

Enquête nationale périnatale 2016

QUESTIONNAIRE NAISSANCE

Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, cette enquête est reconnue d'intérêt général et de qualité statistique sans avoir de caractère obligatoire. Visa n°2016X703SA du Ministère des Affaires sociales et de la santé, du Ministre des finances et des comptes publics et du Ministre de l'économie, de l'industrie et du numérique, valable pour l'année 2016. En application de la loi n°51-711 du 7 juin 1951, les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées à l'Inserm et la Drees. La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête. Elle garantit aux personnes concernées un droit d'accès, d'opposition et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès du Chef de service de la maternité.

PARTICIPATION A L'ENQUETE

A remplir pour tous les enfants **nés vivants, les mort-nés et les IMG**, si la naissance ou l'issue de la grossesse a eu lieu à au moins 22 semaines d'aménorrhée ou si l'enfant pesait au moins 500 g à la naissance.

Cochez directement « non » à P1 et P1a et renseigner P2 si :

- femme mineure,
- IMG / MFIU,
- accouchement sous le secret (« sous X »),
- impossibilité d'informer la femme (transfert en réanimation, sortie rapidement après l'accouchement).

P1 - Acceptez-vous de participer à l'enquête ?

⁰ non ¹ oui

Si non,

P1a - Acceptez-vous cependant que je recueille des informations sur votre grossesse et votre accouchement dans votre dossier médical ?
Ces informations permettent de décrire la santé et les soins reçus au moment d'une naissance en France.

⁰ non
¹ oui

P2 - Si non participation à l'enquête (« non » à P1 et P1a), motif :

- refus ; préciser la raison ci-dessous
- état de santé de l'enfant
- état de santé de la mère
- mineure
- IMG, MFIU
- accouchement sous X
- problème de langue
- sortie très précoce (avant information par l'enquêteur)
- autre ; *préciser* : _____

**Si non à P1 et P1a,
remplir uniquement le « questionnaire minimal »
en toute fin de ce livret (p19).**

B15 - Actuellement cette personne a-t-elle un emploi ? 0 non 1 oui

Si non, { **B15a - Est-elle ?**
1 au chômage, demandeuse d'emploi ou à la recherche d'un emploi
2 étudiante ou élève (y compris stage de formation)
3 dans une autre situation ; *préciser en clair* : _____

B16 - Pendant votre grossesse, quelles étaient les sources de revenus de votre ménage
(les personnes avec lesquelles vous avez un logement en commun) ?

B16a - Salaire ou autre revenu provenant d'une activité professionnelle : 0 non 1 oui

B16b - Allocation chômage : 0 non 1 oui

B16c - RSA : 0 non 1 oui

B16d - Autres ressources (alloc. handicapé, ASS...): 0 non 1 oui
(ne pas noter les allocations familiales et logement)

→ *préciser* : _____

B17 - Quel est le revenu mensuel moyen de votre ménage, en prenant en compte tous les revenus :
salaires, allocations chômage, RSA, prestations familiales, revenus du patrimoine etc.
(*Si les revenus sont variables, faire une moyenne*). Ce revenu est de :

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> moins de 500 € par mois | 5 <input type="checkbox"/> moins de 3.000 € |
| 2 <input type="checkbox"/> moins de 1.000 € | 6 <input type="checkbox"/> moins de 4.000 € |
| 3 <input type="checkbox"/> moins de 1.500 € | 7 <input type="checkbox"/> 4.000 € ou plus |
| 4 <input type="checkbox"/> moins de 2.000 € | |

B18 - Au début de votre grossesse, quelle était votre couverture sociale pour vos dépenses de santé :

- | | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> l'AME (Aide Médicale de l'Etat) | 3 <input type="checkbox"/> la sécurité sociale (assurance maladie obligatoire) |
| 2 <input type="checkbox"/> la CMU (Couverture Maladie Universelle) | 4 <input type="checkbox"/> aucune couverture sociale |

