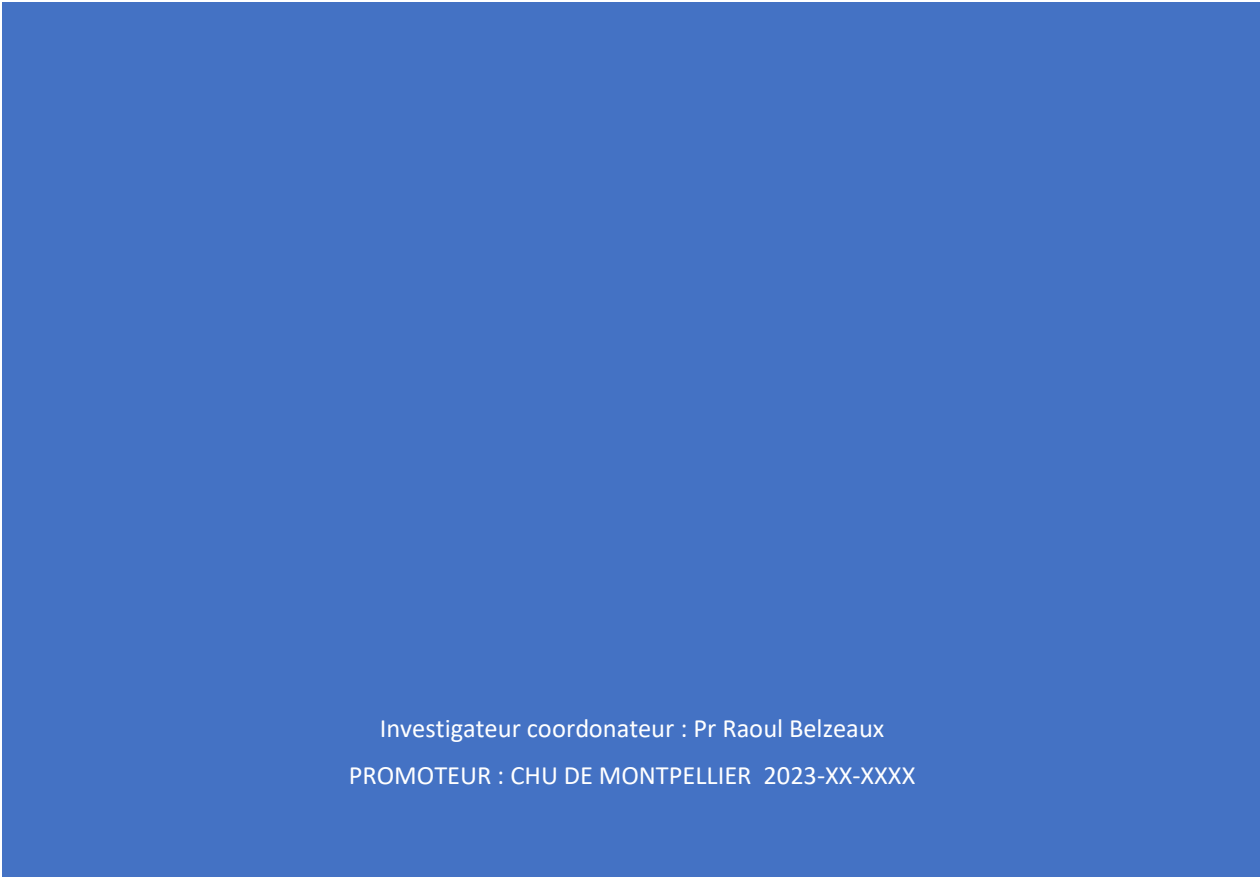




CRF PAPIER

ÉTUDE « PRÉVALENCE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES AU COURS DE LA GROSSESSE AU MOMENT DE L'ÉCHOGRAPHIE DU 2EME TRIMESTRE : ETUDE DE FAISABILITE EN POPULATION GENERALE »



Investigateur coordonateur : Pr Raoul Belzeaux
PROMOTEUR : CHU DE MONTPELLIER 2023-XX-XXXX

Visite 1 :

Centre d'inclusion :

Signature du consentement :

Initiale du Prénom :

Initiale du Nom de Famille :

Code de pseudo-anonymisation :

Age :

Code postal :

Adresse e-mail :

Critères inclusion :

- ☐ Femme
- ☐ Majeure
- ☐ Enceinte et consultant pour l'échographie programmée du deuxième trimestre
- ☐ Sachant lire et écrire avec une bonne connaissance du français

Critères non-inclusion :

- ☐ Incapacité à comprendre le français
- ☐ Non-accès à la lecture et l'écriture
- ☐ Patiente mineure au moment de l'échographie du deuxième trimestre
- ☐ Patiente sous tutelle ou curatelle
- ☐ Patiente privée de liberté

Concernant le prélèvement sanguin sur tube PAXgene (2,5 mL) :

- ☐ Oui
 - ➔ Date du dépôt :

- ☐ Non
 - ➔ Motif du refus :

☐ Capital veineux insuffisant

☐ Phobie

☐ Autre : Précisez : _____

Visite 2 :

1. Données socio – démographiques :

Quel est le nom de votre médecin traitant ? (nom, prénom)

Quel est votre statut conjugal ?

