

L'ÉCHELLE DE DÉPRESSION POSTNATALE D'EDIMBOURG: VALIDITÉ AU QUÉBEC AUPRÈS DE FEMMES DE STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUE FAIBLE

CATHERINE DES RIVIÈRES-PIGEON, LOUISE SÉGUIN,
JEAN-MARC BRODEUR, MICHEL PERREAULT,
Université de Montréal

GINETTE BOYER, CHRISTINE COLIN
Direction de la santé publique de Montréal-Centre

et

LISE GOULET
Université de Montréal

RÉSUMÉ

Cet article évalue la validité de construit et la fiabilité d'une version québécoise de l'échelle de dépression postnatale d'Edimbourg (EPDS) auprès d'une population de mères de statut socio-économique faible. Cette échelle a été conçue spécifiquement pour mesurer la symptomatologie dépressive des mères à la période postnatale dans le but de pallier les problèmes de validité apparente que peuvent comporter les échelles conçues pour une population générale. Deux cent vingt-quatre mères recrutées dans le cadre du programme intégré de prévention et de promotion en périnatalité «Naitre égaux, grandir en santé» (Martin & Boyer, 1995) ont répondu à l'EPDS entre le 22^e et le 35^e jour postpartum. L'analyse factorielle confirmative, effectuée avec LISREL, fait ressortir un modèle à 2 facteurs, le premier reflétant la présence de symptômes dépressifs et le second, celle d'anxiété cognitive. Cette structure est différente de celle proposée par Cox, Holden et Sagovsky (1987), auteurs et auteures de l'EPDS. Elle correspond cependant aux résultats d'autres auteures et auteurs qui se sont penchés sur la structure factorielle de l'EPDS en utilisant l'analyse factorielle confirmative (Pop, Komproe, & van Son, 1992) et est le signe d'une bonne validité de construit. La fiabilité de l'instrument s'est également révélée satisfaisante, avec un indice alpha de Cronbach de 0,82 pour l'ensemble des questions.

L'échelle de dépression postnatale d'Edimbourg (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987) est un instrument conçu pour mesurer la symptomatologie dépressive chez les mères à la période postnatale. Cette échelle auto-administrée a été développée pour le dépistage de la dépression avec le souci particulier de paraître acceptable à des nouvelles mères qui ne se perçoivent pas comme déprimées. Bien qu'elle ait été conçue pour un usage clinique, ses auteurs et auteures la considèrent tout aussi utile dans un contexte de

Les auteurs et auteures tiennent à remercier Danielle Amado et Abderrahmane Maaroufi pour leur participation à l'analyse des données.

recherche (Cox, 1994). Comme elle ne comporte que 10 items, l'EPDS constitue un instrument à la fois simple et rapide à administrer.

Développée en Grande-Bretagne, l'EPDS y a fait l'objet de plusieurs études mesurant sa fiabilité et sa capacité à détecter la présence de dépression chez les nouvelles mères (Cox et al., 1987; Harris, Huckle, Thomas, Johns, & Fung, 1989; Murray & Carothers, 1990). La fiabilité et la validité de critère de cette échelle dans diverses langues et contextes ont par la suite été mesurées lorsque son utilisation s'est étendue à d'autres pays, en Europe tout d'abord, puis ailleurs dans le monde (Areias, Kumar, Barros, & Figueiredo, 1996; Boyce, Stubbs, & Todd, 1993; Jadresic, Araya, & Jara, 1995; Lundh & Gyllang, 1993; Wickberg & Hwang, 1996). La validité concourante de l'EPDS a également fait l'objet d'étude (Boyce et al.; Wickberg & Hwang; Pop, Komproe, & van Son, 1992) mais peu d'auteurs et d'auteures se sont penchés sur la structure interne de l'échelle.

L'EPDS est encore peu utilisée en Amérique du Nord. La validité et la fiabilité d'une version française de cette échelle, adaptée au Québec, n'ont donc pas été mesurées dans leur totalité. L'objectif de cet article est d'évaluer la validité de construit et la fiabilité d'une version québécoise de cet instrument auprès d'une population de mères de statut socio-économique faible. Nous nous pencherons, dans un premier temps, sur le concept de dépression postnatale et les caractéristiques de l'EPDS. Dans un deuxième temps, nous analyserons la structure factorielle de l'EPDS à l'aide d'une analyse factorielle confirmative et nous mesurerons sa cohérence interne.

La dépression postnatale

La dépression postnatale est très souvent définie par la négative: il ne s'agit ni des «bleus», état dépressif de courte durée qui survient couramment après une naissance, ni de la psychose postpartum, rare mais dramatique, qui fait perdre le contact avec la réalité et peut parfois mener à l'infanticide (Albright, 1993; Neter, Collins, Lobel, & Dunkel-Schetter, 1995). L'expression «dépression postnatale» ne figure pas spécifiquement parmi les diagnostics du *Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV)* de l'American Psychiatric Association (1994). Elle réfère aux symptômes permettant de poser un diagnostic d'«épisode dépressif majeur» lorsqu'ils sont présents dans l'année qui suit une naissance. Cependant, le caractère spécifique du moment au cours duquel la dépression postnatale est vécue peut remettre en question la validité des instruments de mesure qui n'y sont pas spécifiquement adaptés.

