

# QUESTIONNAIRE ÉTABLISSEMENT



Enquête  
nationale  
périnatale  
2010

**ANNEE = 2010**

Nous souhaitons savoir comment sont organisés les soins dans votre maternité. Ceci nous permettra de mieux comprendre les variations nationales dans la prise en charge des femmes pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et dans les suites de couches. Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire en inscrivant, pour chaque question, le code correspondant à la situation dans votre maternité, et en précisant votre réponse en clair si nécessaire. Pouvez-vous décrire l'organisation des soins, en dehors des aménagements éventuels que vous avez pu prendre en raison de la pandémie grippale. Des questions spécifiques sur ces aménagements figurent à la fin du questionnaire.

**Numéro FINESS géographique de l'établissement**

\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Statut :** 1: CHU  
2: CHR  
3: CH  
4: PSPH  
5: autre privé

\_|\_|

**Variable créée : STATUT\_MATER**

**Type d'autorisation (niveau) :**

e4l\_|\_|

- 1 : Unité d'obstétrique
- 2A : Unité d'obstétrique avec néonatalogie sans soins intensifs
- 2B : Unité d'obstétrique et de néonatalogie avec soins intensifs
- 3 : Unité d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale

**Y a-t-il une unité de néonatalogie dans le service de la maternité ?**

e5l\_|

0: non; 1: oui

**Si oui, y a-t-il possibilité de garder l'enfant avec la mère (unité kangourou) ?**

e6l\_|

0: non; 1: oui

**Pour les césariennes, le bloc obstétrical est-il :**

ce2l\_|

- 1 : dans le secteur naissance ;
- 2 : contigu au secteur naissance
- 3 : inclus dans le bloc opératoire dans le même bâtiment que le secteur naissance
- 4 : inclus dans le bloc opératoire dans un autre bâtiment que celui du secteur naissance
- 5 : autre situation, préciser.....

**Dans la maternité, ou sur le site où se situe la maternité, y a-t-il :**

une salle de réveil 24h/24 : 0: non; 1: oui

ce4 |\_|

une unité de surveillance continue : 0: non; 1: oui

ce5 |\_|

un service de réanimation adulte : 0: non; 1: oui

ce6 |\_|

**Combien avez-vous eu d'accouchements en 2009 ?**

\_|\_|\_|\_|

**Variable créée : TAILLE\_MATER**

## EQUIPE SOIGNANTE EN 2010

### Personnel médical le jour, la nuit et le week-end :

Répondre pour chaque catégorie de personnel si elle est :

- 1 : sur place pour la maternité ou le service de gynécologie-obstétrique
- 2 : sur place dans l'établissement
- 3 : en astreinte opérationnelle hors établissement
- 4 : pas présente dans l'équipe de garde

si plusieurs réponses possibles, inscrire celle correspondant au code le plus faible

|   | jour  | nuit   | week-end |
|---|-------|--------|----------|
| Gynécologue-obstétricien.....           | e8 _  | e9  _  | e10 _    |
| Interne en gynécologie-obstétrique..... | e11 _ | e12  _ | e13  _   |
| Pédiatre.....                           | e14 _ | e15  _ | e16  _   |
| Interne en pédiatrie.....               | e17 _ | e18  _ | e19 _    |
| Anesthésiste-réanimateur.....           | e20 _ | e21 _  | e22  _   |
| Interne en anesthésie.....              | e23 _ | e24  _ | e25  _   |

### Personnes présentes dans le secteur naissance<sup>1</sup> (même si elles ont des activités à l'extérieur)

|  | jour    | nuit    | week-end     |
|--|---------|---------|--------------|
| Nombre de sages-femmes.....                                  | ce7  _  | ce8  _  | ce9  _ ..... |
| Nombre d'infirmières.....                                    | ce10  _ | ce11 _  | ce12  _      |
| Nombre d'infirmières anesthésistes.....                      | ce13  _ | ce14 _  | ce15  _      |
| Nombre d'auxiliaires de puériculture.....                    | ce16  _ | ce17 _  | ce18 _       |
| Nombre d'aides-soignantes.....                               | ce19 _  | ce20  _ | ce21  _      |
| Nombre d'aides-soignantes - auxiliaires de puériculture..... | ce22 _  | ce23 _  | ce24 _       |

### La maternité a-t-elle recours à :

un(e) psychiatre ou pédo-psychiatre : e29|\_|

- 0 : non
- 1 : oui appartenant au service
- 2 : oui extérieur au service, intervenant dans un cadre formalisé
- 3 : oui extérieur intervenant au coup par coup

un(e) psychologue : ..... e30|\_|

- 0 : non
- 1 : oui appartenant au service
- 2 : oui extérieur au service, intervenant dans un cadre formalisé
- 3 : oui extérieur intervenant au coup par coup

### Votre maternité utilise-t-elle un dossier médical informatisé dès le premier contact de la femme (première consultation prénatale ou admission) ?