B19 - Au début de votre grossesse, aviez-vous une couverture maladie complémentaire :

- | |
|--|
| 1 <input type="checkbox"/> la CMU complémentaire |
| 2 <input type="checkbox"/> une mutuelle, une assurance privée ou une institution de prévoyance |
| 3 <input type="checkbox"/> aucune couverture maladie complémentaire |

B20 - Au cours du troisième trimestre de votre grossesse, viviez-vous principalement :

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> dans un logement personnel | 4 <input type="checkbox"/> dans un autre lieu ; <i>préciser</i> : _____ |
| 2 <input type="checkbox"/> dans votre famille ou chez des amis | _____ |
| 3 <input type="checkbox"/> dans un foyer d'accueil, à l'hôtel | _____ |

si B20 = 1 ou 2 { **B20a - Combien de pièces compte ce logement ?**
(*ne pas compter la cuisine, la salle de bain, et les annexes ; F3 = 3pièces*)

B21 - Combien d'adultes et d'enfants vivaient principalement dans ce logement ?
(*ne pas compter l'enfant qui vient de naître*)

B22 - Dont combien d'enfants de moins de 14 ans ?
(*ne pas compter l'enfant qui vient de naître*)

LA SANTÉ AVANT LA GROSSESSE

Je vais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé avant votre grossesse

C1 - Aviez-vous déjà été enceinte avant cette grossesse ? 0 non 1 oui

Si oui, { **C1a - Combien avez-vous eu d'enfants avant cette grossesse ?**
C1b - Au cours de grossesses antérieures, avez-vous eu une ou plusieurs IVG
(interruptions volontaires de grossesse) 0 non 1 oui
Si oui, C1b1 - combien avez-vous eu d'IVG en tout ? coder 9 si 10 IVG ou plus

C2 - Est-ce que vous avez déjà utilisé une méthode pour éviter d'être enceinte, comme la pilule, le préservatif ou le retrait par exemple ?⁰ non ¹ oui

Si oui,

C2a - Quelle était la dernière méthode ?

citer toutes les méthodes ; coder deux méthodes si combinées

- 1 la pilule
- 2 le stérilet
- 3 un implant, un patch ou un anneau vaginal
- 4 le préservatif (masculin ou féminin)
- 5 le retrait
- 6 l'abstinence périodique (température, date ou Ogino, Billings ...)
- 7 une autre méthode, laquelle ? _____

C2b - Avez-vous arrêté cette méthode de contraception parce que :

- 1 vous souhaitiez avoir un enfant
- 2 vous étiez enceinte
- 3 pour un autre motif ; préciser : _____

→ Si réponse 2, passez à la question C4.

C3 - Combien de temps, en mois ou années, s'est écoulé entre l'arrêt de cette méthode et le début de cette grossesse ?

- 1 dès le premier mois
- 2 après un mois ou plus
- 3 ne sait pas

Années		Mois	
A	A	M	M

Si 2,

C3a - Précisez la durée écoulée (années/mois) (ex : 1 an et 6 mois = 01/06 ; ne sait pas = 99/99)

C4 - Avez-vous consulté un médecin ou une sage-femme en prévision de cette grossesse ?⁰ non ¹ oui

C5 - Pour cette grossesse, avez-vous suivi un traitement contre l'infertilité ?⁰ non ¹ oui

Si oui,

C5a - Quel était ce traitement ?

- 1 une fécondation in vitro (avec ou sans ICSI)
- 2 une insémination artificielle
- 3 des inducteurs de l'ovulation seuls (médicaments pour stimuler l'ovulation)
- 4 un autre traitement ; préciser : _____

LA GROSSESSE

Passons maintenant à votre grossesse

D1 - Quand vous avez su que vous étiez enceinte :

- 1 vous étiez heureuse que cette grossesse arrive maintenant
- 2 vous auriez aimé qu'elle arrive plus tôt
- 3 vous auriez aimé qu'elle arrive plus tard
- 4 vous auriez préféré ne pas être enceinte

D2 - Sur le plan psychologique, comment vous sentiez-vous pendant votre grossesse ?