Ainsi, trois caractéristiques de l'année qui suit l'accouchement soulèvent des interrogations quant à la validité de l'utilisation d'échelles conçues pour l'ensemble de la population lorsqu'elles sont utilisées pour mesurer la symptomatologie dépressive auprès de nouvelles mères. La première concerne les transformations physiques que vivent les femmes après un accouchement. En effet, la présence d'éléments somatiques de la dépression dans les échelles traditionnelles est souvent perçue comme nuisant à leur validité car les symptômes mesurés, tels les problèmes de sommeil, la perte de poids ou le manque d'appétit sexuel, par exemple, sont fréquents chez les nouvelles mères. Pour cette raison, plusieurs auteurs et auteures préfèrent retirer les items associés à ces symptômes somatiques des échelles courantes comme la Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, Ward,

Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961), la Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) (Radloff, 1977) et la General Health Questionnaire (GHQ) (Goldberg, 1972) lorsqu'elles sont utilisées auprès de nouvelles mères, ou encore les analyser séparément.

La seconde caractéristique susceptible d'affecter la validité des mesures générales de dépression se rapporte aux changements majeurs qu'impose la présence d'un nouveau-né au rythme et aux habitudes de vie des personnes qui en prennent soin. Selon Cox et al. (1987), auteurs et auteures de l'EPDS, le contexte postnatal modifie la portée de plusieurs éléments non-somatiques des échelles classiques. Cox cite en exemple certaines des affirmations que l'on retrouve dans l'échelle HAD (Hospital Anxiety Depression Scale) (Zigmond & Snaith, 1983): «j'ai pris plaisir à lire un livre, à regarder la télévision», «j'ai l'impression d'être plus lent ou lente que d'habitude», «j'ai perdu de l'intérêt face à mon apparence» (Cox, 1994). Des telles affirmations manquent de validité apparente parce qu'elles prennent une signification différente chez les parents d'un petit enfant.

La période postnatale est, et c'est sa troisième caractéristique, spécifique par les conséquences sévères que la dépression peut entraîner, étant donné la grande vulnérabilité du nouveau-né et les soins constants qu'il requiert. Plusieurs auteures et auteurs soulignent que le dépistage précoce prend plus d'importance à cette période, d'autant plus qu'il est facilité par des rencontres généralement plus fréquentes avec le personnel médical (Cox, 1994). Le développement de mesures adaptées paraît donc souhaitable à ceux et celles qui considèrent qu'une utilisation large des échelles de dépression traditionnelles pose des problèmes d'acceptabilité auprès des nouvelles mères qui ne se perçoivent pas comme malades.

L'échelle de dépression postnatale d'Edimbourg

L'EPDS a été développée dans le but de pallier les problèmes de validité apparente et d'acceptabilité que comporteraient les échelles de mesure classiques de dépression lorsqu'utilisées après une naissance. À la suite d'une série d'études portant sur les aspects socioculturels de la maladie mentale à la période postnatale, le chercheur britannique John Cox et ses collègues (1987) ont créé cette échelle auto-administrée spécialement conçue pour mesurer simplement, rapidement et de façon valide la symptomatologie dépressive chez les nouvelles mères. Les auteurs et auteures se sont basés sur trois échelles existantes, la Symptoms of Anxiety and Depression Scale (SAD) (Bedford, Foulds, & Sheffield, 1978), la Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) (Zigmond & Snaith, 1983) et la Beck Depression Inventory (BDI) (Beck et al., 1961) pour construire l'EPDS. Cox et ses collègues ont tout d'abord éliminé les questions qui avaient un caractère somatique, qui étaient jugées trop intrusives, ou qui manquaient de validité apparente. Ils ont ensuite ajouté des éléments nouveaux. Une première échelle à 13 items a ainsi été construite et prétestée auprès d'une centaine de nouvelles mères. Cependant, suite aux résultats d'une analyse factorielle exploratoire préliminaire, trois items formant un facteur distinct du facteur principal «sentiments dépressifs» ont été retirés dans le but de faire de l'EPDS une échelle unidimensionnelle comportant 10 items. L'EPDS comprend donc 10 énoncés à partir desquels on note un degré d'adhésion sur une échelle de type Likert en 4 points (de 0, *absence de symptôme*, à 3, *symptôme*).

