécifiquement retrouvée entre dépression prénatale et primiparité a été montrée dans les études. [8]

- En moyenne, les femmes enceintes en étaient au deuxième trimestre de grossesse lors de leur participation.

Le deuxième trimestre est celui pour lequel la prévalence de dépression prénatale est la plus élevée (12,8%) selon une méta-analyse de 21 études. [3]

- Le seuil de positivité à l'EPDS est différent selon les études, son choix détermine la prévalence de la symptomatologie dépressive ; dépression pouvant être mineure, majeure ou prendre en compte les deux.

Ainsi, dans l'étude menée par De Tychey et al., le seuil est fixé à 12. Adouard et al. ont choisi le seuil de 11,5 pour parler des seules dépressions majeures.

2.2. Cette prévalence est à interpréter avec précaution : de la symptomatologie dépressive au diagnostic de dépression prénatale

Cette prévalence de symptomatologie dépressive à 27% est définie à partir du pourcentage de femmes enceintes ayant eu un score supérieur ou égal à 11 au questionnaire EPDS. Cela ne revient pas à affirmer que 27% de ces femmes présentaient effectivement une dépression prénatale. Comme mentionné précédemment, nos conclusions sont limitées par l'absence de critères diagnostiques supplémentaires, tel qu'un entretien psychiatrique qui aurait affirmé le diagnostic de dépression prénatale. Rappelons que l'EPDS ne fait pas un diagnostic clinique, il ne permet d'identifier que des cas probables (avec une sensibilité et

spécificité imparfaites) ; ce risque est insuffisant pour différencier les femmes enceintes dépressives des non dépressives, mais il permet d'attirer l'attention du clinicien, d'évaluer une symptomatologie dépressive et d'orienter le professionnel, face à un score élevé. L'utilisation de cet auto-questionnaire doit se faire de façon prudente, par un personnel sensibilisé. Celui-ci doit être un outil d'aide au diagnostic et ne pas se substituer à l'évaluation clinique, quel que soit le score à l'EPDS. Le jugement et l'appréciation du médecin primeront toujours sur le résultat à l'EPDS.

En accord avec Cox, les auteurs concluent que « pour une population francophone de mères vues entre le deuxième et le quatrième mois du post-partum, le score de 12 reste pertinent dans une logique de recherche et celui de 11 pour une logique clinique ». Ce sont les quelques études faites sur une population de femmes enceintes françaises qui nous ont amené à choisir également le seuil de 11, mais les résultats de notre étude auraient été différents si le choix de la valeur seuil s'était porté sur 12 (plus discriminant). Ces risques d'erreur montrent les limites d'un raisonnement dichotomique uniquement en fonction d'une valeur seuil : présence d'une symptomatologie dépressive/absence d'une symptomatologie dépressive alors que nous avons vu précédemment les différentes formes possibles d'expression de cette pathologie. Il aurait peut-être été intéressant de faire cette étude en utilisant et comparant les résultats obtenus à partir des quatre notes seuils (10 à 13) de l'étude de validation française menée en post-natal.

Nous pouvons également nous demander si nous avons fait le bon choix en décidant d'utiliser l'EPDS, puisqu'il n'existe pas de définition consensuelle de la DPP et les outils utilisés pour en faire le diagnostic sont multiples. Cependant, une revue de la littérature de 2009 [54] a recensé toutes les méthodes existantes pour identifier la DPP : les échelles spécifiques de mesure validées étaient l'EPDS, le *Post-partum Depression Screening Scale*, le *Pregnancy Risk Questionnaire*, et le *Predictive*

Index. Selon cette revue, l'EPDS était de loin l'instrument de dépistage le plus fréquemment utilisé, avec en post-natal une sensibilité allant de 0,60 (Spé=0,97) à 0,96 (Spé=0,45) pour la dépression majeure, et de 0,31 (Spé=0,99) à 0,91 (Spé=0,67) pour les dépressions mineures et majeures.

C'est la seule échelle validée sur le plan international pour le dépistage de dépression périnatale, avec l'avantage d'être valide aussi bien en anténatal que dans le post-partum : une même patiente peut donc être suivie aux deux temps avec le même outil.

3. Etude de validation du questionnaire GPSY

3.1. Interprétation des analyses statistiques

Après avoir vérifié que les distributions des scores EPDS et GPSY étaient bien corrélées (coefficient de corrélation de Spearman=0,80), la sélection des variables significatives par méthode pas-à-pas descendante à partir d'un modèle de régression logistique multivariée devait permettre de retenir, parmi les cinq questions du questionnaire GPSY, celles qui prédisaient le mieux un résultat positif au questionnaire EPDS. Cette étape de notre analyse n'a pas été cliniquement pertinente puisque seule la cinquième question (« Il m'est arrivé de penser à me faire du mal ») pouvait être retirée de notre modèle. Une analyse complémentaire n'a pas mis en évidence de déséquilibre d'associations entre cette cinquième question et chacune des quatre autres questions du questionnaire GPSY retenues dans le modèle.

Tableau 13 : Mesure de l'association entre la réponse à GPSY 5 et les quatre autres réponses du GPSY par le test exact de Fisher

	GPSY 1+	GPSY 1-	Total
GPSY 5+	9	3	12
GPSY 5-	68	261	329
Total	77	264	341

p-value : <0,001 ; OR : 11,41 ; IC95% [2,75 ; 67,13]

	GPSY 2+	GPSY 2-	Total
GPSY 5+	10	2	12
GPSY 5-	112	217	329
Total	122	219	341

p-value : <0,001 ; OR : 9,62 ; IC95% [2,00 ; 91,84]

	GPSY 3+	GPSY 3-	Total
GPSY 5+	10	2	12
GPSY 5-	127	202	329
Total	137	204	341

p-value : 0,004 ; OR : 7,91 ; IC95% [1,65 ; 75,28]

	GPSY 4+	GPSY 4-	Total
GPSY 5+	8	4	12
GPSY 5-	62	267	329
Total	70	271	341

p-value : <0,001 ; OR : 8,53 ; IC95% [2,20 ; 39,99]

En revanche, la suite de notre analyse a permis de déterminer le seuil optimal pour prédire un score supérieur ou égal à 11 au questionnaire EPDS, à partir des cinq questions binaires du GPSY (avec une pondération d'un point par réponse positive à chacune des questions du GPSY). Ce seuil était de deux réponses positives ou plus, en considérant l'indice de Youden (0,67).

En adoptant ce seuil, les valeurs intrinsèques du test GPSY étaient bonnes (**Se=85%, Sp=82%**).

Pour une prévalence de test EPDS positif tel qu'observé dans notre étude (27%), la **VPN** du test GPSY est très élevée (**94%**) (cf tableau 12). En d'autres termes, cela

signifie que si un médecin réalise le test GPSY en attribuant un point à chacune des réponses positives, il passerait à côté d'une femme à risque de dépression (c'est-à-dire un score EPDS supérieur ou égal à 11) dans seulement 6% des cas s'il considère le test GPSY comme positif à partir de 2. En revanche, la **VPP** du test GPSY (**63%**) est insuffisante pour se contenter d'un test GPSY positif pour détecter une vulnérabilité dépressive chez une femme enceinte. En effet, la concordance observée entre les scores des deux questionnaires était moyenne (Kappa = 0,60).

Cependant, il convient de préciser qu'un test GPSY négatif prédit correctement la négativité du score EPDS, mais ne peut être considéré à lui seul comme un test de dépistage d'une dépression chez la femme enceinte. Tout au plus, il pourrait être envisagé comme un premier test de débrouillage, permettant de ne pas réaliser le score EPDS complet si le test GPSY est strictement inférieur à 2.

Afin de vérifier *a posteriori* si les questions du GPSY ont été choisies judicieusement initialement parmi toutes celles de l'EPDS, une recherche d'association entre les deux variables a été réalisée. D'après le tableau 8, on constate que pour les patientes ayant répondu « oui » aux questions du GPSY, la réponse aux questions équivalentes de l'EPDS était « Oui, parfois », sauf pour la question GPSY 3/EPDS 8 (« Pas très souvent »). De même, pour les patientes ayant répondu « non » aux questions du GPSY, à question équivalente la réponse à l'EPDS était dans tous les cas « Non, jamais » ou « Non, pas du tout ».

3.2. Comparaisons avec d'autres études

- Nous n'avons trouvé aucune étude française menée afin de simplifier le questionnaire EPDS.

Une étude coréenne publiée en novembre 2011 [96] a été menée sur 494 femmes enceintes au troisième trimestre de grossesse entre juillet 2009 et juin 2010.