- 1 bien
- 2 assez bien
- 3 assez mal
- 4 mal

D3 - Avez-vous déclaré votre grossesse ?⁰ non ¹ oui

→ Si non, passez à la question D4

Si a déclaré sa grossesse,

D3a - Quand ?

- 1 au 1er trimestre
- 2 au 2ème trimestre
- 3 au 3ème trimestre

Si 2ème ou 3ème trimestre en D3a :

D3a1 - Pour quelle(s) raison(s) votre déclaration a-t-elle été faite après le 1er trimestre ? *Ne pas citer les réponses, 2 réponses possibles*

- 1 découverte tardive de la grossesse
- 2 délai d'attente long pour avoir un rendez-vous
- 3 vous étiez en vacances
- 4 ne savait pas que la déclaration devait être faite au 1^{er} trimestre
- 5 autre ; préciser : _____

Si a déclaré sa grossesse,

D3b - Qui a fait votre déclaration de grossesse ?

- 1 un gynécologue ou obstétricien en ville ou dans une maternité privée
- 2 un gynécologue ou obstétricien dans une maternité publique
- 3 un généraliste
- 4 une sage-femme en maternité
- 5 une sage-femme libérale en ville
- 6 un médecin ou une sage-femme à la PMI
- 7 autre ; préciser : _____

D4 - Pour le suivi de votre grossesse, après la déclaration, qui avez-vous consulté ?

- D4a - Un gynécologue ou obstétricien en ville ou dans une maternité privée ?**⁰ non ¹ oui
- D4b - Un gynécologue ou obstétricien dans une maternité publique ?**⁰ non ¹ oui
- D4c - Un généraliste ?**⁰ non ¹ oui
- D4d - Une sage-femme en maternité ?**⁰ non ¹ oui
- D4e - Une sage-femme libérale en ville ?**⁰ non ¹ oui
- D4f - Un médecin ou une sage-femme à la PMI ?**⁰ non ¹ oui

D5 - Durant les 6 premiers mois de votre grossesse environ, quelle était la personne principale qui a suivi votre grossesse ?

- 1 un gynécologue ou obstétricien en ville ou dans une maternité privée (ou plusieurs)
- 2 un gynécologue ou obstétricien dans une maternité publique (ou plusieurs)
- 3 un généraliste (ou plusieurs)
- 4 une sage-femme en maternité (ou plusieurs)
- 5 une sage-femme libérale en ville (ou plusieurs)
- 6 un médecin ou une sage-femme à la PMI (ou plusieurs)

D6 - Combien de consultations prénatales avez-vous eues au total, en comptant aussi les consultations en urgence ou pour un problème particulier ?

D7 - Parmi toutes ces consultations, combien étaient en urgence (sans rendez-vous) dans une maternité.

D8 - Durant votre grossesse, avez-vous consulté au moins une fois dans cette maternité ou auprès d'une personne de l'équipe médicale de cette maternité ?⁰ non ¹ oui

D9 - Avez-vous consulté un médecin, un psychologue ou un psychothérapeute pour des difficultés psychologiques pendant votre grossesse ?⁰ non ¹ oui

Si oui,

D9a - est-ce que c'était :

- 1 un psychiatre
- 2 un autre médecin
- 3 un psychologue ou psychothérapeute
- 4 un autre professionnel ; préciser : _____

D10 - Avez-vous vu une assistante sociale pendant votre grossesse ?⁰ non ¹ oui

D11 - Avez-vous vu une diététicienne ou un autre professionnel de santé pour faire le point sur votre alimentation pendant votre grossesse ? (consultation ou réunion d'information)⁰ non ¹ oui

D12 - Avez-vous été hospitalisée pendant cette grossesse ? (y compris les hospitalisations de jour) :⁰ non ¹ oui

Si oui, **D12a - Quelle a été la durée totale de vos hospitalisations ? (en jours)**

D13 - Avez-vous eu des visites à domicile par une sage-femme (y compris HAD) ?