TABLEAU 1
Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Version originale anglaise	Version française tirée de Cox et al., 1994	Version québécoise utilisée dans cette recherche
In the past seven days:	Pendant la semaine qui vient de s'écouler:	Au cours des sept derniers jours:
1. I have been able to laugh and see the funny side of things:	1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté:	1. J'ai été capable de rire et voir le côté drôle des choses:
As much as I always could	Aussi souvent que d'habitude	Autant qu'auparavant
Not quite so much now	Pas tout à fait autant	Pas vraiment autant qu'auparavant
Definitely not so much now	Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci	Certainement pas autant qu'auparavant
Not at all	Absolument pas	Pas du tout
2. I have looked forward with enjoyment to things:	2. Je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir:	2*. Certaines personnes sont plus ou moins intéressées à la vie, mais moi, j'avais vraiment hâte de voir ce qui allait se passer dans les jours à venir:
As much as I ever did	Autant que d'habitude	Autant que d'habitude
Rather less than I used to	Plutôt moins de d'habitude	Un peu moins que d'habitude
Definitely less than I used to	Vraiment moins de d'habitude	Certainement moins que d'habitude
Hardly at all	Pratiquement pas	Presque pas
3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong:	3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal:	3. Je me suis blâmée sans raison quand les choses ont mal tourné:
Yes, most of the time	Oui, la plupart du temps	Oui, la plupart du temps
Yes, some of the time	Oui, parfois	Oui, parfois
Not very often	Pas très souvent	Pas très souvent
No, never	Non, jamais	Non, jamais
4. I have been anxious or worried for no good reason:	4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs:	4. J'ai été anxieuse ou inquiète sans bonne raison:
No, not at all	Non, pas du tout	Non, pas du tout
Hardly ever	Presque jamais	Presque jamais
Yes, sometimes	Oui, parfois	Oui, parfois
Yes, very often	Oui, très souvent	Oui, très souvent
5. I have felt scared or panicky for no good reason:	5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raison:	5. J'ai ressenti de la peur ou de la panique sans avoir une très bonne raison:
Yes, quite a lot	Oui, vraiment souvent	Oui, beaucoup
Yes, sometimes	Oui, parfois	Oui, parfois
No, not much	Non, pas très souvent	Non, pas beaucoup
No, not at all	Non, pas du tout	Non, pas du tout

TABLEAU 1 (suite)
Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Version originale anglaise	Version française tirée de Cox et al., 1994	Version québécoise utilisée dans cette recherche
6. Things have been getting on top of me: Yes, most of the time I haven't been able to cope at all Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual No, most of the time I have coped quite well No, I have been coping as well as ever	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	6. Je me suis sentie dépassée pas les événements*: Oui, la plupart du temps je n'ai pas été capable de m'organiser Oui, parfois j'ai eu plus de difficulté que d'habitude à m'organiser Non, la plupart du temps je me suis assez bien organisée Non, je me suis aussi bien organisée que d'habitude
7. I have been so unhappy that I have had difficulties sleeping: Yes, most of the time Yes, sometimes Not very often No, not at all	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	7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu de la difficulté à dormir: Oui, la plupart du temps Oui, parfois Pas très souvent Non, pas du tout
8. I have felt sad or miserable: Yes, most of the time Yes, quite often Not very often No, not at all	8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse: Oui, la plupart du temps Oui, parfois Pas très souvent Non, pas du tout	8*. Je me suis sentie triste ou «j'avais les bleus»: Oui, la plupart du temps Oui, assez souvent Pas très souvent Non, pas du tout
9. I have been so unhappy that I have been crying: Yes, most of the time Yes, quite often Only occasionally No, never	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	9. J'ai été tellement malheureuse que je pleurais: Oui, la plupart du temps Oui, assez souvent Pas très souvent Non, pas du tout
10. The thought of harming myself has occurred to me: Yes, quite often Only occasionally Hardly ever Never	10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal: Oui, très souvent Parfois Presque jamais Jamais	10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal: Oui, très souvent Parfois Presque jamais Jamais

* Les items portant des astérisques ont été légèrement modifiés par l'équipe de «Naître égaux, grandir en santé».

marqué). La somme des scores obtenus à chaque item permet d'obtenir un score final pouvant varier entre 0 et 30 points (voir le tableau 1). La structure factorielle de l'EPDS, dans sa forme finale de 10 items, n'a pas fait l'objet de publication. Comme l'EPDS a d'abord été conçue pour le dépistage, c'est sa validité pratique, ou de critère, que Cox et al. (1987) ont rapporté. Dans cette étude, 96 femmes ont complété l'EPDS à 6 semaines postpartum puis ont été évaluées par un médecin selon les Research Diagnosis Criteria de Spitzer, Endicott et Robins (1978) afin qu'un diagnostic psychiatrique de dépression soit posé. L'EPDS n'a pas été conçu à des fins diagnostiques, mais puisqu'elle est basée sur un ensemble de symptômes que l'on retrouve dans les cas cliniques, elle devrait permettre de discriminer entre les personnes déprimées et celles qui ne le sont pas. D'après cette étude, avec un seuil fixé à 13 points, la sensibilité de l'EPDS (proportion des femmes recevant un diagnostic de dépression correctement identifiées par l'échelle, soit des vrais positifs) est de 86% et sa spécificité (proportion de femmes non déprimées correctement identifiées par l'EPDS, donc vrais négatifs) de 78%. La fiabilité de l'échelle a été mesurée par un coefficient alpha de 0,87.

