

Programme de santé Périnatale du Nouveau-Brunswick

Guide d'instruction du dossier antenatale

Outil de travail pour les fournisseur de la santé

Tables des matières

Introduction	2
Recommandations et informations importantes	3
Section 1 : Données démographiques et contextuelles	4
Section 2 : Grossesse actuelle / allergies et médicaments	5
Section 3 : Antécédents obstétricaux	5
Section 4 : Antécédents médicaux et familiaux	6
Section 5 : Mode de vie et environnement social	7
Section 6 : Examen physique	8
Section 7 : Examens diagnostiques et tests de laboratoire	8
Accès aux exemplaires du dossier anténatale	10
Coordonnées	10
<u>ANNEXES</u>	
(A) Tableau d'indice de masse corporelle	11
(B) Outil de dépistage TWEAK	12
(C) Guide de consommation d'alcool/ comment poser la question	
(D) Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (EPDS)	14

Adresse Administrative :
221 West Lane, 3ième étage
Moncton, NB, E1C 6V3

Adresse Postale :
135 Avenue MacBeath
Moncton, NB, E1C 6Z8

Août 2015

INTRODUCTION

Les parties 1 et 2 du dossier anténatale, s'inscrivant dans le programme de santé périnatale du Nouveau-Brunswick, sont un outil qui a été mis au point pour faciliter l'évaluation et la consignation des informations pertinentes à la santé de la femme et aux soins de grossesse de manière normalisée. Ce guide-outil, qui vise à favoriser la communication entre les fournisseurs de soins et les établissements, contient des éléments fondés sur des données probantes en matière de soins anténataux et maternels. Le contenu de certains champs du dossier anténatale sera codé et recueilli dans une base de données dans le cadre du programme de santé périnatale. Une bonne documentation est primordiale pour maintenir une base de données cohérente, fiable et précise. Tous les établissements qui fournissent des services de santé maternelle et néonatale recueilleront des données précisément pour ce programme. Cette collecte de données permettra de définir et de promouvoir les normes, les pratiques exemplaires, les initiatives en matière de soins de santé et les politiques éclairées par les données probantes, éléments qui favorisent tous l'état de santé maternelle et périnatale à l'échelle de la province.

Conjointement aux parties 1 et 2 du dossier anténatal, plusieurs autres outils sont proposés pour faciliter l'évaluation de l'état de santé de la patiente:

- **Le tableau d'indice de masse corporelle:**
- **TWEAK** [Tolérance, Worry (inquiète), Eye-opener (révélateur), Amnésie, Cut down (réduire)] pour évaluer le risque de consommation d'alcool chez les femmes enceintes;
- le **guide de consommation d'alcool pendant la grossesse** et "**Comment poser la question**" est un outil qui vous guidera à travers d'une série de phrases introductives liées à la consommation d'alcool pendant la grossesse
- **l'échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (EDPS)** (questionnaire auto-administré), qui

RECOMMANDATION / INFORMATION PERTINANTE

Nous recommandons l'envoi d'un exemplaire du dossier anténatal au service de maternité de l'hôpital entre les semaines 34 et 36 de gestation. L'hôpital doit disposer de ces informations importantes au cas où la patiente serait admise plus tôt que prévu durant la période anténatale. **Médecins de famille - veuillez, le cas échéant, conserver un exemplaire dans vos dossiers. L'original doit toujours suivre la patiente.**

Si la patiente est orientée vers une clinique obstétrique avant la 34^e semaine de gestation, il faudrait envoyer le dossier anténatal à cette clinique pour permettre aux fournisseurs de soins de détenir toutes les informations pertinentes liées à la grossesse. **Le dossier anténatal doit toujours suivre la patiente.**

Le Dossier anténatal / Évaluations subséquentes anténatales - Partie 3 est utilisée pour documenter la grossesse lors de chaque visite anténatale. Si cette feuille est entièrement remplie, il est possible d'en ajouter d'autres.

Le Dossier anténatal / Évaluations post-partum - Partie 4 doit être remplie à la clinique obstétrique pendant la visite postnatale (6-8 semaines après l'accouchement) ainsi qu'à la première visite avec le médecin de famille. Les données recueillies sur toute la durée de la grossesse pourront faire l'objet de rapports dans le cadre du programme périnatale.

Selon les politiques du Réseau de Santé Horizon, la date devra être entrée dans le format jj/mm/aaaa. Selon les politiques du Réseau de Santé Vitalité, la date devra être entrée dans le format aaaa-mm-jj. Veuillez respecter la politique de votre réseau.

*Il est à noter qu'il aura **3 copies** du dossier anténatale au moment du congé de l'hôpital. La *copie originale* sera classée au **dossier clinique de la mère**, une copie pour le **dossier clinique du bébé** et une copie pour le **médecin traitant**.

