

QUESTIONNAIRE ÉTABLISSEMENT

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 cochant la réponse correspondante, et en précisant votre réponse en clair si nécessaire. Pour les maisons de naissance, répondez dans la mesure du possible, et en clair si votre situation ne correspond pas aux réponses proposées.

A1 - Numéro FINESS géographique de l'établissement

A2 - Etes-vous une maison de naissance ? ⁰ non ¹ oui

A3 - Statut :

⁰ CHU

¹ CHR

² CH

³ ESPIC

⁴ autre privé

A4 - Type d'autorisation :

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

A5 - Combien avez-vous eu d'accouchements en 2015 ?

A6 - Y-a-t-il une « unité kangourou » dans la maternité ? ⁰ non ¹ oui

A7 - Pour les césariennes, le bloc obstétrical est-il : (plusieurs réponses possible)

- ¹ dans le secteur naissance ⁽¹⁾
- 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
- ⁵ autre situation, *préciser* :

A8 - Dans la maternité, ou sur le site où se situe la maternité, y a-t-il :

A8a - une salle de réveil 24h/24 (salle de surveillance post-interventionnelle) : ⁰ non ¹ oui

A8b - une unité de surveillance continue : ⁰ non ¹ oui

A8c - un service de réanimation adulte : ⁰ non ¹ oui

A8d - Si pas de service de réanimation adulte, à quelle distance se situe le service de réanimation adulte le plus proche de la maternité ? (km)

A9 - Votre maternité est-elle équipée pour assurer le suivi prénatal, l'accouchement et l'hospitalisation des femmes à mobilité réduite

(en particulier au moins une chambre spécialement aménagée) ? ⁰ non ¹ oui

A10 - Votre maternité utilise-t-elle un dossier médical informatisé dès le premier contact de la femme (consultation prénatale ou admission) ?

⁰ non, dossier papier uniquement ¹ oui, dossier informatisé

A10a - Si oui, ce dossier est-il commun au réseau de santé en périnatalité ? ⁰ non ¹ oui

¹ salles de pré-travail, travail, observation, soins immédiats et chirurgie obstétricale

EQUIPE SOIGNANTE

B1 - Personnel médical le jour et la nuit, en semaine 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 situations possibles,
inscrire celle correspondant au code le plus faible*

	Semaine		Week-end	
	jour	nuit	jour	nuit
B1a - Gynécologue-obstétricien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B1b - Interne en gynécologie-obstétrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B1c - Pédiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B1d - Interne en pédiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B1e - Anesthésiste-réanimateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B1f - Interne en anesthésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B2 - Parmi les personnes sur place ou d'astreinte, y compris la nuit et le week-end, le médecin le plus qualifié en obstétrique a-t-il toujours la compétence chirurgicale pour réaliser les césariennes (médecin qualifié en gynécologie et obstétrique) ? ⁰ non ¹ oui

B3 - Sages-femmes présentes dans le secteur naissance lors d'une garde
(y compris les sages-femmes présentes une partie de la garde uniquement)

	Semaine		Week-end	
	jour	nuit	jour	nuit
B3a - Nombre total de sages-femmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3b - Dont nombre de sages-femmes dédiées <u>uniquement</u> aux urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B4 - Personnel paramédical présent dans le secteur naissance lors d'une garde

	Semaine		Week-end	
	jour	nuit	jour	nuit
B4a - Nombre d'aides-soignantes et/ou auxiliaires de puériculture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4b - Nombre d'infirmières (IDE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4c - Nombre d'infirmières anesthésistes (IADE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B5 - La maternité a-t-elle recours à :

- B5a - un(e) psychiatre ou pédo-psychiatre :**
- ⁰ non
 - ¹ oui appartenant au service
 - ² oui extérieur(e) au service, intervenant dans un cadre formalisé
 - ³ oui extérieur(e), intervenant au coup par coup

- B5b - un(e) psychologue :**
- ⁰ non
 - ¹ oui appartenant au service
 - ² oui extérieur(e) au service, intervenant dans un cadre formalisé
 - ³ oui extérieur(e), intervenant au coup par coup

- B5c - un(e) assistant(e) de service social :**
- ⁰ non
 - ¹ oui dédié(e) au service
 - ² oui dans l'établissement mais non dédié(e) au service

PRISE EN CHARGE PRENATALE

C1 - Organisez-vous des consultations prénatales dans votre maternité ? 0 non 1 oui

- C1a - À quel(s) moment(s) des consultations sont-elles systématiquement organisées dans le service pour les femmes accouchant dans votre maternité? (2 réponses possibles)**
- Si oui,* {
- 1 une fois en tout début de grossesse, puis au 3^{ème} trimestre
 - 2 à la fin de la grossesse uniquement (3^{ème} trimestre)
 - 3 intégralité du suivi prénatal dans l'établissement
 - 4 autre, préciser : _____

C2 - Pour les maternités organisant un suivi prénatal au 3^{ème} trimestre (réponses 1 et 2), à partir de combien de semaines d'aménorrhée proposez-vous le suivi du 3^{ème} trimestre ?