- ☐ Mariée / en couple
- ☐ Célibataire / séparée / divorcée
- ☐ Ne souhaite pas répondre

Où vivez-vous ?

- ☐ Domicile personnel
- ☐ Domicile parental
- ☐ Foyer d'hébergement
- ☐ Sans domicile fixe
- ☐ Autre (à préciser) :

Considérez votre lieu de vie comme stable ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne souhaite pas répondre

Quel niveau d'études avez-vous atteint ?

- ☐ École primaire
- ☐ Brevet des collèges
- ☐ Baccalauréat
- ☐ Bac +1
- ☐ Bac +2
- ☐ ≥ Bac +3
- ☐ Ne souhaite pas répondre

Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?

- ☐ Étudiante ou en formation
- ☐ Activité salariée
- ☐ Au chômage
- ☐ Au foyer
- ☐ À son compte
- ☐ Retraitée
- ☐ Autre activité professionnelle, à préciser :

- ☐ Ne souhaite pas répondre

Quelle couverture sociale avez-vous ?

- ☐ Sécurité sociale
- ☐ AME
- ☐ PUMa (ex-CMU)
- ☐ C2S (ex-CMUc)

☐ Ne souhaite pas répondre

3. Antécédents médicaux hors obstétriques et psychiatriques

Aucun de problème de santé à signaler : ☐ Oui ☐ Non

Si non :

	Année du diagnostic	Stable (oui/non)	Traitements (Nom commercial + posologie journalière)
Maladies cardiovasculaires, facteurs de risque cardiovasculaires et maladies métaboliques : ☐ Oui ☐ Non			
Infarctus, AVC		☐ Oui ☐ Non	
Péricardite, myocardite, tamponnade		☐ Oui ☐ Non	
Angor, angine de poitrine		☐ Oui ☐ Non	
Trouble du rythme		☐ Oui ☐ Non	
Embolie pulmonaire		☐ Oui ☐ Non	
Artérite, sténose artérielle		☐ Oui ☐ Non	
Hypertension artérielle		☐ Oui ☐ Non	
Diabète de type 2		☐ Oui ☐ Non	
Diabète de type 1		☐ Oui ☐ Non	
Hypercholestérolémie		☐ Oui ☐ Non	
Hypertriglycémie		☐ Oui ☐ Non	
Goutte, hyperuricémie (acide urique)		☐ Oui ☐ Non	
Hémochromatose		☐ Oui ☐ Non	
Autres			
Maladies endocriniennes			
Adénome hypophysaire, excès de prolactine		☐ Oui ☐ Non	
Hypothyroïdie		☐ Oui ☐ Non	
Nodule(s) thyroïdien(s)		☐ Oui ☐ Non	

Hyperthyroïdie		☐ Oui ☐ Non	
Thyroïdectomie (ablation de la thyroïde partielle ou totale)		☐ Oui ☐ Non	
Goitre		☐ Oui ☐ Non	
Maladies parathyroïdiennes		☐ Oui ☐ Non	
Maladies des surrénales		☐ Oui ☐ Non	
Autres			
Problèmes circulatoires ☐ Oui ☐ Non			
Insuffisance veineuse, problèmes circulatoires		☐ Oui ☐ Non	
Varices		☐ Oui ☐ Non	
Phlébite		☐ Oui ☐ Non	
Maladie de Raynaud		☐ Oui ☐ Non	
Autres			
Maladies respiratoires ☐ Oui ☐ Non			
Bronchite chronique, broncho-pneumopathie obstructive (BPCO), emphysème		☐ Oui ☐ Non	
Insuffisance respiratoire		☐ Oui ☐ Non	
Asthme		☐ Oui ☐ Non	
Dilatation des bronches		☐ Oui ☐ Non	
Apnée du sommeil		☐ Oui ☐ Non	
Pneumothorax		☐ Oui ☐ Non	
Autres			
Maladies ou problèmes digestifs ☐ Oui ☐ Non			
Polypes, diverticules (intestin, colon, rectum)		☐ Oui ☐ Non	
Ulcère gastro-duodéal, gastrite		☐ Oui ☐ Non	
Reflux gastro-œsophagien, achalasie, hernie hiatale		☐ Oui ☐ Non	