Section 1 Donnée Démographique et Personnelle

Élément	Description
Nom de famille de la patiente	Nom de famille de la mère
Prénom de la patiente	Prénom de la mère
Adresse	Adresse du domicile de la patiente (y compris le code postal)
Numéro de téléphone	Numéro de téléphone de la patiente (y compris à la maison, le cellulaire et au travail)
Langue	Langue privilégiée et comprise par la patiente
Numéro d'assurance-maladie	Numéro d'assurance maladie de la patiente avec la date d'expiration
Numéro de dossier d'hôpital	Numéro de dossier de l'hôpital ou elle planifie de donné naissance (ou domicile)
Date de naissance	Date de naissance de la patiente
Âge	Âge de la patiente à la date prévue de l'accouchement
État civil	État civil de la patiente. Indiquez si elle est mariée, célibataire, conjointe de fait, séparée ou divorcée, ou veuve
Profession ou statut professionnel	Profession de la patiente. On peut ainsi déterminer si son travail présente un facteur de risque environnemental ou professionnel, comme une exposition à des composés chimiques, à l'amiante, aux radiations ou aux déchets dangereux. Cette information, qui permettra de relever toutes associations avec des anomalies congénitales, est recueillie dans notre base de données pour effectuer d'autres examens afin de produire des rapports sur le plan provincial et national. Indiquez si elle travaille à plein temps ou à temps partiel, ou si elle ne travaille pas.
Niveau d'éducation	Le niveau scolaire de la patiente. Indiquez: Sans diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, certain niveau postsecondaire (notamment des cours menant à un diplôme collégial ou universitaire), attestation collégiale ou certificat de compétence, diplôme universitaire
Ethnicité pour la mère et le père biologique	Identité ethnique ou culturelle. Indiquez s'ils sont Acadiens, Afro-Canadiens, Asiatiques, Autochtones, Caucasiens, Hispaniques, Juifs, Québécois, d'origine méditerranéenne, d'origine moyen-orientale, autres (précisez). Cette collecte de données vise à repérer les patients présentant un risque accru d'anomalies congénitales associées à certaines ethnicités. Dans le cas d'une insémination artificielle ou d'une mère porteuse, il faudrait connaître l'ethnicité du donneur et pas nécessairement la ou le partenaire lié directement à la grossesse. Inscrivez les données pour la mère et le père.
OBS/Médecin/sage-femme	Nom du Fournisseur de la santé primaire pendant la grossesse de la femme
Soins néonataux	Nom du fournisseur de la santé qui donnera les soins au nouveau-né
Médecin de famille	Nom du médecin de famille
Partenaire lié directement à la grossesse	Cochez 'oui' ou 'non' si le partenaire va participer à la grossesse
Information du partenaire/père	
Nom de famille	Nom de famille du partenaire ou du père
Prénom	Prénom du partenaire ou du père

Profession	Profession du partenaire ou du père. On peut ainsi déterminer si son travail présente un facteur de risque environnemental ou professionnel, comme une exposition à des composés chimiques, à l'amiante, aux radiations ou aux déchets dangereux. Cette information, qui permettra de relever toute association avec des anomalies congénitales, est recueillie dans notre base de données pour effectuer d'autres examens afin de produire des rapports sur le plan provincial et national.
Niveau d'éducation	Niveau d'éducation du partenaire/père: cochez la case appropriée sur le formulaire.
Âge	Âge du père ou du partenaire

Section 2 Grossesse Actuelle/ Médication et Allergie

Élément	Description
Dernières menstruations (DM)	Dernières menstruations selon le format aaaa-mm-jj- cochez <<oui>> ou <<non>> pour indiquer si la patiente est certaine de la date.
Cycle menstruel	indiquez la durée du cycle menstruel et cochez <<oui>> ou <<non>> pour indiquer s'il est régulier.
Type de contraception	Type de contraception (pilule, timbre, dispositif intra-utérin, anneau) utilisé par la patiente avant de savoir qu'elle est enceinte et date de dernière utilisation - aaaa/mm/jj
Date prévue d'accouchement (DPA)	Date d'accouchement prévue selon le format aaaa-mm-jj
Date du test de grossesse positif	Date du test de grossesse positif aaaa-mm-jj
DPA Définitive	Date prévue d'accouchement définitive: cochez la case correspondant à la méthode de datation (dernières menstruations, échographie, insémination artificielle)
Allergies ou sensibilités	Énumérez les allergies ou les sensibilités ainsi que les réactions associés.
Saignements, nausées, vomissements	Indiquer si la femme a expérimenté des saignements, nausée ou vomissement pendant la grossesse actuelle. Cochez 'oui' ou 'non'
Infection ou fièvre	Cochez <<oui>> ou <<non>> pour indiquer si la patiente a eu des infections ou de la fièvre pendant la grossesse actuelle.
Acide folique avant la conception	Cochez <<oui>> ou <<non>> pour indiquer si la patiente a pris de l'acide folique avant la conception. Si <<oui>>, veuillez indiquer la date à laquelle la patiente a commencé à en prendre.
Dose d'acide folique	Indiquez la dose d'acide folique prise avant la conception. Veuillez vous reporter à l'annexe E pour la posologie appropriée selon la SOGC.
Médicaments, produits à base de plantes, médicaments en vente libre	Enumérez les médicaments, les produits à base de plantes et les médicaments en vente libre- veuillez utiliser les formulaires de médicaments ou les notes de progrès si vous avez besoin de plus d'espace pour tout écrire.