À notre connaissance, la structure interne de cet instrument n'a été évaluée que dans une seule étude, effectuée par Pop et al. (1992). Dans cette étude, une version hollandaise de l'EPDS, administrée à 293 nouvelles mères, a fait l'objet d'une analyse factorielle confirmative. Le modèle à facteur unique proposé par Cox et al. (1987) au moment de la création de l'EPDS ne s'est pas ajusté aux données ($\chi^2 = 250,4$; $p \leq 0,001$). Les auteurs concluent plutôt à une structure à deux facteurs corrélés, soit un facteur de «symptômes dépressifs» regroupant les items 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10 et un facteur d'«anxiété cognitive» pour les items 3, 4, 5 et 6.

Comme la structure factorielle de l'EPDS n'a que très peu été étudiée, c'est sur cet aspect que nous avons choisi de nous pencher pour nous renseigner sur la validité de construit de cette échelle. Notre étude vient compléter d'autres études québécoises qui ont analysé la validité de critère de l'EPDS (Lussier, David, Saucier, & Borgeat, 1996; Zelkowitz & Milet, 1995) pour établir les qualités métriques de cet instrument.

Nous avons choisi de mesurer la validité de construit et la fiabilité de l'EPDS auprès de nouvelles mères peu scolarisées vivant dans des conditions de pauvreté. Ce choix de cibler les mères de statut socio-économique faible, s'il limite le caractère généralisable de nos résultats, a l'avantage de mettre en lumière la capacité de cette échelle à être adaptée et comprise par l'un des groupes les plus susceptibles de développer une dépression. Il est en effet généralement reconnu que les problèmes de santé mentale sont plus fréquents chez les personnes socio-économiquement défavorisées; de nombreuses études tendent à démontrer un lien entre un faible statut socio-économique et la présence de dépression chez les femmes à la période postnatale (Hobfoll, Ritter, Lavin, Hulsizer, & Cameron, 1995; Hopkins, Marcus, & Campbell, 1984; Oakley, 1980; Saucier, Bernazzani, Borgeat, & David, 1995; Séguin, St-Denis, Loiseleur, & Potvin, 1993). La validité de l'EPDS dans une population défavorisée se révèle donc particulièrement importante tant dans un contexte clinique de prévention que dans celui d'une recherche visant les femmes qui ont un risque élevé de développer une symptomatologie dépressive.

MÉTHODE

Cette analyse de la structure factorielle et de la cohérence interne de l'EPDS a été faite à partir des données de l'étude d'évaluation du programme intégré de prévention et de promotion en périnatalité «Naître égaux, grandir en santé» (Martin & Boyer, 1995). Cette étude comprend un groupe expérimental recevant une intervention à la période prénatale et un groupe témoin. Pour les fins de cette analyse, les données provenant de ces deux groupes ont été traitées ensemble. La présence d'une intervention à la période prénatale pourrait avoir un impact sur la structure factorielle si les sujets des groupes expérimental et témoin présentaient des patrons de réponses différents au questionnaire (Comrey, 1978). Nous avons effectué des analyses préliminaires (test du χ^2) qui nous ont permis d'établir le caractère comparable de ces deux sous-échantillons en ce qui concerne les caractéristiques socio-démographiques des mères (âge, origine ethnique, revenu, parité), et leurs réponses aux questions de l'EPDS.

Traduction de l'instrument

L'EPDS a été traduite dans le cadre d'une étude portant sur les déterminants de la dépression postnatale chez les primipares défavorisées (Séguin et al., 1993). La version originale anglaise de l'échelle a été traduite en français par une première agente de recherche francophone. Cette version a été traduite de nouveau, en anglais cette fois, par une agente de recherche anglophone qui ne connaissait pas l'instrument dans sa forme initiale. La dernière version anglaise s'est révélée très proche de la version initiale.

L'équipe du programme «Naître égaux, grandir en santé» a adapté aux femmes vivant dans des conditions d'extrême pauvreté la version de l'EPDS développée par Séguin et al. (1993), qui est à son tour légèrement différente de la version française présentée par Cox et ses collègues dans le livre qu'ils ont publié sur l'EPDS (Cox & Holden, 1994). La version de l'équipe «Naître égaux, grandir en santé» est présentée dans le tableau 1.

Caractéristiques des participantes et procédure

L'échantillon est non probabiliste. Il comprend 224 femmes de statut socio-économique faible qui ont été recrutées à travers le CLSC, des affiches sur les babillards, les journaux locaux et le phénomène du «bouche à oreilles». Pour être incluses dans l'étude, les femmes devaient avoir moins de 11 ans de scolarité et un revenu familial inférieur au seuil de pauvreté tel qu'établi par Statistique Canada, et être enceintes de 16 à 22 semaines au moment de l'entrevue initiale pour l'admission au programme d'intervention en périnatalité. Les caractéristiques sociodémographiques des participantes sont décrites dans le tableau 2. Aucune restriction quant à l'âge, l'origine ethnique, le statut matrimonial et les conditions médicales n'était établie. Toutefois, les femmes détectées par une intervenante comme ayant des problèmes psychiatriques sévères et celles ayant une grossesse gémellaire ont été exclues de l'étude.