C3 - Y a-t-il des consultations réalisées par des sages-femmes de la maternité ? 0 non 1 oui

- C3a - Quel(s) type(s) de consultations effectuent-elles ? (2 réponses possibles)**
- Si oui,* {
- 1 consultations prénatales de suivi de grossesse
 - 2 consultations de surveillance rapprochée (suivi des termes dépassés, consultations et surveillance du rythme cardiaque fœtal en fin de grossesse, surveillance des grossesses présentant des complications à la demande des médecins)
 - 3 autre, préciser : _____

C4 - L'entretien individuel prénatal précoce (dit du 4^{ème} mois) est-il réalisé à l'intérieur de votre maternité ? 0 non 1 oui

- C4a - Est-il réalisé par... (3 réponses possibles)**
- Si oui,* {
- 1 des sages-femmes de la maternité
 - 2 des gynécologues obstétriciens
 - 3 d'autres personnes, préciser : _____
- C4b - Y a-t-il des consignes d'orientation formalisées pour adresser certaines femmes vers un accompagnement ou une prise en charge adaptée (ex : psychologue, assistante sociale, tabacologue, diététicienne) ?** 0 non 1 oui

C5 - Des cours de préparation à la naissance et à la parentalité sont-ils réalisés dans la maternité ? 0 non 1 oui

- C5a - Sont-ils réalisés par... (plusieurs réponses possibles)**
- Si oui,* {
- 1 des sages-femmes de la maternité
 - 2 des sages-femmes extérieures
- C5b - Ces cours permettent-ils d'accueillir toutes les femmes qui en font la demande ?** 0 non 1 oui

C6 - Avez-vous une consultation en tabacologie ? 0 non 1 oui dans votre service 2 dans l'hôpital

C7 - Avez-vous une consultation en alcoologie ? 0 non 1 oui dans votre service 2 dans l'hôpital

C8 - Avez-vous une consultation d'addictologie ? 0 non 1 oui dans votre service 2 dans l'hôpital

C9 - Avez-vous un dispositif spécifique pour faciliter la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité ou de vulnérabilité ? (2 réponses possibles)

- 0 non
 - 1 oui, une PASS ⁽²⁾ dans l'établissement, et recours systématique pour toutes les femmes concernées
 - 2 oui, une PASS ⁽²⁾ dans l'établissement, mais recours non systématique
 - 3 oui, autre dispositif (ex : partenariat avec une association, staff pluridisciplinaire...)
- ↳ préciser : _____

C10 - L'accueil des femmes enceintes se présentant pour une urgence se fait-il : Inscrive le code correspondant pour chaque trimestre :
 1 : aux urgences générales - 2 : aux urgences gynécologiques et obstétricales (si extérieures au secteur de naissance) - 3 : directement en secteur de naissance

	jour	nuit	week-end
C10a - 1er trimestre	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/>
C10b - 2ème trimestre	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/>
C10c - 3ème trimestre	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px dashed black;" type="text"/>