Côlon irritable, colopathie fonctionnelle, constipation		☐ Oui ☐ Non	
Rectocolite hémorragique (RCH)		☐ Oui ☐ Non	
Maladie cœliaque (intolérance au gluten)		☐ Oui ☐ Non	
Maladie de Crohn		☐ Oui ☐ Non	
Hémorroïdes		☐ Oui ☐ Non	
Hépatites		☐ Oui ☐ Non	
Cirrhose du foie, maladie chronique du foie		☐ Oui ☐ Non	
Lithiase biliaire (calculs dans la vésicule), cholécystectomie		☐ Oui ☐ Non	
Gastro, Gastro-entérite		☐ Oui ☐ Non	
Autres			
Maladies ou problèmes concernant les os et articulations ☐ Oui ☐ Non			
Arthrose, rhumatismes		☐ Oui ☐ Non	
Mal au dos, cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, lumbago...		☐ Oui ☐ Non	
Hernie discale, sciatique, cruralgie		☐ Oui ☐ Non	
Polyarthrite rhumatoïde		☐ Oui ☐ Non	
Spondylarthrite ankylosante, rhumatisme psoriasique		☐ Oui ☐ Non	
Périarthrite, épicondylite, capsulite, tendinite, canal carpien...		☐ Oui ☐ Non	
Fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique		☐ Oui ☐ Non	
Ostéoporose, ostéopénie		☐ Oui ☐ Non	
Fracture du poignet		☐ Oui ☐ Non	
Fracture de la hanche (col du fémur)		☐ Oui ☐ Non	
Fracture d'une vertèbre		☐ Oui ☐ Non	
Entorses, luxations et autres fractures		☐ Oui ☐ Non	
Autres			

Maladies ou problèmes neurologiques			
☐ Oui ☐ Non			
Migraines		☐ Oui ☐ Non	
Céphalées, maux de tête		☐ Oui ☐ Non	
Névralgies		☐ Oui ☐ Non	
Sclérose en plaque		☐ Oui ☐ Non	
Épilepsie		☐ Oui ☐ Non	
Maladie d'Alzheimer		☐ Oui ☐ Non	
Maladie de Parkinson		☐ Oui ☐ Non	
Troubles de la mémoire		☐ Oui ☐ Non	
Autres			
Allergies			
☐ Oui ☐ Non			
Allergie alimentaire		☐ Oui ☐ Non	
Allergie aux médicaments		☐ Oui ☐ Non	
Allergie respiratoire (rhinite, sinusite, bronchite...)		☐ Oui ☐ Non	
Allergie cutanée ou des muqueuses (conjonctivite)		☐ Oui ☐ Non	
Autres			
Maladies génito-urinaires			
☐ Oui ☐ Non			
Insuffisance rénale		☐ Oui ☐ Non	
Incontinence urinaire, fuites urinaires		☐ Oui ☐ Non	
Lithiase rénale, calculs rénaux, coliques néphrétiques		☐ Oui ☐ Non	
Adénome de la prostate, hypertrophie bénigne de la prostate		☐ Oui ☐ Non	
Endométriose, adénomyose		☐ Oui ☐ Non	
Fibrome utérin avec ou sans intervention chirurgicale		☐ Oui ☐ Non	
Kystes ovariens, dystrophie ovarienne		☐ Oui ☐ Non	

Troubles de l’ovulation, aménorrhée		☐ Oui ☐ Non	
Infertilité		☐ Oui ☐ Non	
Autres			
Maladies de la peau ☐ Oui ☐ Non			
Acné et apparentés maladies inflammatoires		☐ Oui ☐ Non	
Eczéma		☐ Oui ☐ Non	
Urticaire		☐ Oui ☐ Non	
Psoriasis		☐ Oui ☐ Non	
Autres			
Maladies des yeux ☐ Oui ☐ Non			
Dégénérescence maculaire, DMLA		☐ Oui ☐ Non	
Glaucome et/ou hypertension oculaire		☐ Oui ☐ Non	
Cataracte		☐ Oui ☐ Non	
Décollement de la rétine, décollement du vitré		☐ Oui ☐ Non	
Autres			
Maladies ORL ☐ Oui ☐ Non			
Acouphènes		☐ Oui ☐ Non	
Vertiges, maladie de Ménière		☐ Oui ☐ Non	
Surdité, troubles auditifs		☐ Oui ☐ Non	
Autres			
Maladies hématologiques et de système ☐ Oui ☐ Non			
Anémie, maladie de Biermer		☐ Oui ☐ Non	
Lupus ��ryth��mateux		☐ Oui ☐ Non	
Sarcoïdose (BBS), maladie de Behçet, syndrome de Gougerot Sj��ren, sclérodermie		☐ Oui ☐ Non	

Autres			
Maladies infectieuses			
☐ Oui ☐ Non			
Infection respiratoire aigüe, bronchite, pneumonie		☐ Oui ☐ Non	
Infection ORL, angine, sinusite, rhinopharyngite, otite		☐ Oui ☐ Non	
Infection urinaire et/ou rénale aigüe, cystite, pyélonéphrite		☐ Oui ☐ Non	
Infection génitale, salpingite, prostatique, bartholinite...		☐ Oui ☐ Non	
Grippe, syndrome grippal		☐ Oui ☐ Non	
Tuberculose, primo infection tuberculeuse		☐ Oui ☐ Non	
Mononucléose infectieuse		☐ Oui ☐ Non	
Mycose, candidose, lichen		☐ Oui ☐ Non	
Zona		☐ Oui ☐ Non	
Paludisme		☐ Oui ☐ Non	
Sida, VIH		☐ Oui ☐ Non	
Papillomavirus		☐ Oui ☐ Non	
Herpès (cutané, génital)		☐ Oui ☐ Non	
Autres			
Maladie cancéreuse (à préciser)		☐ Oui ☐ Non	

4. Antécédents médicaux obstétriques (hors grossesse actuelle)

Combien de grossesses avez-vous eu (menées à terme ou non)? _____

Combien d'enfants avez-vous ? _____

Quelle était votre dernier mode de contraception ?

