

Date du jour :

Lieu de consultation :

Nom du consultant :

Votre nom :

Votre prénom :

Votre date de naissance :

Date de naissance de votre bébé :

Votre adresse :

Votre N° de Tel :

## Questionnaire EPDS d'évaluation d'un état dépressif « Edinburg Postnatal Scale »

Vous venez d'avoir un bébé.  
Nous aimerions savoir comment vous vous sentez.

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

### PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ECOULER :

**(1-) J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté**

- 0 Aussi souvent que d'habitude
- 1 Pas tout à fait autant
- 2 Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
- 3 Absolument pas

**(2-) Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir**

- 0 Autant que d'habitude
- 1 Plutôt moins que d'habitude
- 2 Vraiment moins que d'habitude
- 3 Pratiquement pas

**(3-) Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal**

- 0 Non, pas du tout
- 1 Presque jamais
- 2 Oui, parfois
- 3 Oui, très souvent

**(4-) Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motif**

- 0 Non, pas du tout
- 1 Presque jamais
- 2 Oui, parfois
- 3 Oui, très souvent

**(5-) Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raison**

- 3 Oui, vraiment souvent
- 2 Oui, parfois
- 1 Non, pas très souvent
- 0 Non, pas du tout

**(6-) J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements**

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

**(7-) Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil**

- 3 Oui, la plupart du temps
- 2 Oui, parfois
- 1 Pas très souvent
- 0 Non, pas du tout

**(8-) Je me suis sentie triste ou peu heureuse**

- 3 Oui, la plupart du temps
- 2 Oui, très souvent
- 1 Pas très souvent
- 0 Non, pas du tout

**(9-) Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré**

- 3 Oui, la plupart du temps
- 2 Oui, très souvent
- 1 Seulement de temps en temps
- 0 Non, jamais

**(10-) Il m'est arrivé de penser à me faire mal**

- 3 Oui, très souvent
- 2 Parfois
- 1 Presque jamais
- 0 Jamais