Section 3 Antécédents Obstétricaux

Élément	Description
Gavida	Le nombre total de grossesses (antérieures et actuelle), sans tenir compte de l'âge gestationnel, du type, du temps ou de l'issue liée à la méthode d'interruption. Les jumeaux ou triplés sont comptés comme une seule grossesse.
À Terme	Le nombre total de grossesses antérieures menant à une naissance sur une durée supérieure ou égale à <u>37 semaines complètes</u> de gestation.
Prématuré	Le nombre total de grossesses antérieures menant à une naissance survenant entre la <u>20^e</u> et la <u>36^e semaine complète</u> de gestation.
Avortement - provoqué	Le nombre total d'interruptions antérieures et spontanées avant la 20^e semaine complète de gestation. Sont comprises dans ce nombre les grossesses non désirées.
Avortement - spontané	Le nombre total d'interruptions antérieures et spontanées avant la 20^e semaine complète de gestation. Sont compris dans ce nombre les avortements manqués, les grossesses ectopiques et l'interruption d'un fœtus non viable.
En vie	Le nombre total d'enfants que la mère a mis au monde et qui sont actuellement vivant. La grossesse actuelle n'est pas comprise dans ce nombre.
Naissances antérieures, détails et résultats. Si vous souhaitez plus d'espace pour cette section, veuillez utiliser les notes de progrès et les joindre à ce formulaire.	Inscrivez ici tous les détails des grossesses précédentes et les résultats de naissance, y compris la date et le lieu de naissance ou d'avortement, la durée du travail, l'âge gestationnel, le type d'accouchement (vaginal spontané, forceps, ventouse, césarienne), les complications périnatales, le sexe du bébé, le poids de naissance, l'allaitement et l'état de santé actuel.

Section 4 Antécédents médicaux et familiaux

* Cela comprend les antécédents médicaux et familiaux qui peuvent influencer la prise en charge ou le résultat de la grossesse actuelle. Cochez «non» si la pathologie n'est pas présente. Si «oui», veuillez détailler ou expliquer. Si vous n'avez pas suffisamment d'espace, veuillez utiliser et joindre les notes de progrès à ce formulaire.

Antécédants médicaux	
Élément	Description
Système neurologique	Trouble neurologique importante (épilepsie, convulsion, sclérose en plaques)
Système respiratoire	Trouble respiratoire important.
Système cardiovasculaire	Trouble cardio-vasculaire important.
Hypertension	Hypertension chronique précédente, hypertension actuellement sous médicaments, hypertension pendant les grossesses précédentes.
Prééclampsie/éclampsie	Tout antécédent de prééclampsie ou d'éclampsie.
Hypertension gestationnelle	Tout antécédent d'hypertension gestationnelle.
Système gastro-intestinal ou hépatique	Antécédent de maladie gastro-intestinale ou hépatique.

Système urinaire ou rénal	Troubles préexistants, antécédents d'infections des voies urinaires récurrentes, de pyélonéphrite, d'insuffisance respiratoire aiguë, d'insuffisance respiratoire chronique ou tout autre trouble ayant entraîné des complications lors d'une grossesse précédente.
Intervention à l'utérus ou au col de l'utérus	Histoire importante gynécologique ou procédures du col de l'utérus (les fibromes, endométriose, tests de Pap anormal qui ont nécessité un traitement ou une enquête plus poussée)
ITS et autres infections	Histoire des ITS (Infections transmises sexuellement) ou d'autres maladies infectieuses et leurs risques pour la grossesse
Varicelle	Antécédent de varicelle ou immunisation.
Thromboembolie et hématologie	Problèmes antérieurs liés aux varices, à la thrombose veineuse profonde, à l'embolie pulmonaire ou aux troubles de coagulation.
Diabète, thyroïde et système endocrinien	Troubles endocriniens (diabète, thyroïde).
Dépression et psychiatrie	Antécédents ou présence de maladie mentales et traitements.
Chirurgie mammaire	Antécédents de toute chirurgie des seins (réduction, augmentation, lumpectomie).
Chirurgie abdominale	Antécédents de chirurgie abdominale (appendicectomie, cholécystectomie, polypectomie, liposuction, gastrectomie).
Anesthésie	Complications liées à des anesthésiques antérieurs.
Transfusions sanguines	Antécédents de transfusions sanguines.
Autres	Indiquez toute autre pathologie qui peut avoir des conséquences sur la prise en charge de la grossesse.