- ☐ Pas de contraception
- ☐ Pilule oestroprogestative
- ☐ Pilule progestative
- ☐ Anneau
- ☐ Implant
- ☐ Stérilet hormonal
- ☐ Stérilet en cuivre
- ☐ Contraception mécanique
- ☐ Autre contraception (à préciser) : _____

Avez-vous souffert d'une pathologie gynécologique lors de l'une de vos grossesses ?

- ☐Oui
- ☐ Non
- ☐Ne souhaite pas répondre

Si oui :

	Année du diagnostic	Si traitement (Nom Commercial + posologie journalière)
Grossesse extra-utérine		
Fausse couche spontanée		
Interruption volontaire de grossesse		
Interruption médicale de grossesse		
HTA gravidique / Pré-éclampsie		
Diabète gestationnel		
Infection materno-foetale		
Retard de croissance in utero		
Placenta praevia / hématome rétroplacentaire		
Menace d'accouchement prématuré		
Hémorragie de la délivrance		

Césarienne		
Autre (à préciser) :		

5. Antécédents médicaux psychiatriques personnels

	Posé par un médecin	Suspecté par la patiente	Année de début	Stable (Oui / Non)	Traitement
Troubles neurodéveloppementaux					
Trouble du spectre autistique					
Trouble du déficit de l’attention +/- hyperactivité					
Autre (à préciser) :					
Troubles psychotiques					
Schizophrénie					
Trouble schizo-affectif					
Autre (à préciser) :					
Troubles de l’humeur					
Trouble bipolaire de type 1					
Trouble bipolaire de type 2					
Trouble bipolaire (type inconnu)					
Episode dépressif caractérisé					
Trouble dépressif persistant					
Autre (à préciser) :					
Troubles anxieux					
Phobie spécifique					
Phobie sociale					

Trouble anxieux généralisé					
Agoraphobie					
Autre (à préciser) :					
Troubles des conduites alimentaires					
Anorexie mentale					
Boulimie					
Hyperphagie boulimique					
Autre (à préciser) :					
Troubles de la personnalité					
Personnalité borderline					
Autre (à préciser) :					
Autres troubles psychiatriques					
Trouble obsessionnel compulsif					
Syndrome dysphorique prémenstruel					
Trouble de stress post-traumatique					
Trouble dissociatif de l'identité					
Autre (à préciser) :					

En raison avec un trouble psychiatrique, au cours des 12 derniers mois, avez-vous :

- ☐ Consulté un professionnel de la santé
- ☐ Été hospitalisé
- ☐ Allé aux urgences
- ☐ Été à un groupe d'entraide
- ☐ Eu une prescription des médicaments
- ☐ Aucune de ces réponses

Avez-vous un suivi par un psychiatre ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, ce suivi a-t-il été poursuivi durant la grossesse ?

☐ Oui☐ Non

Avez-vous eu un contact avec un professionnel spécialisé en psychiatrie/psychologie périnatale ?

☐ Oui☐ Non

Concernant un traitement psychotrope

Avez-vous pris un traitement psychotrope dans les 12 mois précédant la grossesse ? ? ☐ Oui

☐ Non

Si oui : Préciser molécule et posologie

☐ Anxiolytique :

☐ Hypnotique :

☐ Anti-dépresseur :

☐ Thymorégulateur :

☐ Antipsychotique :

☐ Autre : Précisez : _____

Pour chaque molécule citée par la patiente, poser les questions suivantes

Qui prescrivait ces traitements ?

☐ Médecin généraliste

☐ Psychiatre

☐ Autre (à préciser) :

Est-ce que le projet de grossesse ou la grossesse a été à l'origine d'un changement de traitement ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui précisez pour chaque classe thérapeutique la molécule, la posologie, l'initiateur ainsi que le motif du changement

	Avant		Date	Après		Initiateur	Motif
Classe thérapeutique	Molécule	Posologie		Molécule	Posologie		
Anxiolytique						☐ Médecin ☐ Patiente ☐ Famille	
Hypnotique						☐ Médecin ☐ Patiente ☐ Famille	
Anti-dépresseur						☐ Médecin ☐ Patiente ☐ Famille	
Thymorégulateur						☐ Médecin ☐ Patiente ☐ Famille	
Antipsychotique						☐ Médecin ☐ Patiente ☐ Famille	
Autre						☐ Médecin ☐ Patiente ☐ Famille	

6. Consommations de toxiques

	Posé par un médecin	Suspecté par la patiente	Année de début	Stable (Oui / Non)	Traitement
Trouble en lien avec des substances					
Trouble lié à l’usage de l’alcool					
Autre (à préciser) :					

Comment décririez-vous votre consommation d’alcool ?

- ☐ Jamais
- ☐ Occasionnel
- ☐ Plusieurs fois par semaine
- ➔ combien de verres d’alcool consommez-vous par jour ?
- ☐ Tous les jours

combien de verres d’alcool consommez-vous par jour ?

Comment décririez-vous votre consommation de tabac ?