L'enquête partait d'un constat : l'identification de la dépression prénatale est critique, mais peu conduite. L'objectif de l'étude était de construire une échelle simplifiée de détection de la dépression, et de vérifier son efficacité en tant que pré-dépistage de la dépression prénatale. Les femmes qui ne parlaient pas le coréen, ou pour lesquelles des données manquaient concernant le dépistage de la dépression, étaient exclues de l'enquête. L'EPDS a été rempli par ces femmes enceintes, et 16% d'entre elles avaient un score supérieur ou égal à **12** (seuil de positivité pour une dépression majeure). Les femmes ont été réparties aléatoirement en deux groupes: 250 femmes constituaient l'échantillon de « construction », et 244 femmes l'échantillon de « validation ». Un questionnaire simplifié comportant deux éléments de l'EPDS a été conçu à partir de l'échantillon de construction, à la suite d'une analyse de corrélation et d'une régression multiple. Son efficacité a ensuite été validée sur ce même échantillon et les résultats ont été réaffirmés avec l'échantillon de validation. La somme des questions **5** (« Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons ») et **8** (« Je me suis sentie triste ou peu heureuse ») expliquait 75,5% du score total de l'EPDS. En utilisant un score de 3 comme valeur seuil de l'échelle simplifiée, la sensibilité était de 92,4% et la spécificité était de 86,3%. Les VPP et VPN étaient respectivement de 56,2% et 98,4%, rétrospectivement. Cette étude suggère que cet EPDS simplifié peut être un instrument efficace pour détecter une dépression pendant la grossesse.

Malgré le fait que dans notre étude le score seuil de l'EPDS était à 11 et que nous n'avons pas réalisé une phase de validation du questionnaire GPSY construit, cette étude coréenne retrouve des résultats cohérents avec notre enquête :

- Un choix du seuil à deux réponses positives pour l'EPDS simplifié ;
- Les figures 22 et 23 de notre étude mettaient en évidence que les questions 2 et 3 du GPSY étaient celles auxquelles les femmes répondaient le plus

souvent « oui ». Ces questions sont équivalentes aux questions 4 et 5 de l'EPDS pour le GPSY 2, et question 8 de l'EPDS pour le GPSY 3 ;

- Des valeurs de VPP et VPN très proches de celles du GPSY.

• En revanche, une étude suisse a été menée afin d'établir une échelle simple permettant de détecter, pendant la grossesse, les femmes à risque de dépression du post-partum, partant du postulat que cette détection permettrait d'intervenir préventivement d'une manière efficace. [86,97]

Cette étude a été menée en 1997 chez 570 femmes choisies au hasard, recrutées à la maternité de l'hôpital cantonal de Genève et dans un centre privé de préparation à la naissance. Il n'y aurait pratiquement pas eu de refus. Les femmes enceintes avaient trois temps d'entretiens avec des sages-femmes : durant le troisième trimestre de grossesse, trois mois après la naissance (à la maison avec observation de la relation mère-enfant), et dix-huit mois après la naissance avec les 35 mères déprimées (c'est-à-dire ayant présenté une dépression du post-partum à 3 mois) et celles du groupe contrôle (à cet entretien, une pédopsychiatre expérimentée, toujours la même, est intervenue également). Les femmes présentant les caractéristiques suivantes étaient exclues d'emblée de l'enquête : ne parlant pas assez bien le français pour avoir une bonne compréhension des questions ni communiquer suffisamment ; refusant d'emblée leur collaboration pour la deuxième phase de l'étude ; domiciliées hors du Canton ou de la région limitrophe ; présentant des troubles psycho-pathologiques manifestes. Plusieurs échelles étaient utilisées : la *Hopkins Symptom Checklist* (58 items), l'EPDS, et des échelles cliniques de la relation mère-enfant. Les principaux résultats de l'étude étaient les suivants :

- Cinquante-huit femmes (10,2%) étaient déprimées au troisième mois après l'accouchement (symptomatologie dépressive établie par un score seuil à l'EPDS de 12) ;

- Parmi ces dernières, 65,5% d'entre elles avaient présenté au dernier trimestre de grossesse un « **syndrome de dépression du pré-partum** », qui se manifestait par les symptômes suivants : sentiment de solitude, auto-reproches, anxiété, troubles du sommeil, troubles somatiques (démangeaisons, dorsalgies).
- La dépression du pré-partum n'était pas l'apanage des seules femmes qui allaient faire par la suite une dépression du post-partum : **19,8%** des femmes incluses présentaient cette forme de dépression pendant la grossesse, et seules 31% de ces femmes allaient continuer une dépression en post-partum.

Des régressions logistiques ont abouti à la création d'une échelle de six questions (à partir des symptômes du « syndrome de dépression du pré-partum »), complétée par quatre autres questions (parité, existence d'un changement relationnel avec la mère de la patiente depuis la grossesse, fréquence des pleurs, préparation à la naissance): le « questionnaire de dépistage de Genève » ainsi obtenu a ensuite été validé de façon multicentrique (en 2006) sur une population totale de 816 femmes en Suisse (Yverdon), France (Paris) et Espagne (Bilbao). Cette démarche présentait de très bonnes spécificités et VPN pour les trois villes (entre 87% et 96%), ce qui permettait d'affirmer qu'une femme dépistée sans risque avait peu de probabilités de présenter une symptomatologie dépressive à trois mois post-partum.

Les similitudes avec notre étude sont une population d'étude francophone, l'exclusion des femmes présentant des troubles psychiatriques manifestes, les symptômes composant le syndrome de dépression du pré-partum (qui correspondent aux questions du GPSY, à l'exception des troubles somatiques) et à la base du questionnaire nouvellement construit, et une bonne VPN. Cependant, il en résulte toujours une échelle avec 10 questions (à quatre choix multiples chacune pour la plupart), soit l'équivalent de l'EPDS en terme de longueur.

3.3. Estimation des valeurs extrinsèques du test GPSY dans une population avec 20% de scores EPDS positifs

La sensibilité et la spécificité d'un examen de dépistage (ici, le test GPSY) représentent respectivement la probabilité que celui-ci détecte un cas (ici, un test EPDS positif) et qu'il ne détecte pas un non-cas (ici, un test EPDS négatif). Les valeurs prédictives (VPP et VPN) ont une signification plus intuitive pour le clinicien, mais ces paramètres ont la particularité de dépendre de la prévalence des cas dans la population que l'on cherche à dépister.

Le tableau de contingence ci-dessous a été construit à partir des valeurs intrinsèques observées dans notre étude ($Se = 85\%$ et $Sp = 82\%$, avec un seuil à 2 pour le test GPSY), en fixant artificiellement la prévalence d'un score EPDS positif à 20%. On observerait dans ce cas une VPP plus basse (54%) et une VPN plus haute (96%) que dans notre enquête. De telles valeurs extrinsèques renforceraient la conviction d'un clinicien devant un test GPSY négatif, mais il ne saurait s'en contenter pour détecter une vulnérabilité anxio-dépressive. Dans tous les cas, cette prévalence de 20% ne reflète pas complètement la réalité de la prévalence de la dépression prénatale, évaluée par un entretien psychiatrique, qui est moindre. D'où encore une fois l'importance de la confirmation diagnostique d'un test de dépistage. Cette même conclusion est soulignée dans une revue des études de validation de l'EPDS (2001). [98]

Tableau 14 : Tableau de contingence obtenu avec une prévalence de scores EPDS positifs de 20%

	GPSY +	GPSY -	Total
EPDS+	58	10	68 (=341 × 20%)
EPDS-	49	224	273
Total	107	234	341

Sensibilité : $58/68=85\%$

Spécificité : $224/273=82\%$

Prévalence d'un score EPDS positif : $68/341=20\%$

VPP : $58/107=54\%$

VPN : $224/234=96\%$

4. Réflexion sur les scores à zéro et la prise en compte des idées suicidaires

4.1. Scores à zéro réels ou défensifs ?

Dans notre enquête, au vu du score moyen EPDS à 7, la majorité des femmes n'apparaissait pas à risque de développer une symptomatologie dépressive, ce qui était attendu. La moitié des scores était en dessous de 6, et 14,5% d'entre eux sont des scores de zéro. Ce dernier taux suscite réflexion : en effet, la présence de scores EPDS à zéro doit poser question selon certains auteurs. On peut penser qu'il s'agit de femmes qui vont bien, mais si l'EPDS est rempli sincèrement par une femme enceinte, certains de ces items peuvent facilement être cotés 1 ou 2. Certains auteurs soulèvent ainsi la question de l'existence de scores « défensifs » à zéro [99], chez des femmes déterminées à ne rien laisser transparaître. Si de telles situations existent réellement, il apparaît plus que nécessaire de pouvoir faire passer l'EPDS dans un climat de confiance entre la patiente et son médecin, pour éviter ce type de réaction afin de libérer la parole et de permettre une demande d'aide plutôt que de laisser dominer le déni et la honte.

Par ailleurs, ce taux de scores à zéro atteint 42,2% des femmes de notre échantillon pour le questionnaire GPSY, soit près de trois fois celui du questionnaire EPDS, ce qui peut paraître surprenant. Toutefois, n'oublions pas que la concordance entre les deux tests était moyenne.