Les questionnaires ont été remplis par une agente de recherche qui a interrogé chaque participante à son domicile entre le 22^e et le 35^e jour après l'accouchement,

TABLEAU 2

Caractéristiques sociodémographiques des participantes (N=224)

Âge	18 ans et moins:	20%
	19 à 25 ans:	47%
	26 à 34 ans:	28%
	35 ans et plus:	5%
Revenu	Pauvreté:	15%
	Extrême pauvreté:	85%
Nombre d'enfants	Un (1) enfant:	44%
	Deux (2) enfants:	32%
	Trois (3) enfants et plus:	24%
Dernière année d'école complétée	Moins que secondaire 1:	7%
	Secondaire 1 ou 2:	33%
	Secondaire 3 ou 4:	60%
Lieu de naissance	Canadiennes d'origine:	92%
	Nées hors Canada:	8%

Pauvreté: sous le seuil de pauvreté établi par Statistique Canada.

Extrême pauvreté: moins de 60 % du seuil de pauvreté établi par Statistique Canada.

ayant obtenu leur consentement écrit. Bien que l'EPDS ait été conçue pour être auto-administrée, le mode d'administration oral a été préféré dans ce cas étant donné les difficultés qu'auraient pu ressentir certaines femmes peu scolarisées face aux documents écrits. Les auteurs qui ont comparé la validité d'un autre instrument, le BDI, dans ses versions orale et écrite, ont indiqué qu'un tel mode d'administration n'affectait pas de façon importante les réponses au questionnaire (O'Hara, Rehm, & Campbell, 1982). Les entrevues que nous avons analysées ont eu lieu entre le 3 février 1994 et le 28 février 1996.

Analyses

Dans un premier temps, nous avons effectué une analyse factorielle exploratoire (AFE) afin d'établir la structure factorielle du questionnaire. Cette analyse, qui a été faite avec rotation oblique et méthode PAF (*principal axis factoring*), a permis de suggérer des pistes de modèles qui ont par la suite fait l'objet d'une analyse confirmative. Le logiciel SPSS a été utilisé pour cette première partie de l'analyse.

Dans un deuxième temps, nous avons effectué une analyse factorielle confirmative (AFC). Ce type d'analyse permet d'évaluer la validité de l'instrument en tenant compte de la structure factorielle définie à priori (Jöreskog & Sörbom, 1993; Mueller, 1996). Puisque les données de l'instrument sont de nature catégorielle et ne sont pas distribuées selon une courbe normale, nous les avons transformées avec le logiciel Préliis 2 de façon à obtenir une matrice de corrélation polychorique et une matrice de covariance asymptotique. Ces deux matrices peuvent être utilisées pour offrir une meilleure estimation de l'ajustement des modèles puisque nous supposons que les données catégorielles à la base de l'analyse ont, de façon latente, un caractère continu et qu'elles sont distribuées normalement. L'AFC, effectuée avec LISREL, nous a permis de tester si la structure factorielle

hypothétique choisie s'ajuste aux données. Des estimés effectués selon la méthode *Weighted Least Squares* (WLS) ont fait l'objet de tests statistiques, soit des tests de t sur les coefficients de régression estimés entre les indicateurs et le facteur auquel ils sont associés, et un test général pour l'ajustement du modèle. Une analyse des indices basés sur les résidus a également été effectuée, afin de donner une indication de la force de l'explication. Enfin, des alpha de Cronbach (Cronbach, 1951) ont été calculés pour évaluer la fiabilité de l'instrument en mesurant sa cohérence interne.

RÉSULTATS

L'analyse factorielle exploratoire a permis de dégager deux facteurs corrélés: le premier, que l'on peut nommer «symptômes dépressifs», comprend les questions 1, 2, 7, 8, 9, 10, et le second, pouvant être nommé «anxiété cognitive», les questions 3, 4, 5 et 6.

Nous avons retenu ce premier modèle pour l'AFC. La métrique des deux variables latentes a été fixée à partir de celle de la question 9 pour le facteur symptômes dépressifs et de la question 5 pour celui d'anxiété cognitive, sur la base du lien théorique entre ces questions et le facteur auquel elles sont associées. Il a été nécessaire de libérer quatre paramètres supplémentaires pour assurer l'ajustement du modèle. Les questions 3 et 6 ont été reliées, en plus du facteur d'anxiété cognitive, à celui de symptômes dépressifs, et la question 10, en plus du facteur symptômes dépressifs, à celui d'anxiété cognitive. Nous avons enfin libéré un dernier paramètre permettant de corréliser les erreurs des questions 3 et 6.

Le modèle final comporte donc deux facteurs corrélés—le facteur «symptômes dépressifs», qui a comme indicateur les questions 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9 et 10, et le facteur d'«anxiété cognitive», qui regroupe les questions 3, 4, 5 et 6—ainsi qu'une corrélation entre les erreurs des questions 3 et 6 (voir tableau 3). Ce dernier modèle a été retenu puisqu'il est le plus parcimonieux parmi les modèles qui ajustent. En effet, lorsque l'on retire la saturation entre la question 10 et le facteur d'«anxiété cognitive» le modèle n'ajuste pas ($\chi^2=48,475$; $p=0,02$). Il en est de même pour le retrait de la corrélation entre les erreurs ($\chi^2=53,391$; $p=0,007$).