Antécédants familiaux	
Élément	Description
Antécédants familiaux des côtés maternel	Informations comprenant les maladies du coeur, l'hypertension, le diabète, la thyroïde, les maladies thromboemboliques ou hématologiques, ou toute autre maladie qui peut avoir des conséquences sur les résultats de la grossesse. Précisez également, le cas échéant, tout antécédent de naissances multiples.
Troubles génétiques	Antécédents familiaux d'anomalies congénitales, d'anomalies chromosomiques ou de tout trouble ethnique (drépanocytose, maladie de Tay-Sachs, thalassémie, affection spécifique aux Ashkénazes). Précisez également tout trouble qui peut avoir des conséquences sur les résultats de la grossesse.

Section 5 Mode de vie et environnement social

*Cochez la case indiquant que vous avez discuté de l'élément et détaillez toute préoccupation soulevée.

*Cochez la case 'référé' si la patiente est référée pour un examen plus approfondi ou un traitement supplémentaire.

Élément	Description
---------	-------------

Alimentation /nutrition/vitamines anténatales	Suffisance nutritionnelle pendant la grossesse actuelle. Une alimentation restreinte peut indiquer un trouble alimentaire ou un autre type de régime (végétalisme, végétarisme). Il sera peut-être nécessaire d'aiguiller la patiente en cas de diabète, d'obésité ou d'alimentation restreinte.
Activité physique	Activité physique, repost et horaire de travail de la patiente.

Utilisation du tabac (tabagisme)	
Élément	Description
Tabagisme (cigarette)	Indiquez si la patiente déjà fumé. Indiquez la date d'abandon si elle est une ex-fumeuse.
Cigarettes / jour avant la grossesse	Précisez la moyenne de cigarettes par jour avant la grossesse. (Il est à noter que 1/2 paquet correspond à 13 cigarettes et 1 paquet correspond à 25 cigarettes.)
Cigarettes / jour actuellement	Inscrivez la moyenne de cigarettes par jour pendant la grossesse actuelle. (Il est à noter que 1/2 paquet correspond à 13 cigarettes et 1 paquet correspond à 25 cigarettes.)
Exposition à fumée secondaire	Cochez «oui» ou «non» pour indiquer une exposition à la fumée secondaire. Si la mère vit avec un fumeur ou travaille avec des fumeurs.

* L'outil 'TWEAK' est joint au guide d'instruction. L'outil a été validé pour dépister le risque d'alcool chez les femmes enceintes. L'outil TWEAK (autoadministré) peut être employé sous forme de discussion avec la patiente.

Abus d'alcool ou de drogues	
Élément	Description
Alcool	Cochez «oui» ou «non» pour indiquer si la patiente a consommé de l'alcool.
Maximum de consommations avant et pendant la grossesse actuelle	Inscrivez le maximum de consommations avant et pendant la grossesse actuelle. Veuillez vous reporter aux questions types présentées à l'annexe C ci-jointe: «Guide de consommation d'alcool de la mère et comment poser la question». Veuillez poser les questions suivantes à la patiente et inscrire ses réponses: À combien de semaines avez-vous su que vous étiez enceinte? Quelles étaient vos habitudes en matière de consommation d'alcool avant de tomber enceinte? Avez-vous pu arrêter ou réduire votre consommation depuis que vous savez que vous attendez un bébé?
Score TWEAK	Inscrivez le score au test «TWEAK» pour toutes les patientes. Reportez-vous au guide de notation de l'annexe B ci-jointe.
Consommation de drogues	Cochez «oui» ou «non» pour indiquer une consommation de drogues pendant la grossesse. Précisez à la section «Notes» le type de drogue consommée. Il peut s'agir de marijuana, de cocaïne, de méthadone, d'héroïne, de solvants ou d'autres drogues, auquel cas il faudra préciser.

Élément	Description
----------------	--------------------

Risques professionnels et environnementaux	Cochez «oui» ou «non» pour indiquer si la patiente est exposée à un risque professionnel ou environnemental. Ce risque consiste en toute exposition aux composants chimiques, à l'amiante, aux radiations, aux déchets dangereux, etc.
Système de soutien	Discutez des personnes qui apporteront du soutien à la patientes pendant la
Violence Interpersonnelle	Indiquez tout schéma ou antécédant de violence interpersonnelle d'ordre physique, sexuel ou émotionnel.
Agression sexuelle	Indiquez toute agression sexuelle.
Aides financières, prestations anténatales, allocations au logement	Inscrivez toute préoccupation financière et question de stabilité en matière de log
Cours prénataux	Indiquez si la patiente a suivi des cours prénataux.

Section 6 Examen Physique

Élément	Description
Date de l'examen	Indiquez la date à laquelle l'examen a été réalisé.
Tension Artérielle	Indiquez les mesures de la pression artérielle prises durant l'examen.
Taille (cm)	Inscrivez la taille de la patient en centimètres.
Poids avant la grossesse	Inscrivez le poids en kilogramme de la patiente avant la grossesse.
IMC (indice masse corporelle) avant la grossesse	Inscrivez l'IMC avant la grossesse. Reportez-vous à l'IMC sur l'annexe A ci-jointe.
Résultats et commentaires	Inscrivez les résultats et les commentaires liés à l'examen physique dans l'espace réservé aux rubriques suivantes: tête et cou, abdomen, peau et varices, examen pelvien, coeur et poumons, système musculosquelettique, seins et mamelons, prélèvement cytologique du col et de l'utérus ou sur écouvillon.