4.2. EPDS 10 et GPSY 5

En ce qui concerne la prise en compte des idées suicidaires clairement évoquées par l'item 10 de l'EPDS ou la cinquième question du GPSY, les résultats indiquent:

- 92,4% des femmes enceintes ayant un score à 0 à l'item 10 de l'EPDS, soit 7,6% ayant eu des idées suicidaires dans les sept derniers jours ;

- 96,5% des femmes enceintes ayant un score à 0 à GPSY 5, soit 3,5% ayant eu des idées suicidaires dans les sept derniers jours.
- Ce constat surprend : comment expliquer cette différence de taux, avec un rapport double entre la proportion de femmes ayant eu des idées suicidaires à l'EPDS versus GPSY? Il ne s'agit pas cette fois d'un score global pouvant montrer un niveau moyen de concordance, mais bel et bien de la même question posée avec les mêmes termes (cf les résultats du tableau 8 concernant cet item).
- Nous pouvons supposer alors le biais d'information déjà évoqué entre un auto-questionnaire où la patiente a quelque peu le temps en salle d'attente de réfléchir à la réponse et est seule face à une feuille, et un hétéro-questionnaire avec toutes les notions de regard de l'autre (ici le médecin) et de peur du jugement ;
 - Une deuxième hypothèse serait l'ordre de passage, qui a été respecté dans la mesure du possible mais pas parfaitement, et pour lequel nous n'avons pas de renseignement pour vingt-huit femmes.
- La prise en compte de la positivité de cet item, qui n'avait pas été envisagée avant la mise en place du dépistage, doit dorénavant interpeller, puisqu'elle n'implique pas forcément la positivité à l'EPDS entier. En effet selon le protocole initial, le soutien psychologique n'a été proposé qu'aux femmes ayant un score supérieur ou égal à 11 à l'EPDS. Nous osons toutefois imaginer qu'il a également été proposé par les médecins aux femmes exprimant des idées suicidaires. Il aurait été néanmoins souhaitable de le considérer au début de l'enquête.

Parmi les 26 femmes (7,6%) ayant répondu positivement à l'item 10 de l'EPDS, trois d'entre elles avaient un score total négatif, et plus étonnant encore l'une d'entre elles a répondu négativement à toutes les questions du GPSY (donc y compris la

cinquième). Pour cette dernière femme enceinte, l'ordre de passage des questionnaires n'avait pas été signalé.

Tableau 15 : Comparaison des scores EPDS et GPSY parmi les trois patientes ayant répondu positivement à EPDS 10 mais ayant un score total inférieur à 11

	EPDS	GPSY
patiente 1	8	2
patiente 2	8	1
patiente 3	7	0

De même, parmi les 12 femmes (3,5%) ayant répondu positivement à GPSY5, toutes ont répondu positivement à EPDS 10, mais deux d'entre elles ont un score total EPDS inférieur à 11.

Tableau 16 : Comparaison des scores EPDS et GPSY entre les deux patientes ayant répondu positivement à GPSY5 mais ayant un score total EPDS inférieur à 11

	EPDS	GPSY
patiente 1	8	2
patiente 2	8	1

Ces deux situations illustrent bien le risque de ne considérer que le seul score EPDS total, si bien que des scores EPDS négatifs avec item 10 supérieur à zéro n'ont peut-être pas attiré l'attention.

V. PROPOSITIONS POUR L'AVENIR

Notre principale hypothèse initiale de travail était de tester si un questionnaire simplifié élaboré spécifiquement pour la médecine générale de ville constituait une aide au dépistage des troubles anxio-dépressifs au cours de la grossesse, partant de l'idée que son acceptabilité par les médecins utilisateurs serait meilleure que celle de l'EPDS. En pratique, même si l'EPDS est simple, son emploi requiert une certaine connaissance des items, du calcul du score, et un temps suffisamment long accordé à l'interprétation de son résultat et au partage de ce dernier avec la femme enceinte. Ce questionnaire actuellement validé semble vraisemblablement peu adapté à la pratique ambulatoire de la médecine générale.

- En accord avec les résultats trouvés dans notre étude, et s'ils étaient confirmés par d'autres études menées sur d'autres échantillons, nous pourrions recommander d'utiliser le questionnaire GPSY avec un seuil de deux réponses pour détecter les femmes enceintes ayant une vulnérabilité anxio-dépressive : le médecin généraliste ferait passer ce questionnaire en débrouillage à toute femme enceinte se présentant à sa consultation, et ferait passer le questionnaire EPDS en entier par la suite seulement si au moins deux réponses positives ont été relevées. Les valeurs de sensibilité et spécificité du test sont bonnes, ainsi que la VPN : un médecin a donc peu de risque de se tromper lorsque le test GPSY est négatif. Cependant la VPP étant moyenne (d'autant plus dans une population générale avec une prévalence de scores EPDS positifs moindre que dans notre étude), le médecin ne peut se contenter d'un test GPSY positif pour détecter une vulnérabilité psychique chez la femme enceinte : c'est dans ce cas qu'il fait passer le test EPDS entièrement afin de confirmer ou infirmer sa suspicion. Cette procédure simplifiée prend moins de temps mais reste un bon outil pour détecter ces femmes. Bien entendu, et nous ne l'aurons pas assez souligné, c'est avant tout le jugement clinique du praticien qui prime.

Malgré des limites et biais, la principale force de notre étude est d'être la première en France à avoir tenté une simplification de l'échelle validée sur le plan international. La construction du questionnaire GPSY nécessite maintenant une étude de validation, et d'être menée sur un échantillon plus grand de femmes enceintes. Par ailleurs, la nécessité de la valider en post-natal est à discuter, toujours dans un souci de pratique généraliste ambulatoire, où le passage de l'EPDS en entier n'est pas évident à mettre en place. Mais le but de notre étude était avant tout de mettre en place un dépistage anténatal afin de prévenir cette DPP.

Quelques études ont mis en évidence des seuils de positivité de l'EPDS différents en fonction du trimestre de grossesse, mais cela est encore discuté [70], raison pour laquelle nous avons fait le choix d'une seule valeur-seuil à 11 pour notre enquête. Une proposition de travail de recherche ultérieure pourrait porter sur l'étude des seuils de positivité de GPSY les plus pertinents en fonction du trimestre de grossesse.

Nous pouvons également nous demander quelle serait la pertinence de valider GPSY en tant qu'auto-questionnaire. Cependant, selon une revue de la littérature (2009) [54], concernant l'acceptabilité de l'EPDS par les patientes, il en résultait que les patientes préféraient le passer en entretien avec le médecin plutôt qu'en auto-questionnaire, critiquant le manque de dialogue qu'impliquaient nécessairement une feuille et un stylo. L'hypothèse serait qu'il en est de même concernant le GPSY, d'autant plus qu'il permet l'ouverture d'un dialogue.

- Cette démarche aurait des bénéfices en termes cliniques et préviendrait les complications : identifier une symptomatologie dépressive anténatale est cruciale non seulement pour la future mère mais aussi pour l'enfant à venir. Déterminer les conséquences d'une dépression anténatale sur le développement de l'enfant intéresse de plus en plus d'auteurs.

Notre recherche bibliographique a relevé trois études françaises récentes sur ce sujet :

- Un article publié en mars 2012 [100] propose une synthèse des principaux résultats d'une étude prospective longitudinale cas-témoin qui s'est déroulée au sein de la **maternité Pitié-Salpêtrière** de 2004 à 2006, portant sur les dépressions du péri-partum, du troisième trimestre de grossesse au 12^{ème} mois de l'enfant.

Sur les 205 mères incluses (grossesses à bas risque) :

- 20,7 % de mères étaient déprimées pendant leur grossesse (n = 34) et 14 % étaient déprimées uniquement pendant leur grossesse (n = 23) ;
- 15 % étaient déprimées en post-partum (n = 25), 8,5 % uniquement en post-natal (n = 14) ;
- 6,7 % étaient déprimées en pré- et post-partum (n = 11) ; 32 % des mères déprimées pendant leur grossesse le restaient en post-partum au moins jusqu'à six mois ;
- 71 % n'étaient jamais dépressives (n = 116).

Cette étude souligne le fait que la dépression de la grossesse est fortement associée à l'anxiété et aux stress spécifiques de la grossesse malgré les caractéristiques à bas risques de la population d'étude, et aurait potentiellement des effets délétères sur le développement du fœtus, en particulier de sexe masculin (piste potentielle de compréhension pour certains troubles psychiatriques du développement prédominant chez le garçon). Les DPP entraînent des altérations dans la synchronie des interactions et atteignent le bébé dans ses capacités émotionnelles à y réagir. Les auteurs plaident ainsi pour un suivi de ces femmes dès la grossesse, mais soulignent que dans leur étude 20 % des femmes déprimées ont refusé un suivi.

- Deux articles récents (publiés en février et mars 2012) s'appuient sur l'étude cohorte « **EDEN mère-enfant** » (étude sur les déterminants pré et post-nataux du développement de l'enfant) qui a été menée dans deux maternités universitaires à Nancy et Poitiers entre septembre 2003 et janvier 2006 : 2002 femmes enceintes ont été incluses avant leur 20^{ème} semaine de grossesse et jusqu'aux 12 mois de l'enfant. Parmi ces femmes, 13,2% ont été diagnostiquées « déprimées et anxieuses », ce qui augmentait le risque d'accouchement prématuré et de difficultés émotionnelles chez l'enfant. [101,102]

- La **recherche CAPEDP** (Compétences parentales et attachement dans la petite enfance : diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et promotion de la résilience) est une étude longitudinale de prévention précoce des troubles de la relation mère-enfant randomisée en simple insu qui concerne 440 jeunes femmes, leurs bébés et éventuellement leurs conjoints.