Tous les coefficients du modèle retenu sont significatifs et comportent des signes positifs, à l'exception du lien unissant la question 10 avec la variable latente d'anxiété cognitive. La corrélation positive significative entre les estimés des variables latentes indique que la présence de symptômes dépressifs est associée à celle d'anxiété cognitive. Le test du χ^2 central, parce qu'il est non-significatif, nous porte à croire que le modèle s'ajuste dans la population. Sa valeur est de 42,75 avec 30 degrés de liberté ($\chi^2 / dl = 1,4$) et une valeur de p de 0,06. Les indices basés sur les résidus tendent vers la même conclusion: la faiblesse de l'indice RMR (0,086) et la valeur élevée des indices GFI (0,981) sont des indicateurs d'un ajustement adéquat.

TABLEAU 3

Estimés LISREL par moindres carrés pondérés (WLS),
saturations et valeur des tests de t

Items	Modèle	
	facteur 1	facteur 2
1	0,75 (10,1)	
2	0,78 (12,0)	
3	0,41 (3,8)	0,47 (3,4)
4		1,00 (12,0)
5		1,00
6	0,47 (3,9)	0,32 (2,1)
7	0,86 (12,1)	
8	0,91 (16,9)	
9	1,00	
10	0,95 (3,9)	-0,58 (-2,0)
cor F1, F2: 0,56		
cor e3, e6: -0,16		
Chi: 42,75		
df: 30		
GFI: 0,981		
RMR: 0,086		
p.: 0,0616		

Tests de fidélité

Les indices alpha de Cronbach démontrent une bonne cohérence interne (Cronbach, 1951): leur valeur est de 0,77 pour le facteur «symptômes dépressifs» (questions 1, 2, 7, 8, 9, 10), de 0,72 pour le facteur «anxiété cognitive» (questions 3, 4, 5, 6) et de 0,82 pour l'ensemble des questions.

DISCUSSION

Les résultats de ces analyses exploratoires et confirmatives viennent appuyer l'hypothèse d'une structure à deux facteurs corrélés pour l'EPDS, lancée par Pop et al. en 1992 à la suite de leur étude évaluant la validité de cette échelle auprès d'une population hollandaise. La structure factorielle qui ressort de nos données se révèle en effet très semblable à celle présentée par ces auteurs. Il s'agit dans les deux cas d'une structure à deux facteurs corrélés, regroupant sensiblement les mêmes indicateurs. En effet, seule l'absence d'un second lien unissant la question 3 au facteur de symptômes dépressifs et la question 10 au facteur d'anxiété, et la présence de corrélations supplémentaires entre les erreurs, distingue le modèle proposé par Pop et al. de celui que nous présentons dans cette étude.

La présence d'une structure factorielle double pour l'EPDS se révèle tout à fait cohérente à la lumière des écrits portant sur la structure factorielle des échelles de

symptomatologie dépressive les plus courantes, comme la BDI, la CES-D et la GHQ, qui se sont toutes révélées multifactorielles, contenant entre 3 et 7 facteurs (Banks, 1983; Beck, Steer, & Garbin, 1988; Radloff, 1977). Ces auteurs et auteures s'entendent pour considérer la symptomatologie dépressive comme un concept multidimensionnel, comprenant généralement un facteur principal associé à l'humeur dépressive et à la perte de plaisir, un facteur associé aux aspects somatiques et un ou plusieurs facteurs révélant la présence d'autres caractéristiques associées à la dépression, dont l'anxiété et la panique. Il est également à noter que deux des échelles à la base de l'élaboration de l'EPDS, soit la HAD et la SAD, comportent une structure factorielle double reflétant la présence de symptômes associés à la dépression et à l'anxiété (Bowling, 1991).

La structure interne que révèle cette étude est l'indice d'une bonne validité de construit pour l'EPDS auprès des québécoises de milieu socio-économique faible car les indicateurs des deux variables latentes de «symptômes dépressifs» et d'«anxiété cognitive» reflètent clairement ces construits. Ainsi, les énoncés 1, 2, 3, 6, 7, 8 et 9, qui constituent le premier facteur, réfèrent sans aucun doute aux symptômes associés à un épisode dépressif majeur d'après le *DSM-IV*, soit, pour les questions 1 et 2, à une perte d'intérêt ou de plaisir, pour les questions 3 et 6, à des sentiments d'indignité ou de culpabilité, aux troubles du sommeil pour la question 7, à une humeur dépressive pour les questions 8 et 9 et à des pensées de mort pour la question 10. Seuls les symptômes du *DSM* qui pourraient poser des problèmes de validité auprès des nouvelles mères sont absents de l'échelle, soit ceux concernant une perte ou un gain de poids, le ralentissement psychomoteur et la perte d'énergie et de l'aptitude à se concentrer. Le facteur d'«anxiété cognitive», formé par les énoncés 3, 4, 5 et 6, n'est pas constitué de l'ensemble des symptômes permettant de diagnostiquer un trouble d'anxiété, mais présente plutôt les sentiments d'anxiété et de panique, qui selon le *DSM* sont des caractéristiques habituellement associées à la dépression. Les items 4 et 5 reflètent directement ce concept, mais les items 3 et 6, qui portent sur la présence de sentiments d'indignité ou de culpabilité, ont un lien théorique moins direct avec ce concept. Le modèle empirique révèle que ces deux questions expliquent en partie les deux concepts «symptômes dépressifs» et «anxiété cognitive», et que la partie de leur variance qui n'est pas associée à la dépression ni à l'anxiété est corrélée. Enfin, la corrélation entre les variables latentes, parce qu'elle répond au postulat théorique selon lequel les symptômes dépressifs et les sentiments d'anxiété et de panique (anxiété cognitive) sont généralement corrélés, est également le signe d'une bonne validité pour l'EPDS auprès des Québécoises de statut socio-économique faible.