² PASS : permanence d'accès aux soins de santé

PRISE EN CHARGE EN SALLE DE NAISSANCE

- D1** - Nombre de salles de naissance dans la maternité (hors salles de pré-travail) :
- D2** - Nombre de salles de pré-travail dans la maternité
- D3** - Pour les femmes souhaitant accoucher avec peu d'interventions médicales, avez-vous un espace (ou salle) dédié et distinct des salles de naissances « classiques », où sont réalisés les accouchements moins médicalisés ? (espace physiologique, salle nature...)
(ne pas compter les espaces et salles réservés uniquement au pré-travail) 0 non 1 oui
- D4** - Existe-t-il une convention entre votre établissement et une ou des sages-femmes libérales pour leur accès à votre « plateau technique » pour réaliser des accouchements ? 0 non 1 oui
- D5** - Un bilan d'hémostase (TP, TCA, plaquettes) réalisé durant la grossesse est-il systématiquement demandé à toutes les femmes avant la réalisation d'une péridurale, rachianesthésie ou rachi-péridurale combinée ?
0 non 1 oui 2 variable suivant l'anesthésiste
- D6** - Concernant les produits utilisés pour les analgésies péridurales, rachi-analgésies ou rachi-péri combinées, avez-vous :
1 un protocole unique 2 des protocoles différents suivant l'anesthésiste
- D7** - L'analgésie péridurale autocontrôlée ou PCEA est-elle disponible ? 0 non 1 oui
- Si oui,* { **D7a** - Combien de pompes PCEA avez-vous spécifiquement pour les salles de naissance ?
- D8** - Les femmes sous analgésie péridurale ont-elles la possibilité de déambuler ? 0 non 1 oui
- D9** - En cas d'anomalies du rythme cardiaque fœtal décelées durant le travail, avez-vous l'habitude de réaliser un examen de seconde ligne ? (*plusieurs réponses possibles*)
0 non
1 lactates au scalp
2 pH au scalp
3 lactates et pH au scalp
4 autre, préciser : _____
- D10** - Réalisez-vous un pH et des lactates au cordon juste après l'accouchement ? *Répondre séparément pour le pH et les lactates*
- D10a** - pH au cordon
0 non, jamais
1 oui, dans certaines circonstances (exemple : anomalies du RCF à l'expulsion)
2 oui, systématiquement
- D10b** - Lactates au cordon
0 non, jamais
1 oui, dans certaines circonstances (exemple : anomalies du RCF à l'expulsion)
2 oui, systématiquement
- D11** - Avez-vous un programme de « réhabilitation précoce » post-césarienne (lever, alimentation et retraits de la sonde urinaire et de la voie veineuse précoces) ? 0 non 1 oui
- D12** - Possédez-vous, en salle de naissance, un moyen de surveillance de l'hémoglobine au lit de la patiente (type Hemocue®) 0 non 1 oui
- D13** - Au cours des 12 derniers mois, l'équipe obstétricale de votre maternité a-t-elle eu une ou des séances de formation en équipe , sous la forme de jeux de rôle ou simulations, pour la gestion des situations d'urgence (formation au sein de votre maternité ou à l'extérieur) : 0 non 1 oui
- D14** - Faites-vous des revues de morbi-mortalité (RMM) pluridisciplinaires multiprofessionnelles obstétricales (*plusieurs réponses possibles*)
0 non
1 oui en interne
2 oui avec d'autres maternités appartenant au réseau
- D15** - Faites-vous régulièrement des réunions de service spécifiques pour évaluer une ou des pratiques ciblées (par exemple sur les césariennes avant travail, les épisiotomies, la prise en charge de pathologies) : 0 non 1 oui

D16 - Existe-t-il un site ou dépôt de délivrance de produits sanguins labiles sur le site où se situe la maternité ? 0 non 1 oui

D17 - Existe-t-il un dépôt d'urgence (sang) sur le site où se situe la maternité ? 0 non 1 oui

Si oui, { **D17a - Temps d'accès au dépôt (trajet aller en minutes)**

D18 - Si absence de site ou dépôt de délivrance ou d'urgence sur le site où se situe la maternité : Délai moyen d'obtention de culots globulaires demandés en urgence vitale (en minutes) :

PRISE EN CHARGE APRES LA NAISSANCE

E1 - Avez-vous une personne référente pour l'aide à l'allaitement dans la maternité ? (plusieurs réponses possibles)

- 0 non
- 1 une consultante en lactation certifiée IBCLC appartenant à l'équipe de la maternité
- 2 une personne de l'équipe de la maternité avec une formation spécifique (DIU ou DU)
- 3 une autre personne, préciser : _____

Si oui, { **E1a - Les mères peuvent-elles contacter cette personne par téléphone, ou la consulter, après la sortie de la maternité ?** 0 non 1 oui

E2 - Quel protocole utilisez-vous pour le dépistage néonatal de la surdité chez les enfants ne présentant pas de facteur de risque (test et retest lorsque le premier test n'est pas concluant) ?

- 0 dépistage non pratiqué
- 1 potentiels évoqués auditifs automatiques (PEAA) puis PEAA
- 2 oto-émissions acoustiques (OEA) puis OEA
- 3 OEA puis PEAA
- 4 autre, préciser : _____

E3 - Avez-vous mis en place une procédure de rattrapage pour les nouveau-nés qui n'ont pas eu le test (ni le retest si nécessaire) lors de leur séjour en maternité :

- 0 non
- 1 oui, les nouveau-nés reviennent dans le service
- 2 oui, les nouveau-nés sont orientés vers une autre structure
↳ préciser : _____

E4 - Remettez-vous aux parents un document d'information sur le repérage des troubles de l'audition : (document spécifique sur ce sujet ou information contenue dans un document plus général) 0 non 1 oui

E5 - Comment organisez-vous le dépistage sanguin néonatal systématique des enfants qui sont sortis précocement ? (2 réponses possibles)

- 1 retour du nouveau-né à la maternité
- 2 réalisation à domicile par une sage-femme libérale
- 3 autre, préciser : _____

E6 - Informez-vous systématiquement les femmes pendant leur grossesse sur l'organisation des sorties définie par votre établissement ?