Celles-ci ont été recrutées selon des critères de vulnérabilité psychosociale et réparties aléatoirement en deux groupes distincts, le groupe intervention et le groupe témoin. Cette étude proposait une intervention précoce à domicile évaluée régulièrement, débutant au cours du troisième trimestre de grossesse et se poursuivant jusqu'aux deux ans de l'enfant. Il s'agissait d'une recherche-action menée entre novembre 2006 et septembre 2011 qui avait pour objectif d'évaluer l'efficacité de visites à domicile périnatales auprès de jeunes femmes vulnérables afin de prévenir les troubles de la relation mère-enfant, la DPP et les troubles de santé mentale des enfants de deux ans. Les intervenantes à domicile, qui étaient dans cette étude des psychologues supervisées toutes les semaines par des professionnels des secteurs concernés, avaient pour objectif d'instaurer une relation de confiance avec les parents ou la mère seule, cela afin de permettre un

étayage, un soutien de la relation mère-enfant. L'efficacité de l'intervention était évaluée par six visites menées par des évaluateurs indépendants utilisant des échelles de santé mentale de la mère et de l'enfant, de développement psychomoteur de l'enfant, de soutien social perçu et de l'utilisation du réseau de soin. Sous la responsabilité scientifique d'Antoine Guédeney, la majorité des maternités de l'AP-HP (assistance publique-hôpitaux de Paris) de Paris et de la banlieue proche y collaborait. L'hypothèse était que les visites régulières (jusqu'à 40 visites à domicile durant toute la période), permettraient d'améliorer la santé mentale de l'enfant, l'attachement mère-enfant et la capacité de la mère à utiliser les réseaux de soins existants. Les premiers résultats sont encourageants et vont dans ce sens. [103,104]

- La démonstration de l'effet important et durable d'une action de prévention, si elle est intensive, précoce et mise en œuvre par des professionnels formés et supervisés, a déjà fait l'objet de plusieurs recherches internationales. Une revue de la littérature (2012) [33] examinant l'efficacité d'interventions prénatales précoces afin de prévenir le développement d'une DPP conclut qu'il existe des preuves montrant leur efficacité, notamment lorsqu'elles sont basées sur les thérapies psychologiques (par exemple la TIP), chez des femmes ayant déjà une dépression prénatale, et doivent donc être mieux conceptualisées comme un « traitement » précoce plutôt que comme des interventions « préventives ». Encore faut-il identifier des symptômes de dépression chez ces femmes enceintes : là est tout l'enjeu de notre étude. Le défi est ensuite de mettre en relation la femme enceinte qui a été dépistée comme à risque de développer une dépression avec une aide professionnelle adaptée, et c'est à ce niveau que se joue le développement des réseaux périnataux.

- L'utilisation du questionnaire GPSY comme un protocole, selon une démarche trop standardisée est à éviter selon nous, car elle limite les possibilités d'investissements de chacun pour créer l'espace nécessaire à l'émergence, chez les mères déprimées, d'une demande d'aide.

L'extension secondaire du dépistage à d'autres professionnels de santé peut avoir l'effet de susciter l'intérêt des professionnels et de rassurer les femmes devant une démarche plus connue. Il serait judicieux d'élargir l'utilisation du questionnaire GPSY, après sa validation, auprès des gynécologues-obstétriciens, des sages-femmes, et des services de PMI : autant d'acteurs intervenant auprès des femmes enceintes tout au long des suivis de grossesse. La promotion de la transmission interprofessionnelle d'informations fait partie des recommandations du programme « Préparation à la Naissance et à la Parentalité » : pour faire connaître la démarche du questionnaire GPSY aux différents professionnels concernés, nous pourrions imaginer qu'un réseau périnatal la diffuse par le biais de son bulletin d'information.

- La prévention en périnatalité est une mesure préoccupante, comme le souligne le rapport de la Cour des Comptes de février 2012, dans son chapitre intitulé « La politique de périnatalité, l'urgence d'une remobilisation », dont voici quelques conclusions et recommandations :

« Cinq ans après la précédente enquête de la Cour, les indicateurs de périnatalité qui déjà étaient jugés comme reflétant une situation insatisfaisante par rapport à nos principaux voisins, ne se sont pas améliorés. D'autres pays ont continué à progresser et la position relative de la France s'est fortement dégradée. La mise en œuvre seulement très partielle du plan périnatalité 2005-2007 n'a pas permis de remédier à des difficultés que la Cour avait identifiées en 2006, parmi lesquelles un effort de prévention très insuffisant en direction des femmes en situation de vulnérabilité. (...) »

Il est recommandé de renforcer la prévention en direction des femmes en situation défavorisée notamment par une prise en charge psycho-sociale plus efficace et par l'amélioration de la coordination entre les acteurs (recommandation réitérée) ». [105]

CONCLUSION

La dépression post-natale a fait l'objet de nombreuses études, ce n'est que depuis peu que l'on s'intéresse à la dépression prénatale : cette dernière est au moins aussi fréquente (voire même plus) que la post-natale, mais moins documentée. La prévalence enregistrée, ainsi que le retentissement sur la mère, l'enfant à venir et la cellule familiale, montrent clairement que la dépression périnatale représente un problème de santé publique justifiant la mise en place d'une démarche préventive précoce.

Le but de notre étude était de construire un questionnaire simplifié (court, rapide à administrer et au score facile à calculer) à l'usage des médecins généralistes envers les femmes enceintes, et d'évaluer sa validité comme instrument de dépistage des troubles anxio-dépressifs anténatals.

Dans notre enquête, 27% des femmes interrogées étaient « à risque de développer une dépression » selon le score à l'EPDS, questionnaire à partir duquel nous avons construit notre questionnaire GPSY.

En pratique clinique et sous réserve que la construction du questionnaire soit validée sur un autre échantillon, une « pré-orientation » diagnostique peut être obtenue à l'aide des questions du GPSY. En cas de réponses positives à deux des questions, un auto-questionnaire comme l'EPDS peut être proposé à la femme enceinte, ce qui assure une meilleure qualité de dépistage.

Par la sensibilisation des professionnels de santé intervenant en période périnatale, nous souhaitons leur donner les moyens d'objectiver les symptômes chez leurs patientes pour une prise en charge adaptée pluridisciplinaire.

La difficulté de gestion du temps n'est pas l'apanage des seuls médecins généralistes, et l'extension de l'utilisation du questionnaire GPSY par les

gynécologues-obstétriciens, les sages-femmes et les services de PMI est à développer.

Nous soulignons l'importance du repérage de la dépression périnatale, non comme une fin en soit, mais comme un moyen de libérer la parole là où la honte, la culpabilité ou le déni confinent au silence. La reconnaissance des troubles et d'une demande d'aide permet d'établir une prise en charge dans la période de maternité : celle-ci n'est pas obligatoirement « psychiatisée ». Le questionnaire entraîne une prise de conscience chez les femmes enceintes du risque de dépression à un moment de la vie où la société leur « impose » d'être heureuses et épanouies.

ANNEXES

I. Questionnaire EPDS

QUESTIONNAIRE EPDS :

Merci de répondre à quelques questions, ceci ne vous prendra que quelques minutes

Vous êtes enceinte. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en soulignant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est-à-dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement au jour d'aujourd'hui.

Voici un exemple : Je me suis sentie heureuse :

- Oui, tout le temps
- Oui, la plupart du temps
- Non, pas très souvent
- Non, pas du tout

Ceci signifiera « Je me suis sentie heureuse la plupart du temps durant la semaine qui vient de s'écouler ».

Merci de bien vouloir répondre aux autres questions.

Pendant la semaine qui vient de s'écouler :

- 1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté**
 - Aussi souvent que d'habitude
 - Pas tout à fait autant
 - Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
 - Absolument pas
- 2. Je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir**
 - Autant que d'habitude
 - Plutôt moins que d'habitude
 - Vraiment moins que d'habitude
 - Pratiquement pas
- 3. Je me suis reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal**
 - Oui, la plupart du temps
 - Oui, parfois
 - Pas très souvent
 - Non, jamais
- 4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs**
 - Non, pas du tout
 - Presque jamais

- Oui, parfois
- Oui, très souvent

Tournez la page SVP

5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons

- Oui, vraiment souvent
- Oui, parfois
- Non, pas très souvent
- Non, pas du tout

6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements

- Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
- Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
- Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil

- Oui, la plupart du temps
- Oui, parfois
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse

- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré

- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Seulement de temps en temps
- Non, jamais

10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal

- Oui, très souvent
- Parfois
- Presque jamais
- Jamais

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ces questions.