Section 7 Examens diagnostiques et tests de laboratoire

Élément	Description
Première visite prénatale	Date de la 1ère visite prénatale. Indiquez les résultats des tests suivants pratiqués sur toutes les patientes : FSC, HbsAg, rubéole, syphilis/VDRL, ABO/Rh, le VIH, chlamydia, gonorrhée, culture et sensibilité d'urine et date du test PAP.
	Indiquez les résultats des tests suivants pratiqués sur certaines patientes : varicelle, dépistage du diabète, Rh du père, TSH hépatite C et tout autre test réalisé. Si ces tests ont été réalisés lors d'une prévisite, veuillez inscrire la date et les résultats.
DE 9 À 13 +6 SEMAINES	Indiquez si l'épreuve sérologique de la patiente a été «discutée», «refusée» ou «acceptée», puis ajoutez la date (dépistage pour le syndrome de Down, trisomie 18).

DE 15 À 20 ⁺⁶ SEMAINES	Indiquez si l'épreuve sérologique de la patiente a été «discutée», «refusée» ou «acceptée», puis ajoutez la date (dépistage pour le syndrome de Down, trisomie 18).
DE 18 À 21 SEMAINES	Indiquez la date de l'échographie ainsi que tout autre résultat de laboratoire ou du DI.
DE 24 À 28 SEMAINES	Indiquez les résultats des tests suivants pratiqués sur toutes les patientes: FSC, dépistage du diabète, dépistage des anticorps.
28 SEMAINES	Indiquez si des immunoglobulines Rh ^o (D) ont été administrées et, si oui, indiquez la date.
DE 28 À 32 SEMAINES	Indiquez le score obtenu sur l'échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (EPDS) et cochez «oui» ou «non» pour indiquer si un suivi a été mis en place. Le dépistage est nécessaire entre les semaines 28 et 32 de la gestation, puis aux semaines 6 à 8 après l'accouchement . Reportez-vous à l'outil de dépistage EPDS de l'annexe D ci-jointe.
DE 35 À 37 SEMAINES	Indiquez le résultats positif ou négatif du SGB (streptocoque du groupe B), si un dépistage a été réalisé, ainsi que la date. Autrement, cochez «refusé» si la patiente s'y est opposée.

Tests et procédures spécifiques	Cochez «oui» «non» pour indiquer si le test de tolérance au glucose (TTG-diabète gestationnel) a été réalisé et précisez la date et les résultats.
	Indiquez si une amniocentèse a été réalisée ainsi que la date et les résultats.
	Indiquez si un prélèvement de villosités choriales (PVS) a été réalisé ainsi que la date.
	Indiquez si le vaccin contre la grippe saisonnière a été «discuté», «refusé», ou «administré». Si le vaccin a été administré, indiquez la date.
	Indiquez si d'autres procédures ou examens ont été pratiqués sur la patiente et la pertinence relativement à sa grossesse actuelle.

Obtenir des copies du Dossier Anténatale

Des copies du formulaire seront téléchargés sur le Boulevard et Skyline pour les fournisseurs de soins de santé pour l'imprimer à partir de leurs bureaux, les cliniques ou leurs établissements.

Des copies seront aussi disponibles sur le site Web du Programme de Santé Périnatale:
<http://fr.horizonnb.ca/accueil/%C3%A9tablissements-et-services/programmes-provinciaux/programme-de-sant%C3%A9-p%C3%A9rinatale-du-n-b.aspx>

Si vous souhaitez recevoir des copies papier du formulaire, veuillez communiquer avec votre département d'imprimerie de votre établissement

Personne Ressource

Pour des commentaires ou questions concernant l'une quelconque du Dossier Anténatale veuillez communiquer avec :

Natalie Fay, CHIM/CGIS, Coordinatrice - Traitements des données
Programme de santé Périnatale du NB.