- 1 oui, remise d'un document écrit uniquement
- 2 oui, information orale uniquement
- 3 oui, information orale et écrite
- 4 non ou pas de manière systématique

E7 - Une fiche de liaison « maternité/ville »⁽³⁾ est-elle systématiquement remise à la femme lors de sa sortie de la maternité ou bien transmise à la sage-femme ou au médecin qui assurera le suivi post-natal ? 0 non 1 oui

Si oui, { **E7a - Sur cette fiche de liaison, mentionnez-vous les coordonnées d'un professionnel de la maternité que la sage-femme ou le médecin peut contacter si nécessaire (pour avoir des informations du dossier, résultats d'exams, etc.).** 0 non 1 oui

³ Elle contient des informations médicales sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du postpartum à la maternité.

E8 - La maternité propose-t-elle un accompagnement à domicile <u>immédiatement</u> après la sortie pour les mères et les bébés qui vont bien ?	oui		
	non	pour un petit nombre de femmes	pour la plupart des femmes
E8a - Visite par une sage-femme libérale dans le cadre du « PRADO »	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
E8b - Visite par une sage-femme libérale hors cadre du « PRADO »	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
E8c - Visite par une sage-femme de la maternité	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
E8d - Visite par une sage-femme de PMI	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
E8e - Autre,	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

↳ préciser : _____

- E9 - Au cours de l'année 2015, à quelle fréquence avez-vous eu des femmes sans hébergement à la sortie de la maternité
- | | |
|--|--|
| 0 <input type="checkbox"/> jamais | 2 <input type="checkbox"/> une fois à plusieurs fois par mois |
| 1 <input type="checkbox"/> moins d'une fois par mois | 3 <input type="checkbox"/> une fois à plusieurs fois par semaine |

ENVIRONNEMENT DE LA MATERNITE

- F1 - Si vous êtes une maternité de type 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 l'un des types de maternité)*

F1a - quand vous adressez à une maternité de type 2 A (km)

F1b - quand vous adressez à une maternité de type 2 B (km)

F1c - quand vous adressez à une maternité de type 3 (km)

- F2 - 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

- F3 - Refusez-vous l'inscription des femmes à bas risque résidant loin de votre maternité ?

- 1 oui systématiquement
 2 oui parfois, si le nombre de femmes inscrites est déjà élevé
 3 non jamais
 4 pas de système d'inscription à la maternité

- F4 - Le transfert de vos patients (femmes enceintes, nouveau-nés) est-il réalisé avec le concours d'une cellule d'orientation périnatale ? 0 non 1 oui
(cellule chargée de l'orientation pour tous les transferts, par une personne dédiée)

- F5 - Votre maternité fait-elle partie d'un ou plusieurs réseaux de santé en périnatalité formalisés ?

0 non 2 oui, réseau de proximité
 1 oui, réseau régional ou de plus petite échelle 3 oui, les deux

F5a - Si oui, lequel ou lesquels ? _____

F6 - Ce réseau inclut-il : <i>(plusieurs réponses possibles)</i>	non	oui, réseau régional	oui, réseau de proximité
F6a - les services de PMI :	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
F6b - des professionnels libéraux :	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
F6c - des représentants des usagers :	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

↳ si oui, préciser _____

- F7 - Quelles sont les ressources mises à disposition par le(s) réseau(x) de santé en périnatalité et que vous utilisez?

- F7a - des documents d'information communs destinés aux femmes : 0 non 1 oui
 F7b - un répertoire des professionnels médicaux et non médicaux concernés : 0 non 1 oui
 F7c - un dossier médical commun : 0 non 1 oui
 F7d - des outils favorisant la collaboration avec les professionnels de ville (fiche de liaison, convention-type...) 0 non 1 oui
 F7e - des formations communes pour le suivi des femmes et de leurs nouveau-nés : 0 non 1 oui
 F7f - des protocoles communs de suivi et de prise en charge des femmes : 0 non 1 oui
 F7g - autre : 0 non 1 oui, préciser _____

NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE PARTICIPATION