- ☐ Actif

➔ Nombre de paquets et combien d'années

- ☐ Sevré
- ☐ Jamais

Consommez-vous d'autres substances ?

- ☐ Cannabis
- ☐ Cocaïne
- ☐ Héroïne
- ☐ Sédatifs / anxiolytiques / hypnotiques
- ☐ Opiacés
- ☐ Hallucinogènes
- ☐ Stimulants
- ☐ CBD
- ☐ Autres (à préciser) :
- ☐ Pas de consommation de substances

En lien avec un trouble liés à l'utilisation de substances, au cours des 12 derniers mois, avez-vous :

- ☐ Consulté un professionnel de la santé
- ☐ Été hospitalisé
- ☐ Été dans une clinique externe, un programme de désintoxication
- ☐ Été aux urgences ou un centre de crise
- ☐ Reçu un traitement
- ☐ Aucune de ces réponses

7. Antécédents médicaux psychiatriques familiaux

Père :

- ☐ Père biologique ☐ Père adoptif ☐ ne sait pas ☐ Ne souhaite pas répondre

Statut du père biologique ou adoptif :

- ☐ Vivant ☐ Décédé hors suicide ☐ Décédé par suicide ☐ Ne souhaite pas répondre

Antécédent.s psychiatrique.s du père :

- ☐ Dépression
- ☐ Trouble bipolaire
- ☐ Schizophrénie
- ☐ Trouble anxieux
- ☐ Trouble lié à l'usage de l'alcool
- ☐ Trouble lié à l'usage de substance (à préciser) :
- ☐ Autre (à préciser)
- ☐ Ne sait pas

☐ aucun

Mère :

☐ Mère biologique ☐ Mère adoptive ☐ ne sait pas ☐ Ne souhaite pas répondre

Statut :

☐ Vivante ☐ Décédée hors suicide ☐ Décédée par suicide ☐ Ne souhaite pas répondre

Antécédent psychiatrique

☐ Dépression
 ○ Durant la grossesse : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne souhaite pas répondre

☐ Trouble bipolaire
☐ Schizophrénie
☐ Trouble anxieux
 ○ Durant la grossesse : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne souhaite pas répondre

☐ Trouble lié à l’usage de l’alcool
☐ Trouble lié à l’usage de substance (à préciser) :
☐ Autre (à préciser)
☐ Ne sait pas

Fratrie

Nombre de frère.s et sœur.s de la patiente : ____

Numéro du frère ou de la sœur du patient :	1	2	3	4	5
Sexe					
Année de naissance					
Statut					
Vivant					
Décédé hors suicide					
Décédé par suicide					
Troubles psychiatriques					
Dépression					
Si femme, durant la grossesse (oui/non)					

Trouble bipolaire					
Schizophrénie					
Trouble anxieux					
Si femme, durant la grossesse (oui/non)					
Trouble lié à l’usage de l’alcool					
Trouble lié à l’usage de substance (à préciser)					
Autre (à préciser)					
Ne sait pas					

8. Concernant la grossesse actuelle

Date de début de grossesse : ____ / ____ / _____

Grossesse multiple : ☐ Oui ☐ Non

Si oui précisez le nombre d’enfants : ____

Grossesse désirée/planifiée (utilisez le terme approprié en fonction de la situation de la parente) :
☐ Oui ☐ Non

Grossesse à risque : ☐ Oui ☐ Non

Problèmes de santé pendant la grossesse : ☐ Oui ☐ Non

Si oui :

	Cocher si oui	
HTA gravidique / Pré-éclampsie	☐	
Diabète gestationnel	☐	
Infection materno-foetale	☐	
Retard de croissance in utero	☐	
Menace d’accouchement prématuré	☐	
Autre (à préciser) :	☐	

Poids actuel (kg) : _____ - Taille (m) : _____ - IMC : _____ (*calcul automatique*)

Avez-vous, lors de votre grossesse, consulté aux urgences gynécologiques ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Au 1^e trimestre, étiez-vous gênée par des vomissements ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, avez-vous du ... ?

- ☐ En parler à votre sage-femme / médecin
- ☐ Consulter aux urgences
- ☐ Être hospitalisée
- ☐ Avoir un traitement médicamenteux dédié
- ☐ Adopter d'autres stratégies (à préciser) :
- ☐ Pas de prise en charge

Parcours de soin

Avec qui avez-vous pris contact en premier pour la prise en charge de votre grossesse ?

- ☐ Gynécologue médical
- ☐ Gynécologue-obstétricien
- ☐ Sage-femme
- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Autre (à préciser)
- ☐ Pas de prise en charge

A quelle date a eu lieu ce premier contact ?

Avez-vous un médecin référent de la prise en charge actuelle ?

- ☐ Oui (à préciser) :
- ☐ Non

Quels sont les professionnels qui suivent votre grossesse ?

- ☐ Gynécologue médical
- ☐ Gynécologue-obstétricien
- ☐ Sage-femme
- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Autre (à préciser)
- ☐ Pas de suivi

Avez-vous un médecin traitant ou médecin déclaré comme tel à la sécurité sociale ?