Parissa ASDAGHI (médecin généraliste)

II. Questionnaire GPSY

QUESTIONNAIRE MEDECIN

Caractéristiques sociodémographiques du médecin investigateur

(1 fiche par médecin investigateur)

- Sexe
Homme ☐ Femme ☐
- Age :
28- 40 ans ☐ 40-50 ans ☐ 50- 60 ans ☐ 60 ans et plus ☐
- Année d'installation :
- Faculté d'étude :
- Lieu d'exercice :
 - Code postal |_|_|
 - Zone urbaine ☐ Zone semi-rurale ☐ Zone rurale ☐
- Mode d'exercice : seul ☐ en groupe ☐
- Appartenance à un ou plusieurs réseaux de soins et le(s)quel(s) : oui ☐ non ☐
.....
- Orientations d'exercice :
- Autre activité en plus de l'exercice de la médecine libérale :
Hospitalière ☐ Universitaire ☐ Non ☐
 - Participation à des actions de FMC : oui ☐ non ☐
 - Si oui, en qualité de participant : oui ☐ non ☐
organisateur : oui ☐ non ☐

QUESTIONNAIRE PATIENTE

1. Données sociodémographiques de la patiente :

- Age : ans
- Couverture sociale :
 - sécurité sociale habituelle
 - sécurité sociale habituelle + mutuelle
 - CMU
 - AME
 - Pas de couverture sociale
- Niveau d'études :
 - Sans Diplôme
 - Brevet / CAP / BEP
 - Baccalauréat
 - Bac+2, licence, maîtrise
 - Bac+5 et plus
- Catégorie socioprofessionnelle / profession :
- Célibataire ☐ vit en couple ☐ mariée ☐
- Motif de consultation :
 - Suivi de grossesse
 - Autre (préciser) :
- G(gestité)/P(parité) (indiquer si antécédent(s) d'IVG, IMG, FCS, PMA,FIV) :
.....
- Terme de la grossesse en cours : SA

2. GPSY :

Pendant la semaine qui vient de s'écouler :

1. Je me suis reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal
 - oui
 - non
2. Je me suis sentie inquiète et/ou effrayée sans motifs
 - oui
 - non
3. Je me suis sentie triste ou peu heureuse
 - oui
 - non
4. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil
 - oui
 - non
5. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal
 - oui
 - non

Merci d'avoir participé à notre travail

→ **EPDS rempli** ☐ **avant la consultation**
 ou ☐ **après la consultation**

III. Affiche salle d'attente

AUX FEMMES ENCEINTES :

LE(S) MEDECIN(S) DE VOTRE CABINET PARTICIPE(NT) A UNE THESE DE MEDECINE GENERALE

Si vous êtes **enceinte**, votre médecin vous proposera de répondre à un premier questionnaire lors de la consultation, et (lui ou la secrétaire) vous en remettra un autre avant ou après la consultation que vous remplirez en salle d'attente, ceci ne vous prendra que quelques minutes.

Ce questionnaire fait partie d'un travail de thèse qui est une étude scientifique ayant pour but d'évaluer un outil d'aide au diagnostic des troubles anxieux et/ou dépressifs au cours de la grossesse, en consultation de médecine générale.

En effet, la dépression du post-partum (après l'accouchement) est un problème bien connu, qui touche environ 10% des patientes, dont le diagnostic pourrait être anticipé.

Les conséquences possibles sur l'état de santé de la mère et de l'enfant justifient le repérage précoce de ces troubles.

Une vigilance accrue au cours de la grossesse, un dépistage précoce des troubles psychiques par le médecin généraliste permettraient d'identifier les femmes à risque de développer une dépression du post-partum et donc de leur proposer un accompagnement psychologique durant la grossesse qui serait efficace pour réduire la prévalence de la dépression du post-partum.

Nous avons besoin de votre aide, de votre avis, afin d'évaluer ce questionnaire.

Merci pour votre participation.

Parissa ASDAGHI (médecin généraliste).

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Chatillon O., Even C. « La dépression de l'antepartum : prévalence, diagnostic, traitement ». *L'Encéphale*, Décembre 2010, vol. 36, n°6, p. 443-451.
- [2] Kammerer M. et al. « Symptoms associated with the DSM IV diagnosis of depression in pregnancy and post partum ». *Arch Womens Ment Health*, Juin 2009, vol. 12, n°3, p. 135-141.
- [3] Bennett H. A. et al. « Prevalence of depression during pregnancy: systematic review ». *Obstet Gynecol*, Avril 2004, vol. 103, n°4, p. 698-709.
- [4] Moses-Kolko E. L., Roth E. K. « Antepartum and post-partum depression: healthy mom, healthy baby ». *J Am Med Womens Assoc*, 2004, vol. 59, n°3, p. 181-191.
- [5] Dietz P. M. et al. « Clinically identified maternal depression before, during, and after pregnancies ending in live births ». *Am J Psychiatry*, Octobre 2007, vol. 164, n°10, p. 1515-1520.
- [6] Isa Alfaraj A. M. A. et al. « Positive beliefs about rumination in depressed and non-depressed pregnant women: a preliminary investigation ». *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, Février 2009, vol. 27, n°1, p. 54-60.
- [7] Dennis C.-L., Allen K. « Interventions (other than pharmacological, psychosocial or psychological) for treating antenatal depression ». The Cochrane Collaboration, Dennis C-L (éd.). *Cochrane Database of Systematic Reviews* [En ligne]. Chichester, UK : John Wiley & Sons, Ltd, 2008. Disponible sur Internet : < <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006795.pub2> > (consulté le 24 mai 2012)
- [8] Dayan J. « Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse ». *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, Octobre 2007, vol. 36, n°6, p. 549-561.
- [9] De Tychey C. et al. « Prévalence de la dépression prénatale et stratégies de coping ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, Juillet 2004, vol. 52, n°5, p. 261-265.
- [10] Alder J. et al. « Identification of antenatal depression in obstetric care ». *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 19 mars 2011, vol. 284, n°6, p. 1403-1409.
- [11] Ross L. E., McLean L. M. « Anxiety disorders during pregnancy and the post-partum period: A systematic review ». *J Clin Psychiatry*, Août 2006, vol. 67, n°8, p. 1285-1298.
- [12] Kendell R. E., Chalmers J. C., Platz C. « Epidemiology of puerperal psychoses ». *Br J Psychiatry*, Mai 1987, vol. 150, p. 662-673.

- [13] Gaignic-Philippe R., Tordjman S. « Effets du stress pendant la grossesse sur le développement du bébé et de l'enfant ». *Archives de Pédiatrie*, Octobre 2009, vol. 16, n°10, p. 1355-1363.
- [14] Huizink A. C. et al. « Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy ». *J Child Psychol Psychiatry*, Septembre 2003, vol. 44, n°6, p. 810-818.
- [15] Flynn H. A., Blow F. C., Marcus S. M. « Rates and predictors of depression treatment among pregnant women in hospital-affiliated obstetrics practices ». *Gen Hosp Psychiatry*, Août 2006, vol. 28, n°4, p. 289-295.
- [16] Kelly R., Zatzick D., Anders T. « The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obstetrics ». *Am J Psychiatry*, Février 2001, vol. 158, n°2, p. 213-219.
- [17] Cooper W. O. et al. « Increasing use of antidepressants in pregnancy ». *Am. J. Obstet. Gynecol*, Juin 2007, vol. 196, n°6, p. 544.e1-5.
- [18] Lindahl V., Pearson J. L., Colpe L. « Prevalence of suicidality during pregnancy and the post-partum ». *Arch Womens Ment Health*, Juin 2005, vol. 8, n°2, p. 77-87.
- [19] Bunevicius A. et al. « Screening for antenatal depression with the Edinburgh Depression Scale ». *J Psychosom Obstet Gynaecol*, Décembre 2009, vol. 30, n°4, p. 238-243.
- [20] Favrelière S. et al. « Traitement par inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine de la dépression chez la femme enceinte : risques pour le fœtus et le nouveau-né ». *L'Encéphale*, Juin 2010, vol. 36, p. D133-D138.
- [21] Robertson E. et al. « Antenatal risk factors for post-partum depression: a synthesis of recent literature ». *Gen Hosp Psychiatry*, Août 2004, vol. 26, n°4, p. 289-295.
- [22] Rahman A., Creed F. « Outcome of prenatal depression and risk factors associated with persistence in the first post-natal year: prospective study from Rawalpindi, Pakistan ». *J Affect Disord*, Juin 2007, vol. 100, n°1-3, p. 115-121.
- [23] Boukobza C. « Louis Victor Marcé ». *Figures de la psychanalyse*, 2002, vol. 6, n°1, p. 253-254.
- [24] Howard L. M., Kirkwood G., Latinovic R. « Sudden infant death syndrome and maternal depression ». *J Clin Psychiatry*, Août 2007, vol. 68, n°8, p. 1279-1283.
- [25] Soufia M. et al. « ISRS et grossesse : revue de la littérature ». *L'Encéphale*, Décembre 2010, vol. 36, n°6, p. 513-516.
- [26] Mäki P. et al. « Criminality in the offspring of antenatally depressed mothers: a 33-year follow-up of the Northern Finland 1966 Birth Cohort ». *J Affect Disord*, Mai 2003, vol. 74, n°3, p. 273-278.
- [27] Dayan J., Yoshida K. « Thérapeutique des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse ». *Journal de Gynécologie*

Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Octobre 2007, vol. 36, n°6, p. 530-548.