Seule la question 10 («Il m'est arrivé de penser à me faire du mal») apparaît problématique. La présence d'une relation négative surprenante entre cet indicateur et le facteur d'anxiété cognitive soulève des questions concernant sa validité. Ce 10^e énoncé de l'EPDS a d'ailleurs déjà fait l'objet d'interrogations. Dans une lettre au *British Journal of Psychiatry*, les auteures Green, Snowdon et Statham (1991) ont mis en garde les utilisateurs et utilisatrices de l'EPDS contre une mauvaise interprétation possible de cette dernière question. Selon elles, les femmes enceintes participant à leur étude voyaient dans cette question (formulée en anglais «The thought of harming myself has occurred to me»), non pas une mesure de leur pensée suicidaire, mais bien celle de la peur de se blesser, en tombant par

exemple. Cependant, sa formulation en français rend peu plausible la présence d'une telle confusion. À notre avis, ces problèmes seraient plutôt dus à la nature de cette question qui porte sur le sujet délicat des idées suicidaires. Les auteures et auteurs de l'EPDS soulignent d'ailleurs son caractère particulier en déclarant que toute réponse positive devrait faire l'objet d'une attention spéciale (Holden, 1994). Il est fort possible que cette question ait été la source de biais de désirabilité: dans cette population de femmes vivant en milieu défavorisé, la crainte d'un signalement à la direction de la protection de la jeunesse peut être à l'origine d'une hésitation à répondre par l'affirmative à une telle question. Si les personnes anxieuses sont particulièrement susceptibles de ressentir ces hésitations, la corrélation négative entre ce 10^e indicateur et le facteur d'anxiété cognitive pourrait être expliquée. Dans le contexte d'une utilisation auprès de femmes vivant dans des conditions de pauvreté, il serait certainement préférable de reformuler cette question de façon à ce qu'elle soit moins choquante pour elles.

CONCLUSION

Malgré les problèmes que peut éventuellement poser la question 10, les résultats de cette étude tendent, dans leur ensemble, à démontrer que l'EPDS est un outil de mesure de symptomatologie dépressive postnatale qui présente une bonne validité de construit et une fiabilité très satisfaisante au Québec auprès des femmes de statut socio-économique faible.

D'autres études devront toutefois venir confirmer la validité de l'EPDS au Québec. Étant donné les différences importantes que l'on retrouve entre la version traduite en français par Cox et Holden (1994) et la traduction effectuée au Québec, la formulation des questions devrait faire l'objet d'une attention particulière. L'adaptation utilisée dans cette étude avait fait l'objet d'une double traduction («back translation») mais elle a dû être modifiée par l'équipe de recherche afin de minimiser les problèmes de compréhension qu'elle soulevait auprès de femmes de statut socio-économique faible. Ces modifications ont pu éloigner l'échelle de sa version originale anglaise. La version française publiée par Cox et Holden, effectuée en France, pourrait cependant poser ici des problèmes de compréhension tout aussi importants.

Le peu de réticences que cette échelle a soulevé auprès de femmes même faiblement scolarisées tend à confirmer les conclusions des nombreux chercheurs et chercheuses qui décrivent l'EPDS comme un instrument rapide, facile à compléter et généralement très bien accepté. L'EPDS aurait sans doute avantage à être plus souvent utilisée par les chercheurs et chercheuses qui travaillent dans le domaine de la périnatalité.

ABSTRACT

This paper investigates the construct validity and reliability of a Quebec version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for a population of low-socioeconomic-status mothers. This scale was constructed for the specific purpose of measuring mothers' symptoms of depression during the postnatal period in an effort to alleviate the validity problems that could arise from depression scales intended for the general population. Two hundred and

twenty-four mothers participating in a Quebec prevention program, "Naitre égaux, grandir en santé" (Martin & Boyer, 1995) filled out the EPDS between the 22nd and the 35th day postpartum. A confirmatory factor analysis, conducted with LISREL, gives a 2-factor structure for the EPDS, the first representing symptoms of depression and the second symptoms of anxiety. This structure differs from the one presented by Cox, Holden, and Sagovsky (1987), authors of the EPDS. It corresponds, however to the results of other authors who looked at the EPDS with confirmatory factor analysis (Pop, Komproe, & van Son, 1992) and indicates a good construct validity. The reliability of the scale also appears satisfactory, with a Cronbach alpha coefficient of 0.82.