Téléphone : (506) 870-2454

Courriel : Natalie.Fay@horizonNB.ca

Calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) avant la grossesse

TROP MAIGRE (IMC<18,5) Risque accru		NORMAL (IMC 18,5-24,9) Risque moindre		EN SURPOIDS (IMC 25,0-29,9) Risque accru		OBÈSE CLASSE I (IMC 30,0-34,9) Risque élevé		OBÈSE CLASSE II (IMV 35,0-39,9) Risque très élevé		OBÈSE CLASSE III (IMC >=40,0) Risque extrêmement élevé			
Poids avant la grossesse		Taille en pieds/pouces et mètres											
LB	KG	4 pi 8 po 1,42m	4 po 10 po 1,47m	5 pi 0 po 1,52m	5 pi 2 po 1,57m	5 pi 4 po 1,63m	5 pi 6 po 1,68m	5 po 8 po 1,73m	5 pi 10 po 1,78m	6 pi 0 po 1,83m	6 pi 2 po 1,88m	6 pi 4 po 1,93m	6 pi 6 po 1,98m
100	45,4	22,5	21,0	19,7	18,4	17,1	16,1	15,2	14,3	13,6	12,8	12,2	11,6
105	47,6	23,6	22,0	20,6	19,3	17,9	16,9	15,9	15,0	14,2	13,5	12,8	12,1
110	49,9	24,7	23,1	21,6	20,2	18,8	17,7	16,7	15,7	14,9	14,1	13,4	12,7
115	52,2	25,9	24,2	22,6	21,2	19,6	18,5	17,4	16,5	15,6	14,8	14,0	13,3
120	54,4	27,0	25,2	23,5	22,1	20,5	19,3	18,2	17,2	16,2	15,4	14,6	13,9
125	56,7	28,1	26,2	24,5	23,0	21,3	20,1	18,9	17,9	16,9	16,0	15,2	14,5
130	59,0	29,3	27,3	25,5	23,9	22,2	20,9	19,7	18,6	17,6	16,7	15,8	15,0
135	61,2	30,4	28,3	26,5	24,8	23,0	21,7	20,4	19,3	18,3	17,3	16,4	15,6
140	63,5	31,5	29,4	27,5	25,8	23,9	22,5	21,2	20,0	19,0	18,0	17,0	16,2
145	65,8	32,6	30,5	28,5	26,7	24,8	23,3	22,0	20,8	19,6	18,6	17,7	16,8
150	68,0	33,7	31,5	29,4	27,6	25,6	24,1	22,7	21,5	20,3	19,2	18,3	17,3
155	70,3	34,9	32,5	30,4	28,5	26,5	24,9	23,5	22,2	21,0	19,9	18,9	17,9
160	72,6	36,0	33,6	31,4	29,5	27,3	25,7	24,3	22,9	21,7	20,5	19,5	18,5
165	74,8	37,1	34,6	32,4	30,3	28,2	26,5	25,0	23,6	22,3	21,2	20,1	19,1
170	77,1	38,2	35,7	33,4	31,3	29,0	27,3	25,8	24,3	23,0	21,8	20,7	19,7
175	79,4	39,4	36,7	34,4	32,2	29,9	28,1	26,5	25,1	23,7	22,5	21,3	20,3
180	81,6	40,5	37,8	35,3	33,1	30,7	28,9	27,3	25,8	24,4	23,1	21,9	20,8
185	83,9	41,6	38,8	36,3	34,0	31,6	29,7	28,0	26,5	25,1	23,7	22,5	21,4
190	86,2	42,7	39,9	37,3	35,0	32,4	30,5	28,8	27,2	25,7	24,4	23,1	22,0
195	88,5	43,9	41,0	38,3	35,9	33,3	31,4	29,6	27,9	26,4	25,0	23,8	22,6
200	90,7	45,0	42,0	39,3	36,8	34,1	32,1	30,3	28,6	27,1	25,7	24,3	23,1
205	93,0	46,1	43,0	40,3	37,7	35,0	33,0	31,1	29,4	27,8	26,3	25,0	23,7
210	95,3	47,3	44,1	41,2	38,7	35,9	33,8	31,8	30,1	28,5	27,0	25,6	24,3
215	97,5	48,4	45,1	42,2	39,6	36,7	34,5	32,6	30,8	29,1	27,6	26,2	24,9
220	99,8	49,5	46,2	43,2	40,5	37,6	35,4	33,3	31,5	29,8	28,2	26,8	25,5
225	102,1	50,6	47,2	44,2	41,4	38,4	36,2	34,1	32,2	30,5	28,9	27,4	26,0
230	104,3	51,7	48,3	45,1	42,3	39,3	37,0	34,8	32,9	31,1	29,5	28,0	26,6
235	106,6	52,9	49,3	46,1	43,2	40,1	37,8	35,6	33,6	31,8	30,2	28,6	27,2
240	108,9	54,0	50,4	47,1	44,2	41,0	38,6	36,4	34,4	32,5	30,8	29,2	27,8
245	111,1	55,1	51,4	48,1	45,1	41,8	39,4	37,1	35,1	33,2	31,4	29,8	28,3
250	113,4	56,2	52,5	49,1	46,0	42,7	40,2	37,9	35,8	33,9	32,1	30,4	28,9
255	115,7	57,4	53,5	50,1	46,9	43,5	41,0	38,7	36,5	34,5	32,7	31,1	29,5
260	117,9	58,5	54,6	51,0	47,8	44,4	41,8	39,4	37,2	35,2	33,4	31,7	30,1
265	120,2	59,6	55,6	52,0	48,8	45,2	42,6	40,2	37,9	35,9	34,0	32,3	30,7
270	122,5	60,8	56,7	53,0	49,7	46,1	43,4	40,9	38,7	36,6	34,7	32,9	31,2
275	124,7	61,8	57,7	54,0	50,6	46,9	44,2	41,7	39,4	37,2	35,3	33,5	31,8
280	127,0	63,0	58,8	55,0	51,5	47,8	45,0	42,4	40,1	37,9	35,9	34,1	32,4
285	129,3	64,1	59,8	56,0	52,5	48,7	45,8	43,2	40,8	38,8	36,6	34,7	33,0
290	131,5	65,2	60,9	56,9	53,3	49,5	46,6	43,9	41,5	39,3	37,2	35,3	33,5
295	133,8	66,4	61,9	57,9	54,3	50,4	47,4	44,7	42,2	40,0	37,9	35,9	34,1
300	136,4	67,5	63,0	58,9	55,2	51,2	48,2	45,5	43,0	40,6	38,5	36,5	34,7
305	138,3	68,6	64,0	59,9	56,1	52,1	49,0	46,2	43,6	41,3	39,1	37,1	35,3
310	140,6	69,7	65,1	60,9	57,0	52,9	49,8	47,0	44,4	42,0	39,8	37,7	35,9
315	142,9	70,9	66,1	61,9	58,0	53,8	50,6	47,7	45,1	42,7	40,4	38,4	36,5
320	145,1	72,0	67,1	62,8	58,9	54,6	51,4	48,5	45,8	43,3	41,1	39,0	37,0
325	147,4	73,1	68,2	63,8	59,8	55,5	52,2	49,2	46,5	44,0	41,7	39,6	37,6
330	149,4	74,2	69,3	64,8	60,7	56,3	53,0	50,0	47,2	44,7	42,4	40,2	38,2
335	152,0	75,4	70,3	65,8	61,7	57,2	53,9	50,8	48,0	45,4	43,0	40,8	38,8
340	154,2	76,5	71,4	66,7	62,6	58,0	54,6	51,5	48,7	46,0	43,6	41,4	39,3
345	156,5	77,6	72,4	67,7	63,5	58,9	55,4	52,3	49,4	46,7	44,3	42,0	39,9