- ☐ Oui (nom à préciser) :
- ☐ Non

Avez-vous fait une visite chez votre médecin traitant ou votre sage-femme pour préparer la grossesse (consultation préconceptionnelle) ?

☐ Oui

☐ Non

Avez-vous fait un entretien prénatal précoce (1^e trimestre de grossesse) ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, avec qui ?

☐ Gynécologue médical

☐ Gynécologue-obstétricien

☐ Sage-femme

☐ Médecin généraliste

☐ Autre (à préciser)

9. Temps de la réalisation du questionnaire EPICES simplifié + inventaire de Paykel + MINI + CSSR-S

Pour le médecin traitant (à V2) :

Nom du médecin : _____

Médecin traitant souhaite participer à l'étude : oui non

Etes-vous le médecin traitant de la patiente ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous notion d'un antécédent psychiatrique concernant la patiente ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, est-il renseigné dans son dossier médical ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui :

- ☐ Dépression
- ☐ Trouble bipolaire
- ☐ Schizophrénie
- ☐ Trouble anxieux
- ☐ Trouble lié à l'usage de l'alcool
- ☐ Trouble lié à l'usage de substance (à préciser) :
- ☐ Autre (à préciser)
- ☐ Ne sait pas
- ☐ aucun

Si oui, gérez-vous la pathologie psychiatrique de la patiente ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, a-t-elle un suivi chez un psychiatre ? ☐ Oui ☐ Non

Traitement.s en cours : ☐ **Oui** ☐ **Non**

Si **oui** - Nombre de médicament.s en cours : ☐ **1** ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4 et plus**

Nom commercial du médicament		Posologie journalière en mg (<i>Si inconnu mettre 98</i>)
1		
2		
3		
4		

Si **4 et plus** - Dans l'éventualité de la prise de plus de 6 traitements mentionnés ci-dessus, donnez les mêmes renseignements que pour les médications ci-dessus.

La patiente étant enceinte, avez-vous pu faire une consultation pré conceptionnelle ? ☐ Oui

☐ Non

Avez-vous décelé des fragilités/vulnérabilité chez cette patiente ? ☐ Oui ☐ Non

L'avez-vous mise en relation avec des soignants spécialisés en psychiatrie/psychologie périnatale ?

☐ Oui ☐ Non

Est-elle venu vous consulter lors de sa grossesse pour le suivi de sa grossesse ? ☐ Oui ☐ Non

FICHE recueil dossier maternité (à la V2)

Initiales investigateur :

Dans le dossier médical, y a-t-il notion d'un entretien prénatal précoce ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, par qui a-t-il été réalisé ?

☐ Gynécologue médical

☐ Gynécologue-obstétricien

☐ Sage-femme

☐ Médecin généraliste

☐ Autre (à préciser) : _____

Y a-t-il un/des diagnostic(s) psychiatriques mentionné(s) ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, est-ce un/des diagnostic(s) précis DSM5 ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui :

☐ Dépression

☐ Trouble bipolaire

☐ Schizophrénie

☐ Trouble anxieux

☐ Trouble lié à l'usage de l'alcool

☐ Trouble lié à l'usage de substance (à préciser) :

☐ Autre (à préciser)

☐ Ne sait pas

☐ aucun

Visite 3 :

1. Concernant l'accouchement et la suite de couche

A quelle date avez-vous accouché (même si mort fœtale in utero) ?

Quel a été le mode d'entrée au travail ?

- ☐ Spontanée
- ☐ Déclenchée
- ☐ Pas de travail (césarienne)

Quel a été le mode d'accouchement ?

- ☐ Voie basse spontanée sans instrumentalisation
- ☐ Voie basse spontanée avec instrumentalisation (forceps / spatules / ventouses)
- ☐ Césarienne programmée
- ☐ Césarienne en urgence

Est-ce qu'il y avait un accompagnant ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui précisez l'accompagnant : ☐ Conjoint ☐ Membre de la famille ☐ Ami ☐ Autre : Préciser :

Avez-vous reçu une analgésie par péridurale ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si non, pour quelle raison ?

- ☐ Choix personnel
- ☐ Plus de possibilité de l'avoir (accouchement trop avancé)
- ☐ Contre-indication médicale
- ☐ Autre (à préciser) :

Est-ce qu'il y a eu des complications lors de l'accouchement ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, lesquelles ?

- ☐ Hémorragie du post-partum sans transfusion
- ☐ Hémorragie du post-partum avec transfusion
- ☐ Autre ne nécessitant pas de transfert ou de passage en réanimation (à préciser) :
- ☐ Autre nécessitant un transfert ou un passage en réanimation (à préciser) :

Poids actuel (kg) : _____ - Calcul IMC automatique : _____

2. Déroulement de la grossesse et de l'accouchement (tiré ENP 2021)

Comment décririez-vous votre grossesse ?

- ☐ 1 : une période agréable à vivre
- ☐ 2 : une période assez agréable, malgré quelques moments difficiles
- ☐ 3 : une période difficile à vivre
- ☐ 4 : une période très difficile à vivre

Si réponses 2 à 4, quelles étaient vos principales sources de difficultés ?