0: non, dossier papier uniquement ; 1: oui dossier informatisé e25|\_|

Si oui, ce dossier est-il commun au réseau de santé en périnatalité ? 0: non ; 1: oui e26|\_|

## PRISE EN CHARGE DES FEMMES ET DES ENFANTS

### EN PRENATAL

La maternité organise-t-elle des consultations prénatales dans la maternité ? 0: non; 1: oui e27|\_|

Si oui, ces consultations sont-elles organisées pour ?

- 1 : le suivi de toutes les femmes pour toute la grossesse e28|\_|
- 2 : le suivi de toutes les femmes pour une partie de la grossesse
- 3 : le suivi d'une partie des femmes

Pour les femmes qui ne sont pas suivies entièrement à la maternité, à partir de quelle semaine d'aménorrhée environ recommandez-vous une première consultation dans votre maternité ? e29|\_|

Y a-t-il des consultations réalisées par des sages-femmes de la maternité ? 0: non; 1: oui e30|\_|

L'entretien précoce (dit du 4<sup>ème</sup> mois) est-il réalisé à l'intérieur de votre maternité ? 0: non; 1: oui e31|\_|.....

<sup>1</sup> salles de pré-travail, travail, observation, soins immédiats et chirurgie obstétricale

**Si oui,**1 : par des sages-femmes de la maternité

2 : par des gynécologues obstétriciens

3 : les deux

4 : par d'autres personnes, préciser.....

.. **ce32l**\_\_|

**Des cours de préparation à la naissance sont-ils réalisés dans la maternité ?** 0: non; 1: oui

..... **e34l**\_\_|

**Si oui,**1 : par des sages-femmes de la maternité

2 : par des sages-femmes extérieures

3 : les deux

. **ce34l**\_\_|

**Ces cours permettent-ils d'accueillir toutes les femmes qui en font la demande ?** 0: non; 1: oui

..... **e37l**\_\_|

**Dans votre service, avez-vous une consultation en tabacologie ?** 0: non; 1: oui

... **ce35l**\_\_|

**une consultation en alcoologie ?** 0: non; 1: oui

... **ce36l**\_\_|

**une consultation d'addictologie ?** 0: non; 1: oui

... **ce37l**\_\_|

## **EN SALLE DE NAISSANCE**

**Le secteur naissance comprend-il une salle de naissance physiologique**

(prise en charge non technicisée) ? 0: non; 1: oui

..... **ce38l**\_\_|

**Pour les analgésies péridurales, rachi-analgésies ou péri-rachi combinées, avez-vous :**

..... **ce39l**\_\_|

1 : un protocole unique

2 : des protocoles différents suivant l'anesthésiste

**Y a-t-il un ou des protocoles avec une basse concentration**

**des anesthésiques locaux (<0,20 %) ou appelée péridurale 'low dose' ?** 0: non ; 1: oui

**ce40l**\_\_|

**Si oui, quelle proportion de femmes sous analgésie reçoit une basse concentration ?**

**ce41l**\_\_|

1 : un petit nombre de femmes

2 : moins de la moitié des femmes

3 : plus de la moitié des femmes

4 : toutes les femmes

**L'analgésie péridurale autocontrôlée ou PCEA est-elle disponible ?**

**ce42l**\_\_|

0: non

1: pour une partie des femmes

2: pour la plupart des femmes sous analgésie péridurale

**Les femmes sous analgésie péridurale ont-elles la possibilité de déambuler ?** 0: non ; 1: oui

**ce43l**\_\_|

**Quelles sont les positions maternelles utilisées dans votre maternité pour les efforts expulsifs ?**

(plusieurs réponses possibles)

**1 : décubitus dorsal :** 0: non ; 1: oui ..... **ce44l**\_\_|

**2 : décubitus latéral :** 0: non ; 1: oui ..... **ce45l**\_\_|

**3 : position semi-assise :** 0: non ; 1: oui..... **ce46l**\_\_|

**4 : assise :** 0: non ; 1: oui..... **ce47l**\_\_|

**5 : autre, préciser.....** **ce48l**\_\_|

**Si plusieurs positions, quelle est la plus fréquemment utilisée (inscrire le numéro correspondant) ?** ... **ce50l**\_\_|

**Après la naissance, si tout va bien, les bébés sont-ils mis systématiquement**

**sur le ventre de la maman (peau à peau) ?** 0: non ; 1: oui

**ce51l**\_\_|

## **APRÈS LA NAISSANCE ET EN SUITES DE COUCHES**

**Une formation spécialisée sur l'allaitement a-t-elle été suivie au cours des cinq dernières années par les pédiatres, sages-femmes, auxiliaires de puériculture et puéricultrices ?**