GUIDE DE NOTATION POUR LE QUESTIONNAIRE DE DÉPISTAGE TWEAK		
T	Tolérance « Combien de verres vous faut-il pour ressentir l'état d'ébriété? » (ou voici une autre formulation possible : « Combien de verres pouvez-vous prendre? ») <i>Consignez le nombre de verres.</i>	3 verre ou plus = 2 points
W	Worry (inquiet) « Est-ce que des amis ou des membres de votre famille se sont plaints ou se sont dit inquiets de votre consommation d'alcool au cours de la dernière année? »	Oui = 2 points
E	Eye-Opener (révélateur) « Vous arrive-t-il de prendre un verre le matin dès votre réveil? »	Oui = 1 point
A	Amnésie « Est-ce qu'un ami ou un membre de votre famille vous a déjà décrit quelque chose que vous aviez dit ou fait pendant que vous buviez et dont vous ne vous souveniez pas? »	Oui = 1 point
K (c)	Cut Down (réduire) « Pensez-vous parfois que vous devriez réduire votre consommation d'alcool? »	Oui = 1 point
Une note de 2 points ou plus indique une consommation à risque.		
<small>Source : Russell, M (1994). New Assessment tools for risk drinking during pregnancy: T-ACE, TWEAK and others. Alcohol Health and Research World.</small>		

Comment poser “la question”?

Basé sur le guide de consommation maternelle tiré du « National FASD Screening Tool Development Project »

Questions d'introduction

➤ Pour les femmes d'âge de procréation

« J'aimerais vous poser une série de questions par rapport à votre style de vie. Je pose ces mêmes questions à toutes mes patientes car cela m'aide à mieux comprendre votre vie quotidienne (en termes de diète, exercice ainsi que d'autres habitudes de vie). Ceci m'aidera à mieux vous connaître et vous offrir des meilleurs soins. »

➤ Pour les femmes enceintes

« Je vais débiter en vous posant une série de questions médicales standardisées que je pose à toutes mes patientes pour aider à améliorer votre santé et la santé de votre/vos enfants (ou le nom de l'enfant, si préférable). »

Suite aux questions ci-hauts mentionnées, il est recommandé que les intervenants ne débutent pas avec des questions relatives à l'alcool comme celles mentionnées plus bas, mais plutôt, suite à une série de questions inoffensives par rapport au style de vie (exemple : prenez-vous des médicaments prescrits ou des médicaments à l'étagère? Prenez-vous des vitamines? Combien souvent avez-vous la chance de faire de l'exercice, ou du tout? Combien souvent utilisez-vous des produits naturels/homéopathiques?) Il a été démontré dans la littérature que les réponses les plus exactes sont dérivées lorsque les questions pertinentes à l'alcool sont dissimulées avec des questions par rapport aux autres comportements et pratiques de style de vie.

Quand avez-vous su que vous étiez enceinte?