- [28] Andrade S. E. et al. « Use of antidepressant medications during pregnancy: a multisite study ». *Am. J. Obstet. Gynecol*, Février 2008, vol. 198, n°2, p. 194.e1-5.
- [29] Nulman I. et al. « Child development following exposure to tricyclic antidepressants or fluoxetine throughout fetal life: a prospective, controlled study ». *Am J Psychiatry*, Novembre 2002, vol. 159, n°11, p. 1889-1895.
- [30] Whitby D. H., Smith K. M. « The use of tricyclic antidepressants and selective serotonin reuptake inhibitors in women who are breastfeeding ». *Pharmacotherapy*, Mars 2005, vol. 25, n°3, p. 411-425.
- [31] Bydlowski M. « Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne ». *Devenir* [En ligne], 2001, vol. 13, n°2, p. 41. Disponible sur Internet : < <http://dx.doi.org/10.3917/dev.012.0041> > (consulté le 27 mai 2012)
- [32] Spinelli M. G., Endicott J. « Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women ». *Am J Psychiatry*, Mars 2003, vol. 160, n°3, p. 555-562.
- [33] Clatworthy J. « The effectiveness of antenatal interventions to prevent post-natal depression in high-risk women ». *Journal of Affective Disorders*, Mars 2012, vol. 137, n°1-3, p. 25-34.
- [34] American Psychiatric Association. Committee on Electroconvulsive Therapy, Weiner R. D. *The practice of electroconvulsive therapy : recommendations for treatment, training, and privileging : a task force report of the American Psychiatric Association*. Washington, D.C. : American Psychiatric Association, 2001. ISBN : 0890422060 9780890422069.
- [35] Mautner E. et al. « Quality of life outcomes in pregnancy and post-partum complicated by hypertensive disorders, gestational diabetes, and preterm birth ». *J Psychosom Obstet Gynaecol*, Décembre 2009, vol. 30, n°4, p. 231-237.
- [36] Dennis C.-L., Ross L. E., Herxheimer A. « Oestrogens and progestins for preventing and treating post-partum depression ». *Cochrane Database Syst Rev* [En ligne]. 2008. n°4, p. CD001690. Disponible sur Internet : < <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001690.pub2> > (consulté le 25 mai 2012)
- [37] Oppo A. et al. « Risk factors for post-partum depression: the role of the Post-partum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R). Results from the Perinatal Depression-Research & Screening Unit (PNDRReScU) study ». *Arch Womens Ment Health*, Août 2009, vol. 12, n°4, p. 239-249.
- [38] O'hara M. W., Swain A. M. « Rates and risk of post-partum depression—a meta-analysis ». *International Review of Psychiatry*, Janvier 1996, vol. 8, n°1, p. 37-54.

- [39] Austin M.-P., Lumley J. « Antenatal screening for post-natal depression: a systematic review ». *Acta Psychiatr Scand*, Janvier 2003, vol. 107, n°1, p. 10-17.
- [40] Smith E. J., Lui S., Terplan M. « Pharmacologic interventions for pregnant women enrolled in alcohol treatment ». *Cochrane Database Syst Rev* [En ligne]. 2009. n°3, p. CD007361. Disponible sur Internet : < <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007361.pub2> > (consulté le 25 mai 2012)
- [41] Doggett C., Burrett S., Osborn D. A. « Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem ». *Cochrane Database Syst Rev* [En ligne]. 2005. n°4, p. CD004456. Disponible sur Internet : < <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004456.pub2> > (consulté le 25 mai 2012)
- [42] Bastien V., Braconnier M., De Tychey C. « Dépression post-natale: facteurs de risque et modalités de prévention ». *L'Évolution Psychiatrique*, 1999, vol. 64, n°2, p. 289-307.
- [43] Pitt B. « « Atypical » depression following childbirth ». *Br J Psychiatry*, Novembre 1968, vol. 114, n°516, p. 1325-1335.
- [44] Dayan J., Andro G., Dugnat M. *Psychopathologie de la périnatalité*. Paris : Masson, 1999. ISBN : 2225828857 9782225828850.
- [45] M'Baïlara K. et al. « Le baby blues : caractérisation clinique et influence de variables psycho-sociales ». *L'Encéphale*, Juin 2005, vol. 31, n°3, p. 331-336.
- [46] Stein G. « The maternity blues ». In : Brockington I, Kumar R. *Motherhood and mental illness*. London : Academic Press, 1982. p. 119-54.
- [47] Yalom I. D. et al. « « Post-partum blues » syndrome. A description and related variables ». *Arch. Gen. Psychiatry*, Janvier 1968, vol. 18, n°1, p. 16-27.
- [48] Beck C. T. « Predictors of post-partum depression: an update ». *Nurs Res*, Octobre 2001, vol. 50, n°5, p. 275-285.
- [49] Matthey S. et al. « Diagnosing post-partum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? ». *J Affect Disord*, Avril 2003, vol. 74, n°2, p. 139-147.
- [50] Cohn J. F., Tronick E. Z. « Three-month-old infants' reaction to simulated maternal depression ». *Child Dev*, Février 1983, vol. 54, n°1, p. 185-193.
- [51] Milgrom J. et al. « A randomized controlled trial of psychological interventions for post-natal depression ». *Br J Clin Psychol*, Novembre 2005, vol. 44, n°Pt 4, p. 529-542.
- [52] Lebovici S. « [The Bertrand Cramer and Francisco Palacio-Espasa method of mother-infant psychotherapy] ». *Psychiatr Infant*, 1994, vol. 37, n°2, p. 415-427; discussion 429-441.
- [53] Kumar R., Robson K. M. « A prospective study of emotional disorders in childbearing women ». *Br J Psychiatry*, Janvier 1984, vol. 144, p. 35-47.

- [54] Hewitt C. et al. « Methods to identify post-natal depression in primary care: an integrated evidence synthesis and value of information analysis ». *Health Technol Assess*, Juillet 2009, vol. 13, n°36, p. 1-145, 147-230.
- [55] Beck C. T., Gable R. K. « Comparative analysis of the performance of the Post-partum Depression Screening Scale with two other depression instruments ». *Nurs Res*, Août 2001, vol. 50, n°4, p. 242-250.
- [56] Teissedre F., Chabrol H. « Etude de l'EPDS (Echelle post-natale d'Edinburgh) chez 859 mères: dépistage des mères à risque de développer une dépression du post-partum. ». *L'Encéphale*, Août 2004, vol. 30, n°4, p. 376-381.
- [57] « Haute Autorité de Santé - Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées ». Haute Autorité de Santé [En ligne], Mai 2007. Disponible sur Internet : < http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_547976/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees > (consulté le 25 mai 2012)
- [58] « Le plan Périnatalité 2005-2007 : Humanité, proximité, sécurité, qualité ». Ministère en charge de la santé [En ligne], 10 Novembre 2004. Disponible sur Internet : < <http://www.sante.gouv.fr/perinatalite.html> > (consulté le 25 mai 2012)
- [59] « Circulaire DHOS/DGS/O2/6 C no 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité - Introduction ». Législation PSY [En ligne], 19 Octobre 2005. Disponible sur Internet : < <http://www.legislation-psy.com/spip.php?article1109> > (consulté le 25 mai 2012)
- [60] « Haute Autorité de Santé - Préparation à la naissance et à la parentalité ». Haute Autorité de Santé [En ligne], Novembre 2005. Disponible sur Internet : < http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272500/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite > (consulté le 25 mai 2012)
- [61] « Haute Autorité de Santé - Comment mieux informer les femmes enceintes ? ». Haute Autorité de Santé [En ligne], Avril 2005. Disponible sur Internet : < http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_454394/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes > (consulté le 27 mai 2012)
- [62] « Association de Formation et de Recherche sur l'Enfant et son Environnement » [En ligne]. Disponible sur Internet : < <http://www.afree.asso.fr/circulaire.htm> > (consulté le 25 mai 2012)
- [63] « Carnet de santé maternité ». Service-public.fr [En ligne], 1er Juillet 2011. Disponible sur Internet : < <http://vosdroits.service-public.fr/F17365.xhtml#N10002> > (consulté le 25 mai 2012)
- [64] Guédeney N., Fermanian J., Guelfi J.D. « Premiers résultats de la traduction de l'EPDS sur une population parisienne. ». *Devenir*, 1995, vol. 7, n°2, p. 69-92.
- [65] Cox J. L., Holden J. M., Sagovsky R. « Detection of post-natal depression. Development of the 10-item Edinburgh Post-natal Depression Scale ». *Br J Psychiatry*, Juin 1987, vol. 150, p. 782-786.