**ce52l**\_\_|

0 : non

1 : oui par un petit nombre de ces personnes

2 : oui par la plupart de ces personnes

3 : oui par toutes ces personnes

|  |                 |
|--|-----------------|
| <b>Les nouvelles personnes recrutées ont-elles systématiquement une formation spécialisée sur l'allaitement ?</b> 0: non; 1: oui   | <b>ce53I</b> __ |
| <b>Avez-vous une personne référente pour l'aide à l'allaitement dans le service ?</b><br>0 : non<br>1 : une consultante en lactation appartenant à l'équipe de la maternité<br>2 : une autre personne appartenant à l'équipe de la maternité<br>3 : une autre personne, préciser.....      | <b>ce54I</b> __ |
| <b>Si oui (réponses 1 à 3), les mères peuvent-elles contacter cette personne par téléphone ou la consulter, après la sortie de la maternité ?</b> 0: non ; 1: oui  | <b>ce56I</b> __ |
| <b>Effectuez-vous un dépistage auditif des enfants :</b><br>0: non<br>1: systématique (tous les nouveau-nés)<br>2: ciblé (enfants présentant un facteur de risque)   | <b>ce57I</b> __ |
| <b>Si vous effectuez un dépistage systématique, quel protocole suivez-vous ?</b><br>1: un seul test<br>2: test puis re-test des positifs<br>3: autre, préciser.....  | <b>ce58I</b> __ |
| <b>Quelle méthode utilisez-vous chez les enfants ne présentant pas de facteur de risque ?</b><br>1 : uniquement les potentiels évoqués auditifs automatiques (PEAA)<br>2 : uniquement les oto-émissions acoustiques (OEA)<br>3 : OEA puis PEAA<br>4 : autre ; préciser.....                | <b>e53I</b> __  |
| <b>Pour un accouchement par voie basse, sans complications pour la mère ou l'enfant, quand la sortie est-elle effectuée le plus souvent ?</b><br>1: <J2 (jour de l'accouchement (J0) ou le lendemain (J1))<br>2: J2<br>3: J3<br>4: J4<br>5: J5<br>6: J6 ou plus<br>7: autre, préciser..... | <b>ce61I</b> __ |
| <b>Avez-vous une consultation organisée dans la maternité pour examiner les enfants après la sortie de la maternité ?</b> 0: non ; 1: oui  | <b>ce63I</b> __ |
| <b>Quelles sont les modes d'accompagnement à domicile organisés à la sortie des suites de couches ?</b><br>Répondre pour chaque modalité :<br>0: non<br>1: oui pour un petit nombre de femmes<br>2: oui pour la plupart des femmes qui ont accouché dans la maternité                      |                 |
| <b>Hospitalisation à domicile</b> .....  | <b>e46I</b> __  |
| <b>Visite par une sage-femme libérale</b> .....  | <b>e47I</b> __  |
| <b>Visite par une sage-femme de la maternité</b> .....   | <b>e48I</b> __  |
| <b>Visite par une sage-femme d'un centre périnatal de proximité</b> .....  | <b>e49I</b> __  |
| <b>Visite par une sage-femme de PMI</b> .....  | <b>e50I</b> __  |
| <b>Visite par une puéricultrice de PMI</b> .....   | <b>e51I</b> __  |
| <b>Autre, préciser</b> .....   | <b>e52I</b> __  |

## ENVIRONNEMENT DE LA MATERNITE

**Si vous êtes dans une maternité de niveau 1, 2A ou 2B, à quelle distance se trouve la maternité où vous adressez le plus souvent vos patientes ayant des problèmes médicaux ?**

(coder 000 si pas de femmes adressées à une des maternités)

- quand vous adressez à une maternité de niveau 2 A (km) |\_\_|\_\_|\_\_|

- quand vous adressez à une maternité de niveau 2 B (km) |\_\_|\_\_|\_\_|

- quand vous adressez à une maternité de niveau 3 (km) |\_\_|\_\_|\_\_|

**Avez-vous des difficultés à accueillir des femmes qui souhaitent accoucher dans votre maternité, en raison d'un manque de place ?** 0 : non ; 1 : rarement ; 2 : parfois ; 3 : souvent **e431** |\_\_|

**Le transport de vos patients (femmes enceintes, nouveau-nés) est-il réalisé avec le concours d'une cellule d'orientation périnatale ?** 0: non ; 1: oui **ce64** |\_\_|  
(cellule chargée de l'orientation pour tous les transferts, par une personne dédiée)