Exemples de questions ouvertes prouvées efficaces:

Les options de questionnement suivantes ont été validées par différents experts

- ✓ « Quand était la dernière fois que vous avez consommé un verre? »
- ✓ « Buvez-vous parfois de la bière, du vin ou autre boissons alcoolisées? »
- ✓ « Utilisez-vous parfois de l'alcool? »
- ✓ « Dans les derniers 1 à 2 mois, avez-vous eu du plaisir à boire un ou deux verres d'alcool? »

Questions spécifiques à la grossesse?

- ✓ « Pouvez-vous me parler un peu de vos habitudes de consommation avant que vous ayez appris que vous étiez enceinte? »
- ✓ « Avez-vous été capable d'arrêter ou diminuer la consommation depuis que vous l'avez appris? »

Questions spécifiques aux adolescents

- ✓ « Quel genre de party avez-vous? OU Quel genre de party vos amis ont-ils? »

Suggestions utiles

- **Pour encourager un rapport plus efficace, on pourrait suggérer des niveaux plus élevés de consommation d'alcool/drogue:**
 - ✓ « Et sur ces jours-là, est-ce que ce serait environ 3 à 4 verres ou plutôt 8 à 10 verres? »

- Dans les cas d'une histoire confirmée ou suspectée d'une dépendance/abus d'alcool dans le passé
 - ✓ « Avez-vous déjà eu un problème de boisson? »
 - ✓ « Quand était votre dernier verre? »

Questions à éviter et alternatives:

- **Évitez des questions telles que :**
 - ✓ « Buvez-vous fréquemment? »
 - ✓ « Combien buvez-vous? »
- **Évitez des questions qui requièrent une réponse "oui" ou "non"**. Il est préférable de poser des questions ouvertes pour ouvrir un dialogue, tel que : « que savez-vous sur les effets de consommer pendant une grossesse? »
- **Évitez remarques qui augmentent la culpabilité** chez les femmes qui admettent la continuité de la consommation d'alcool
 - ✓ « vous avez peut-être déjà fait du tort à votre enfant »

Plutôt, un exemple d'énoncé qui serait plus constructif

« Vous pouvez avoir un bébé plus en santé en arrêtant de consommer pour le reste de la grossesse »

Guide pour la consommation d'alcool par la mère

Projet d'élaboration d'un outil national de dépistage et l'ETCAF



Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (EDPS) GUIDE DE NOTATION

Au cours des 7 derniers jours :	
<p>1. J'ai été capable de rire et voir le côté drôle des choses.</p> <p>0 Autant qu'auparavant 1 Pas vraiment autant qu'auparavant 2 Certainement pas autant qu'auparavant 3 Pas du tout</p> <p>2. J'avais vraiment hâte de voir ce qui allait se passer dans les jours à venir.</p> <p>0 Autant que d'habitude 1 Un peu moins que d'habitude 2 Certainement moins que d'habitude 3 Presque pas</p> <p>3. Je me suis blâmée sans raison quand les choses ont mal tourné.</p> <p>3 Oui, la plupart du temps 2 Oui, parfois 1 Pas très souvent 0 Non, jamais</p> <p>4. J'ai été anxieuse ou inquiète sans bonne raison.</p> <p>0 Non, pas du tout 1 Presque jamais 2 Oui, parfois 3 Oui, très souvent</p> <p>5. J'ai ressenti de la peur ou de la panique sans avoir une très bonne raison.</p> <p>3 Oui, beaucoup 2 Oui, parfois 1 Non, pas beaucoup 0 Non, pas du tout</p>	<p>6. Je me suis sentie dépassée par les événements.</p> <p>3 Oui, la plupart du temps, je n'ai pas été capable de m'organiser 2 Oui, parfois j'ai eu plus de difficulté que d'habitude à m'organiser 1 Non, la plupart du temps je me suis assez bien organisée 0 Non, je me suis aussi bien organisée que d'habitude</p> <p>7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu de la difficulté à dormir.</p> <p>3 Oui, la plupart du temps 2 Oui, parfois 1 Pas très souvent 0 Non, jamais</p> <p>8. Je me suis sentie triste ou j'avais les bleus.</p> <p>3 Oui, la plupart du temps 2 Oui, assez souvent 1 Pas très souvent 0 Non, pas du tout</p> <p>9. J'ai été tellement malheureuse que je pleurais.</p> <p>3 Oui, la plupart du temps 2 Oui, assez souvent 1 Pas très souvent 0 Non, pas du tout</p> <p>10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal.</p> <p>3 Oui, très souvent 2 Parfois 1 Presque jamais 0 Jamais</p>

Une note de 1 à 3 pour la question 10 indiquant un risque d'acte autodestructeur nécessite une évaluation immédiate de la santé mentale et l'intervention appropriée.

Une note de 11 à 13 indique qu'il faut surveiller, aider et informer.

Une note de 14 ou plus indique qu'il faut mener une évaluation diagnostique bio-psycho-sociale exhaustive pour dépression.

Source : Cox, JL, Holden, JM, Sagovsky, R (1987). Department of Psychiatry, University of Edinburgh