- [66] Murray L., Carothers A. D. « The validation of the Edinburgh Post-natal Depression Scale on a community sample ». *Br J Psychiatry*, Août 1990, vol. 157, p. 288-290.
- [67] Guedeney N., Fermanian J. « Validation study of the French version of the Edinburgh Post-natal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties ». *Eur. Psychiatry*, 1998, vol. 13, n°2, p. 83-89.
- [68] Murray D., Cox J.L. « Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Post-natal Depression Scale (EPDS) ». *Journal of Reproductive Infant Psychology*, 1990, vol. 8, p. 99-107.
- [69] Gibson J. et al. « A systematic review of studies validating the Edinburgh Post-natal Depression Scale in antepartum and post-partum women ». *Acta Psychiatr Scand*, Mai 2009, vol. 119, n°5, p. 350-364.
- [70] Su K.-P. et al. « Different cutoff points for different trimesters? The use of Edinburgh Post-natal Depression Scale and Beck Depression Inventory to screen for depression in pregnant Taiwanese women ». *Gen Hosp Psychiatry*, Octobre 2007, vol. 29, n°5, p. 436-441.
- [71] De Tychey C. et al. « Pre- and post-natal depression and coping: a comparative approach ». *Journal of Affective Disorders*, Avril 2005, vol. 85, n°3, p. 323-326.
- [72] Adouard F., Glangeaud-Freudenthal N. M. C., Golse B. « Validation of the Edinburgh post-natal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France ». *Arch Womens Ment Health*, Juin 2005, vol. 8, n°2, p. 89-95.
- [73] Ballard C. G. et al. « Prevalence of post-natal psychiatric morbidity in mothers and fathers ». *Br J Psychiatry*, Juin 1994, vol. 164, n°6, p. 782-788.
- [74] Lloyd-Williams M., Friedman T., Rudd N. « Criterion validation of the Edinburgh post-natal depression scale as a screening tool for depression in patients with advanced metastatic cancer ». *J Pain Symptom Manage*, Octobre 2000, vol. 20, n°4, p. 259-265.
- [75] Cox J. L. et al. « Validation of the Edinburgh Post-natal Depression Scale (EPDS) in non-post-natal women ». *J Affect Disord*, 29 juillet 1996, vol. 39, n°3, p. 185-189.
- [76] Filliette-Dewaele P. *Représentation globale, dépistage et prise en charge de la dépression du post-partum : enquête auprès des médecins généralistes du Nord*. Thèse d'exercice de médecine. Lille : Université du droit et de la santé, 2009. 83 p.
- [77] Keromnes-Charreau A. *Connaissances, difficultés et attentes des généralistes du Finistère face à la dépression du post-partum : enquête quantitative réalisée en 2007 auprès de 200 médecins généralistes finistériens*. Thèse d'exercice de médecine. Brest : Université de Bretagne occidentale, 2008. 153 p.
- [78] « Site des Pages jaunes » [En ligne]. Disponible sur Internet: < <http://www.pagesjaunes.fr> > (consulté le 25 mai 2012)

- [79] Gaugue-Finot J. et al. « Repérage de la dépression prénatale dans un échantillon de femmes françaises : liens avec la détresse psychologique, l'anxiété et le soutien social perçu ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, Novembre 2010, vol. 58, n°8, p. 441-447.
- [80] Swalm D. et al. « Using the Edinburgh post-natal depression scale to screen for perinatal anxiety ». *Arch Womens Ment Health*, Décembre 2010, vol. 13, n°6, p. 515-522.
- [81] Brouwers E. P., Van Baar A. L., Pop V. J. « Does the Edinburgh Post-natal Depression Scale measure anxiety? ». *J Psychosom Res*, Novembre 2001, vol. 51, n°5, p. 659-663.
- [82] Jomeen J., Martin C. R. « Replicability and stability of the multidimensional model of the Edinburgh Post-natal Depression Scale in late pregnancy ». *J Psychiatr Ment Health Nurs*, Mai 2007, vol. 14, n°3, p. 319-324.
- [83] « Insee - Définitions et méthodes - Nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS) ». Insee [En ligne]. Disponible sur Internet : < <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/pcs2003/pcs2003.htm> > (consulté le 29 mai 2012)
- [84] Falissard B. *Mesurer la subjectivité en santé : perspective méthodologique et statistique*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2008. 203 p. ISBN : 9782294703171 2294703170.
- [85] Falissard B. *Comprendre et utiliser les statistiques dans les sciences de la vie*. Paris : Masson, 2005. 380 p. ISBN : 2294018508 9782294018503.
- [86] Righetti-Veltema M. et al. « Construction et validation multicentrique d'un questionnaire pré-partum de dépistage de la dépression post-partum ». *La psychiatrie de l'enfant*, 2006, vol. 49, n°2, p. 513.
- [87] Buist A. et al. « Acceptability of routine screening for perinatal depression ». *Journal of Affective Disorders*, Juillet 2006, vol. 93, n°1-3, p. 233-237.
- [88] « Les médecins au 1er janvier 2012 ». Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - Ministère des affaires sociales et de la santé [En ligne], 23 Février 2012. Disponible sur Internet : < <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-medecins-au-1er-janvier-2012,10479.html> > (consulté le 28 mai 2012)
- [89] « Atlas régionaux 2011 ». Conseil National de l'Ordre des Médecins [En ligne], 15 Novembre 2011. Disponible sur Internet : < <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1128/> > (consulté le 29 mai 2012)
- [90] « Insee - Population - Fécondité totale, fécondité selon le groupe d'âges de la mère et âge moyen des mères à l'accouchement ». Insee [En ligne]. Disponible sur Internet : < http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=bilandemo3 > (consulté le 28 mai 2012)

- [91] « Bénéficiaires de la CMU de base et de la CMU complémentaire par régions ». La Documentation CMU [En ligne]. Disponible sur Internet : < <http://www.cmu.fr/site/cmu.php4?Id=3&cat=75> > (consulté le 28 mai 2012)
- [92] « Insee - Enseignement-Éducation - Diplôme le plus élevé obtenu selon l'âge et le sexe en 2010 ». Insee [En ligne]. Disponible sur Internet : < http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATCCF07235 > (consulté le 28 mai 2012)
- [93] « Insee - Travail-Emploi - Une photographie du marché du travail en 2010 ». Insee [En ligne]. Disponible sur Internet: < http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1391 > (consulté le 28 mai 2012)
- [94] « Insee - Travail-Emploi - Taux de chômage localisés trimestriels (en moyenne trimestrielle - données CVS) : comparaisons régionales ». Insee [En ligne]. Disponible sur Internet : < http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=t_0707R > (consulté le 28 mai 2012)
- [95] « Insee - Travail-Emploi - Taux de chômage localisés trimestriels (en moyenne trimestrielle - données CVS) : comparaisons départementales ». Insee [En ligne]. Disponible sur Internet : < http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=t_0707D > (consulté le 28 mai 2012)
- [96] Choi S. K. et al. « The simplified Edinburgh Post-natal Depression Scale (EPDS) for antenatal depression: is it a valid measure for pre-screening? ». *Int J Med Sci*, 2012, vol. 9, n°1, p. 40-46.
- [97] Manzano J., Righetti-Veltima M., Conne Perreard E. « Le syndrome de dépression du pré-partum: résultat d'une recherche sur les signes précurseurs de la dépression du post-partum ». *Psychiatrie de l'enfant*, 1997, vol. 40, n°2, p. 533-552.
- [98] Eberhard-Gran M. et al. « Review of validation studies of the Edinburgh Post-natal Depression Scale ». *Acta Psychiatr Scand*, Octobre 2001, vol. 104, n°4, p. 243-249.
- [99] Poinso F. et al. « Dépressions du post-partum : délimitation d'un groupe à haut risque dès la maternité, évaluation prospective et relation mère-bébé ». *La psychiatrie de l'enfant*, 2001, vol. 44, n°2, p. 379-413.
- [100] Gerardin P. « Spécificité et enjeux de la dépression de la grossesse. Principaux résultats d'une recherche longitudinale sur les dépressions du péri-partum, du troisième trimestre de grossesse au 12e mois de l'enfant ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, Mars 2012, vol. 60, n°2, p. 138-146.
- [101] Ibanez G. et al. « Depression and anxiety in women during pregnancy and neonatal outcome: Data from the EDEN mother-child cohort ». *Early Human Development*, Février 2012. Disponible sur Internet : < <http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2012.01.014> > (consulté le 29 mai 2012)

- [102] Melchior M. et al. « Maternal depression, socioeconomic position, and temperament in early childhood: The EDEN mother–child cohort ». *Journal of Affective Disorders*, Mars 2012, vol. 137, n°1-3, p. 165-169.
- [103] Dugravier R., Guedeney A. et al. « Compétences parentales et attachement dans la petite enfance : diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et promotion de la résilience (CAPEDP) : une étude longitudinale de prévention précoce des troubles de la relation mère–enfant ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, Septembre 2009, vol. 57, n°6, p. 482-486.
- [104] Guedeney A. et al. « Infant rhythms versus parental time: Promoting parent–infant synchrony ». *Journal of Physiology-Paris*, Décembre 2011, vol. 105, n°4-6, p. 195-200.
- [105] « La politique de périnatalité, l'urgence d'une remobilisation ». Cour des comptes [En ligne], Février 2012. Disponible sur Internet : < <http://www.ccomptes.fr/> > (consulté le 29 mai 2012)