**Votre maternité fait-elle partie d'un ou plusieurs réseaux de santé en périnatalité formalisés ?** **ce65I** |\_\_|

0: non

1: réseau régional, départemental ou de bassin de vie

2: réseau de proximité

3: les deux

**Si 1 ou 2, lequel ou lesquels ?** .....

**Ce réseau inclut-il :**

**les services de PMI** : 0: non ; 1: oui **ce67I** |\_\_|

**des professionnels libéraux** : 0: non ; 1: oui **ce68I** |\_\_|

**d'autres professionnels** : 0: non ; 1: oui, préciser : ..... **ce69I** |\_\_|

**Votre maternité organise-t-elle le suivi prénatal de ses patientes ?** **ce71I** |\_\_|

1: de façon autonome

2: dans le cadre d'un réseau

**Si dans le cadre d'un réseau, selon quelles modalités ?**

**des documents d'information communs destinés aux femmes** : 0: non ; 1: oui **ce72I** |\_\_|

**un répertoire des professionnels médicaux et non médicaux concernés** : 0: non ; 1: oui **ce73** |\_\_|

**un dossier médical commun** : 0: non ; 1: oui **ce74I** |\_\_|

**des formations communes pour assurer le suivi des femmes** : 0: non ; 1: oui **ce75** |\_\_|

**des protocoles communs pour le suivi des femmes** : 0: non ; 1: oui **ce76** |\_\_|

**autre** : 0: non ; 1: oui (préciser) ..... **ce77I** |\_\_|

**Votre maternité organise-t-elle ou propose-t-elle l'entretien du quatrième mois ?** **ce79I** |\_\_|

1: organisé de façon autonome

2: organisé ou proposé dans le cadre d'un réseau

3: pas d'entretien organisé ni proposé

**Si dans le cadre d'un réseau, selon quelles modalités ?**

**des documents d'information communs destinés aux femmes** : 0: non ; 1: oui **ce80** |\_\_|

**un répertoire des personnes qui effectuent des entretiens** : 0: non ; 1: oui **ce81** |\_\_|

**une fiche résumée de l'entretien pour le dossier médical, commune au réseau :** **ce82I** |\_\_|

0: non ; 1: oui

**des formations communes pour réaliser les entretiens** : 0: non ; 1: oui **ce83** |\_\_|

**un répertoire des professionnels médicaux et non médicaux pour orienter les femmes en cas de besoin** : 0: non ; 1: oui **ce84I** |\_\_|

**autre** : 0: non ; 1: oui (préciser) ..... **ce85** |\_\_|

Tournez la page SVP →

**Votre maternité organise-t-elle la prise en charge des mères et de leurs enfants**

**à la sortie de la maternité ?**

ce871 |\_\_|

- 1: de façon autonome
- 2: dans le cadre d'un réseau
- 3: pas d'organisation particulière des sorties

**Si dans le cadre d'un réseau, selon quelles modalités ?**

**des documents d'information communs destinés aux femmes** : 0: non ; 1: oui ce88 |\_\_|

**un répertoire des professionnels médicaux et non médicaux concernés** : 0: non ; 1: oui ce89 |\_\_|

**des visites à domicile par les professionnels du réseau** : 0: non ; 1: oui ce90 |\_\_|

**des formations communes spécifiques pour les professionnels**  
(ex. allaitement) : 0: non ; 1: oui ce91 |\_\_|

**autre** : 0: non ; 1: oui (préciser) ..... ce92 |\_\_|

**GRIPPE A (H1N1) : MESURES PREVENTIVES**

**Depuis septembre 2009, du fait du contexte de pandémie grippale, l'équipe médicale de la maternité a peut-être pris des mesures particulières pour la prise en charge générale des femmes (femmes non grippées) :**

**Avez-vous recommandé aux femmes de consulter en ville plutôt qu'à la maternité ?** |\_\_|

- 0 : non
- 1 : oui, préciser.....

**Avez-vous diminué le nombre de consultations prénatales habituellement proposé à chaque femme ?** |\_\_|

- 0 : non
- 1 : oui, préciser.....

**Avez-vous diminué le nombre d'échographies habituellement prévu pour chaque femme ?** |\_\_|

- 0 : non
- 1 : oui, préciser.....

**Avez-vous diminué le nombre de séances de préparation à la naissance proposé à chaque femme ?** |\_\_|

- 0 : non
- 1 : oui, préciser.....
- 2 : pas de séances organisées dans la maternité

**Au moment de l'enquête nationale périnatale, la durée de séjour après l'accouchement était-elle raccourcie pour limiter les risques de contamination par la grippe ?** |\_\_|

- 0 : non
- 1 : oui, préciser.....

**Autres mesures préventives :**

..... |\_\_|

..... |\_\_|

..... |\_\_|

**L'enquête Nationale Périnatale s'est-elle déroulée pendant une période de pic épidémique (nombre de cas de grippe anormalement élevé) dans votre service ?** 0 : non ; 1 : oui |\_\_|

**NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE PARTICIPATION**