- ☐ Sensation de solitude
- ☐ Sensation de journées longues
- ☐ Manque de conseils ou d'accompagnement de la part des professionnels
- ☐ Sensation de fatigue intense
- ☐ Stress par rapport à l'enfant à naître ou à l'accouchement
- ☐ Nausées, vomissements, douleurs dorsales
- ☐ Autre (à préciser) :

Etes-vous satisfaite de la prise en charge médicale et du suivi de votre grossesse ?

- ☐ Très satisfaite
- ☐ Plutôt satisfaite
- ☐ Plutôt insatisfaite
- ☐ Très insatisfaite

Pendant votre grossesse ou votre accouchement, les professionnels de santé ont-ils parfois eu des paroles qui vous ont mise mal à l'aise, qui vous ont choquée ou qui vous ont blessée ?

- ☐ Jamais
- ☐ Très rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent

Pendant votre grossesse ou votre accouchement, des professionnels de santé ont-ils parfois eu des gestes qui vous ont mise mal à l'aise, qui vous ont choquée ou qui vous ont blessée ?

- ☐ Jamais
- ☐ Très rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent

Pendant votre grossesse ou votre accouchement, des professionnels de santé ont-ils parfois eu une attitude ou un comportement qui vous ont mise mal à l'aise, qui vous ont choquée ou qui vous ont blessée ?

- ☐ Jamais
- ☐ Très rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent

Si **Parfois** ou **Souvent** à l'une de ces 3 dernières questions, à quel moment cela est-il arrivé ?

- ☐ Pendant les consultations de suivi de grossesse
- ☐ Pendant les échographies

- ☐ Pendant les consultations aux urgences
- ☐ Pendant la pose de l'anesthésie
- ☐ Pendant l'accouchement
- ☐ Pendant votre séjour à la maternité
- ☐ Autre (à préciser) :

Durant la grossesse, la sage-femme ou le médecin vous-a-t-il demandé votre accord avant de réaliser les touchers vaginaux (examen du col pour savoir s'il est ouvert ou fermé) ?

- ☐ Jamais
- ☐ Oui, parfois
- ☐ Oui, systématiquement
- ☐ Pas de toucher vaginal
- ☐ Je ne sais plus

Pendant le travail en salle de naissance, avez-vous eu de l'ocytocine artificielle par perfusion (produit pour augmenter l'intensité ou la fréquence des contractions, commercialisé sous le nom de Syntocinon®) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

Si oui, la sage-femme ou le médecin vous-a-t-il demandé votre accord pour débiter le produit ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais plus

Avez-vous eu une épisiotomie (coupure aux ciseaux au niveau du périnée) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

Si oui, la sage-femme ou le médecin vous-a-t-il demandé votre accord pour la réaliser ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais plus

Avez eu une césarienne non programmée ou en urgence ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

Si oui, l'équipe médicale vous-a-t-elle demandée votre accord pour la réaliser ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais plus

Êtes-vous satisfaite de la façon dont vous avez été prise en charge par les professionnels de salle de naissance ?

- ☐ Très satisfaite
- ☐ Plutôt satisfaite
- ☐ Plutôt insatisfaite
- ☐ Très insatisfaite

Comment-vous êtes-vous sentie accompagnée par les professionnels de santé en salle de naissance ou au bloc opératoire ?

- ☐ Ils étaient très présents à mes côtés tout au long du travail
- ☐ Ils étaient présents à mes côtés au moment des examens médicaux ou quand je les sollicitais
- ☐ Ils étaient peu présents
- ☐ Ils n'étaient pas disponibles

Les questions qui suivent concernent ce qui s'est passé avec les professionnels de santé rencontrés pendant votre séjour à la maternité (accouchement et suites de couches) (par exemple médecins, sage-femmes, infirmières, kinésithérapeutes, diététiciens ou tous les autres professionnels qui travaillent dans le domaine de la santé).

Pouvez-vous dire à quel point il vous était facile ou difficile de faire ce qui est indiqué dans chacune des cinq affirmations suivantes.

Avoir de bonnes discussions sur votre santé avec les sage-femmes ou les médecins :

- ☐ Impossible ou toujours difficile
- ☐ Généralement difficile
- ☐ Parfois difficile
- ☐ Généralement facile
- ☐ Toujours facile

Discuter avec les professionnels de santé jusqu'à comprendre tout ce que vous aviez besoin de comprendre :

- ☐ Impossible ou toujours difficile
- ☐ Généralement difficile
- ☐ Parfois difficile
- ☐ Généralement facile
- ☐ Toujours facile

Poser des questions aux professionnels de santé pour obtenir les informations dont vous aviez besoin :

- ☐ Impossible ou toujours difficile
- ☐ Généralement difficile
- ☐ Parfois difficile
- ☐ Généralement facile
- ☐ Toujours facile

Vous assurez que les professionnels de santé comprenaient bien votre situation :

- ☐ Impossible ou toujours difficile
- ☐ Généralement difficile
- ☐ Parfois difficile
- ☐ Généralement facile

☐ Toujours facile

Vous sentir capable de discuter de vos problèmes de santé avec un professionnel de santé :

- ☐ Impossible ou toujours difficile
- ☐ Généralement difficile
- ☐ Parfois difficile
- ☐ Généralement facile
- ☐ Toujours facile

Quel souvenir gardez-vous de votre accouchement ?