RÉFÉRENCES

- Albright, A. (1993). Postpartum depression: An overview. *Journal of Counseling & Development*, 71, 316-320.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e édition) (DSM-IV). Washington, DC: Auteur.
- Areias, M.E.G., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth: Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *British Journal of Psychiatry*, 169, 30-35.
- Banks, M.H. (1983). Validation of the General Health Questionnaire in a young community sample. *Psychological Medicine*, 13, 349-353.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bedford, A., Foulds, G.A., & Sheffield, B.F. (1976). A new personal disturbance scale (DSSI-SAD). *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 387-394.
- Bowling, A. (1991). *Measuring health: A review of quality of life measuring scales*. Buckingham, England: Open University Press.
- Boyce, P., Stubbs, J., & Todd, A. (1993). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Validation for an Australian sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27, 472-476.
- Comrey, A.L. (1978). Common methodological problems in factor analytic studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 648-659.
- Cox, J. (1994). Origins and development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Dans J.L. Cox & J.M. Holden (dir.), *Perinatal psychiatry: Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale* (pp. 115-124). London: Gaskell.
- Cox, J.L., & Holden J.M. (dir.). (1994). *Perinatal psychiatry: Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: Gaskell.
- Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky R. (1987). Detection of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Cronbach, L.-J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Goldberg, D.P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Green, J.M., Snowden, C., & Statham, H. (1991). EPDS by post. *British Journal of Psychiatry*, 158, 865.
- Harris, B., Huckle, P., Thomas, R., Johns, S., & Fung, H. (1989). The use of rating scales to identify post-natal depression. *British Journal of Psychiatry*, 154, 813-817.

- Hobfoll, S.E., Ritter, C., Lavin, J., Hulsizer, M.R., & Cameron, R.P. (1995). Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 445-453.
- Holden, J.M. (1994). Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale in clinical practice. Dans J.L. Cox & J.M. Holden (dir.), *Perinatal psychiatry. Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale* (pp. 125-144). London: Gaskell.
- Hopkins, J., Marcus, M., & Campbell, S.B. (1984). Postpartum depression: A critical review. *Psychological Bulletin*, 95, 498-515.
- Jadresic, E., Araya, R., & Jara, C. (1995). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 16, 187-191.
- Jöreskog, K., & Sörbom, D. (1993). *LISREL 8: Structural equation modeling with the SIMPLIS command language*. Chicago: Scientific Software International.
- Lundh, W., & Gyllang, C. (1993). Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in some Swedish child health care centres. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 7, 149-154.
- Lussier, V., David, H., Saucier, J.-F., & Borgeat, F. (1996). Self-rating assessment of postnatal depression: A comparison of the Beck Depression Inventory and the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 11, 81-91.
- Martin, C., & Boyer, G. (1995). *Naître égaux, grandir en santé. Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*. Montréal: Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Direction de la santé publique, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre.
- Mueller, R.O. (1996). *Basic principles of structural equation modeling*. New York: Springer-Verlag.
- Murray, L., & Carothers, A.D. (1990). The validation of the Edinburgh Post-natal Depression Scale on a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 157, 288-290.
- Neter, E., Collins, N.L., Lobel, M., & Dunkel-Schetter, C. (1995). Psychosocial predictors of postpartum depressed mood in socioeconomically disadvantaged women. *Women's Health: Research on Gender, Behavior, and Policy*, 1, 51-75.
- Oakley, A. (1980). *Women confined: Toward a sociology of childbirth*. New York: Schocken Books.
- O'Hara, M.W., Rehm, L.P., & Campbell, S.B. (1982). Predicting depressive symptomatology. Cognitive behavioral models and postpartum depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 457-461.
- Pop, V.J., Komproe, I.H., & van Son, M.J. (1992). Characteristics of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the Netherlands. *Journal of Affective Disorders*, 26, 105-110.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Saucier, J.-F., Bernazzani, O., Borgeat, F., & David, H. (1995). La contribution des variables sociales à la prédiction de la dépression à la période postnatale. *Santé mentale au Québec*, 10, 35-58.
- Séguin, L., St-Denis, M., Loiselle, J., & Potvin, L. (1993). *Stresseurs, soutien social et réactions dépressives à la période périnatale chez les primipares défavorisées et favorisées*. Rapport présenté au Conseil québécois de la recherche sociale.
- Spitzer, R.L., Endicott, J., & Robins, E. (1978) Research diagnostic criteria: Rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 36, 773-782.
- Wickberg, B., & Hwang, C.P. (1996). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Validation on a Swedish community sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 181-184.
- Zelkowitz, P., & Milet, T.H. (1995). Screening for post-partum depression in a community sample. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 80-86.
- Zigmond, A.S., & Snaith R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.