FICHE DE THESE

Etudiant: <u>Asdaghi Parissa</u> Tuteur: <u>Joly Serge</u> Directeur de thèse: <u>Dr SANTANA Pascale</u> Rapporteur 1: <u>Baumann Laurence</u> Rapporteur 2:	
date de soumission du projet	15/06/2009
Thème	Manifestations anxieuses et dépressives au cours de la grossesse.
Justification	La dépression du post-partum est un problème bien connu, qui touche environ 10% des patientes, dont le diagnostic pourrait être anticipé. Les conséquences possibles sur l'état de santé de la mère (passage à la chronicité, récurrences lors de grossesses ultérieures), et de l'enfant (difficulté en termes d'attachement et de performance cognitive) justifient le repérage précoce de ces troubles. Parmi les principaux facteurs de risque de blues et de dépression du post-partum, figurent les manifestations anxieuses et dépressives en période prénatale. Une vigilance accrue au cours de la grossesse, un dépistage précoce des troubles psychiques par le médecin généraliste, interlocuteur privilégié de ces patientes, permettraient d'identifier les femmes à risque de dépression du post-partum et donc de leur proposer un accompagnement psychologique et un soutien social durant la grossesse qui serait efficace pour réduire la prévalence de la dépression du post-partum.
Objectifs	L'objectif stratégique général est de promouvoir la prévention du blues et surtout la dépression du post-partum en prenant en charge suffisamment tôt les troubles psychiques au cours de la grossesse. L'objectif principal est de tester la faisabilité d'un dépistage systématique des manifestations anxieuses et dépressives au cours de la grossesse par le médecin généraliste. Les objectifs secondaires sont de : • proposer une aide au diagnostic par l'élaboration d'un questionnaire (outil de dépistage simple des troubles psychiques durant la grossesse) adapté à la médecine générale, • évaluer la satisfaction des médecins généralistes concernant ce questionnaire comparé à l'EPDS (questionnaire actuellement validé mais vraisemblablement peu adapté à la pratique ambulatoire).
Hypothèse	Le questionnaire actuellement validé pour le dépistage des troubles de l'humeur durant la grossesse (questionnaire EPDS) est peu adapté à la pratique ambulatoire de la MG (il comporte 10 questions à choix multiples). L'on suppose qu'un questionnaire simplifié serait plus acceptable pour les médecins généralistes, et permettrait néanmoins de dépister des troubles de l'humeur.
Question	Un questionnaire élaboré spécifiquement pour la médecine générale constitue-t-il une aide au diagnostic des troubles psychiques au cours de la grossesse, du point de vue des médecins utilisateurs ? L'acceptabilité d'un tel questionnaire est-elle meilleure en médecine générale que celle de l'EPDS ?
Méthode	On constituera deux groupes de 15 médecins chacun, répartis aléatoirement entre le bras « EPDS » et le bras « questionnaire spécifique MG ». Chaque médecin inclura les dix premières patientes

	enceintes qu'il recevra après le démarrage du recueil de données. Pour chaque patiente incluse, le médecin renseignera sur une échelle visuelle analogique sa propre estimation clinique de l'existence de troubles de l'humeur chez la patiente, ceci avant que la patiente ne renseigne le questionnaire testé (EPDS ou « questionnaire adapté MG »). A l'issue de la période d'inclusion, un questionnaire unique « médecin » sera renseigné par chaque médecin et permettra de recueillir son opinion sur l'acceptabilité et le caractère utile ou non de l'outil de dépistage qu'il a utilisé. Le traitement statistique comportera notamment • une comparaison de l'acceptabilité des deux outils pour les médecins, • pour chacun des outils, un analyse de l'écart entre estimation clinique par le médecin et résultat du dépistage grâce à l'outil.
Bibliographie	- Jalenques I, Legrand G. Blues et dépression du post-partum. La revue du praticien 2009, volume 59 :499-506. - Comment mieux informer les femmes enceintes. Recommandations pour les pratiques professionnelles, HAS avril 2005.
Recrutement des investigateurs	☐ Je souhaite solliciter pour ce projet des investigateurs maîtres de stage sur toute l'île de France et dépose pour cela une demande auprès de la COMMISSION IDF D'HARMONISATION DES THESES ☐ Je souhaite pour ce projet la collaboration des investigateurs maîtres de stage de Paris DIDEROT ☒ Je me charge de recruter les investigateurs pour mon projet (par exemple ils seront tirés au sort, ou bien je les trouverai seul(e), ou bien j'utiliserai un réseau de soins...) ☐ Ce projet ne nécessite pas d'investigateurs médecins généralistes
observations du rapporteur 1 (Laurence Baumann)	Le rapporteur 1 n'a pas encore rédigé ses observations.
Proposition du rapporteur 1 (Laurence Baumann)	La proposition du rapporteur 1 n'est pas encore rédigée. Le rapporteur 1 pourra faire une proposition lorsqu'il aura rédigé au préalable ses observations sur ce projet.
observations du rapporteur 2 ()	Le rapporteur 2 n'a pas encore rédigé ses observations
Proposition du rapporteur 2 ()	La proposition du rapporteur 2 n'est pas encore rédigée. Le rapporteur 2 pourra faire une proposition lorsqu'il aura rédigé au préalable ses observations sur ce projet.
Décision de la commission	agréé
Date de la décision	18/06/2009
Observations de la commission	Excellent projet. L'objectif stratégique n'est pas pertinent pour un travail de thèse. La validation d'une échelle suppose que les deux outils soient proposés aux mêmes patientes. La méthodologie de validation des échelles fait l'objet de publications existantes qui doivent être consultées.

SUMMARY

Screening for anxiety and depressive disorders during pregnancy: evaluation of a questionnaire for General Practitioners

INTRODUCTION: Post-partum depression, which is principally triggered by anxiety and depressive disorders during pregnancy, affects 13% of women, and can have serious consequences on the development of the child and its family. Health professionals diagnose only a minority of affected women. Preventative diagnosis during pregnancy, although possible, is limited due to the time necessary to complete and analyse existing screening tests, such as the Edinburgh Post-natal Depression Scale (EPDS).

OBJECTIVE: Develop a simplified questionnaire (GPSY) based on the EPDS, and evaluate its effectiveness in assisting general practitioners screen for anxiety and depressive disorders during pregnancy.

METHOD: Observational study conducted with the assistance of 42 general practitioners in the Ile-de-France region. 341 women, who came in for consultations for whatever motive at any time during their pregnancy, were administered the EPDS and GPSY questionnaires. Women with a prior psychiatric history were excluded from the study.

RESULTS: 91 women (26,7%, IC 95% [22,1-31,8]) scored positive for depression during pregnancy on the EPDS scale (equal or greater to 11). By creating a simplified scoring system with the GPSY (one point per affirmative response, for a potential maximum of five points), a significant association between the GPSY and EPDS was obtained from two or more points (sensitivity: 85%, specificity: 82%, positive predictive value: 63%, negative predictive value: 94%).

CONCLUSION: The constructed GPSY questionnaire (if validated) is an efficient pre-screening tool for anxiety and depressive disorders during pregnancy, with a threshold of two positive responses.

Keywords: Depression, Pregnancy, Post-partum, Screening, Edinburgh Post-natal Depression Scale, General Medicine.

RESUME

INTRODUCTION : La dépression du post-partum, dont le principal facteur de risque est un trouble anxio-dépressif au cours de la grossesse, touche 13% des femmes, et peut être lourde de conséquences sur le développement de l'enfant et sa famille. Seule une minorité de femmes enceintes en souffrant est identifiée par les professionnels de santé. Son diagnostic pourrait être anticipé en anténatal, mais les tests de dépistage existant comme l'*Edinburgh Post-natal Depression Scale* (EPDS) requièrent du temps pour être complétés et interprétés. Ceci est un obstacle majeur au dépistage de la dépression gravidique.

BUT DE L'ETUDE : Construire un questionnaire simplifié (GPSY) à partir de l'EPDS et évaluer son aide au dépistage des troubles anxio-dépressifs pendant la grossesse par les médecins généralistes.

METHODES : Enquête observationnelle réalisée à l'aide de 42 médecins généralistes de la région Ile-de-France ayant interrogé, avec les deux questionnaires EPDS et GPSY, 341 femmes enceintes se présentant à leur consultation quels que soient le terme de grossesse et le motif de consultation. Les femmes ayant des antécédents personnels psychiatriques étaient exclues de l'étude.

RESULTATS : 91 femmes (26,7%, IC 95% [22,1-31,8]) avaient un score EPDS positif (supérieur ou égal à 11), en faveur d'une dépression gravidique. En donnant un score simple au GPSY (un point par réponse positive, soit un total maximum de cinq points), la meilleure association entre GPSY et EPDS était obtenue pour un score-seuil de deux réponses positives ou plus (sensibilité : 85%, spécificité : 82%, valeur prédictive positive : 63%, valeur prédictive négative : 94%).

CONCLUSION : Le questionnaire GPSY élaboré (sous réserve de validation) est un bon outil de pré-dépistage des troubles anxio-dépressifs de la grossesse avec un seuil de deux réponses positives.

Mots-clés : Dépression, Grossesse, Post-partum, Dépistage, *Edinburgh Post-natal Depression Scale*, Médecine générale.

PERMIS D'IMPRIMER

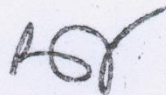
VU :

Le Président de thèse
 Université ...PARIS DIDEROT...
 Le Professeur LUTON

VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine
 Université Paris Diderot - Paris 7
 Professeur Benoît Schlemmer

Date 14/6/2012




VU ET PERMIS D'IMPRIMER
 Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
 et par délégation

Le Doyen



Benoît SCHLEMMER