- ☐ Très bon
- ☐ Plutôt bon
- ☐ Plutôt mauvais
- ☐ Très mauvais

Recommanderiez-vous à une proche (sœur, amie...) d'accoucher dans la même maternité que la vôtre ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne se prononce pas

2. Concernant le nouveau-né

MFIU ? oui non

Décès de l'enfant dans les premiers mois de vie ? oui non

Au bout de combien de temps après la naissance avez-vous pu passer une heure consécutive avec votre enfant ? (en nombre d'heures) : ____

A quelle semaine d'aménorrhée est né votre enfant ?

Est-il né prématurément (avant 37 semaines d'aménorrhée) ? ☐ Oui ☐ Non

Quel était son poids de naissance (en g) ? : _____

Score APGAR connu : ☐ Oui ☐ Non

Si oui précisez le score APGAR à 1 minutes de vie : _____

Si oui précisez le score APGAR à 5 minutes de vie : _____

Poids du placenta connu : ☐ Oui ☐ Non

Si oui précisez le poids du placenta :

Son état à la naissance a-t-il nécessité une hospitalisation ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, l'hospitalisation était-elle en réanimation ? ☐ Oui ☐ Non

Combien de temps votre séjour à la maternité a-t-il duré ? (en nombre de jours) : ____

Votre séjour a-t-il été prolongé ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, pour quelle.s raison.s le séjour a-t-il été prolongé ?

- ☐ Raison maternelle
- ☐ Etat de santé du nouveau-né
- ☐ Difficultés psychologiques
- ☐ Difficultés sociales
- ☐ Autre (à préciser) :

Votre bébé est-il bien portant ? ☐ Oui ☐ Non ☐ ne sait pas ☐ Ne souhaite pas répondre

5. Concernant l'allaitement

Avez-vous allaité ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quel mode d'allaitement était réalisé ?

- ☐ Exclusif
- ☐ Mixte
- ☐ Autre (à préciser) :

Si oui, avez – vous rencontré des difficultés lors de l'allaitement ?

- ☐ Oui côté maternel
- ☐ Oui coté enfant
- ☐ Non

Si non, cela était-il votre choix ? ☐ Oui ☐ Non

Allaitez-vous actuellement ? ☐ Oui ☐ Non (date de fin à préciser si allaitement antérieur - Préciser la date de fin de votre allaitement (si jour inconnu, mettre par défaut 01) : __ / __ / ____

6. Concernant le suivi

Avez-vous consulté votre médecin traitant depuis l'accouchement ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous des visites à domicile d'une sage-femme ? ☐ Oui ☐ Non

Etes-vous en lien avec la PMI ? ☐ Oui

☐ Non

Si présence d'un trouble psychiatrique connu ou découvert à V2, pour chaque trouble :

Comment décririez-vous l'évolution de votre trouble durant la grossesse ?

- ☐ Stabilité
- ☐ Amélioration
- ☐ Dégradation

Comment décririez-vous l'évolution de votre trouble depuis l'accouchement ?

- ☐ Stabilité
- ☐ Amélioration
- ☐ Dégradation

Concernant un traitement psychotrope

Avez-vous pris un traitement psychotrope depuis l'échographie T2 ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne souhaite pas répondre

Si **oui** - Préciser la classe thérapeutique et la molécule

- ☐ Anxiolytique :
- ☐ Hypnotique :
- ☐ Anti-dépresseur :
- ☐ Thymorégulateur :
- ☐ Antipsychotique :
- ☐ Autre :

Pour chaque molécule citée par la patiente, poser les questions suivantes

Qui prescrivait ces traitements ?

- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Psychiatre
- ☐ Autre (à préciser) :

Si oui, remplir le tableau suivant relatif aux changements de traitement depuis le projet de grossesse.
Mettre 0 en cas d'initiation ou d'arrêt de traitement.
Préciser qui était à l'origine du changement (ex : médecin, patiente, famille, etc).

Avant		Date	Après		Initiateur	Motif
Molécule	Posologie		Molécule	Posologie		

7. Temps de la réalisation du score EPICES simplifié + inventaire Paykel + MINI + CSSR-S

Pour le médecin traitant (à V3) :

Nom du médecin traitant :

Médecin traitant souhaite participer à l'étude :

La patiente ayant accouché, l'avez-vous revu en consultation depuis son accouchement ?

☐ Oui ☐ NonAvez-vous effectué un dépistage de la dépression du post-partum ? ☐ Oui ☐ NonSi oui, le résultat était-il en faveur d'une dépression du post-partum ? ☐ Oui ☐ NonSi oui, l'avez-vous mis en relation avec un professionnel spécialisé en psychiatrie/psychologie périnatale ? ☐ Oui ☐ NonSi oui, quel type ? ☐ Psychiatre ☐ Psychologue ☐ Sage-Femme ☐ PuéricultriceDepuis l'accouchement, avez-vous renseigné un nouveau diagnostic psychiatrique dans le dossier de la patiente ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui précisez le trouble : _____