- ⁰ non
- ¹ oui, par une sage-femme de PMI
- ² oui, par une sage-femme libérale
- ³ oui, par une sage-femme de l'hôpital
- ⁴ oui, par une sage-femme de statut inconnu

D14 - Avez-vous eu un entretien individuel prolongé avec une sage-femme ou un médecin, appelé « entretien précoce » ou « entretien du 4^{ème} mois » ? ...⁰ non ¹ oui ² ne sait pas

- D14a - Qui l'a réalisé ?**
- 1 une sage-femme de la maternité
 - 2 une sage-femme libérale en ville
 - 3 une sage-femme de PMI
 - 4 un gynécologue-obstétricien
 - 5 une autre personne ; *préciser* : _____
- Si oui,* {
- D14b - A quel mois de l'année a-t-il été fait ? (janv=01)**
- D14c - A la fin de cet entretien, vous a-t-on conseillé de prendre un rendez-vous avec une personne particulière, en dehors de votre suivi médical pour la grossesse, par exemple une assistante sociale, un psychologue, une personne spécialisée dans la consommation de tabac, d'alcool, de drogue.**⁰ non ¹ oui

Pour toutes les femmes

D15 - Avez-vous reçu le carnet de maternité ? *Montrer la couverture*⁰ non ¹ oui ² ne sait pas

- Si oui,* {
- D15a - Comment l'avez-vous eu ?**
- 1 par votre médecin ou votre sage-femme libérale, à son cabinet
 - 2 par la maternité où vous avez consulté
 - 3 par la poste (envoi de la PMI, de votre Caisse d'Assurance...)
 - 4 vous ne savez pas

D16 - Avez-vous suivi des séances de préparation à la naissance pendant cette grossesse ?⁰ non ¹ oui

Si oui, { **D16a - Combien :**

Passons maintenant à votre santé, vos examens et la prévention pendant votre grossesse :

E1 - Quel était votre poids : E1a - avant cette grossesse ? (en kg)

E1b - à la fin de cette grossesse ? (en kg)

E2 - Quelle est votre taille exacte ? (en cm)

E3 - Fumiez-vous juste avant votre grossesse (sans compter les cigarettes électroniques) ?⁰ non ¹ oui

Si oui, { **E3a - Combien de cigarettes fumiez-vous en moyenne par jour ?**

Si non, { **E3b - Aviez-vous arrêté de fumer en prévision de cette grossesse ?**⁰ non ¹ oui

E4 - Au 3^{ème} trimestre de la grossesse, combien de cigarettes fumiez-vous en moyenne par jour (sans compter les cigarettes électroniques) ? à poser aussi aux femmes qui ne fumaient pas avant

E5 - Combien avez-vous eu d'échographies en tout ? (quel que soit le lieu)

E6 - Avez-vous eu une mesure de l'épaisseur de la nuque (clarté nucale) à l'échographie du 1^{er} trimestre pour connaître le risque de trisomie 21 ?⁰ non ¹ oui ² ne sait pas

E7 - Avez-vous eu un dosage sanguin pour connaître le risque de trisomie 21 (marqueurs sériques) ?⁰ non ¹ oui ² ne sait pas

- Si non,* {
- E7a - Pourquoi n'avez-vous pas eu ce dosage ?**
- 1 non proposé
 - 2 refus
 - 3 consultation trop tardive/grossesse non suivie ou à l'étranger
 - 4 amniocentèse d'emblée (ou biopsie de trophoblaste)
 - 5 autre raison ; *préciser* : _____
 - 6 ne sait pas

E8 - Avez-vous eu une prise de sang qui permet de savoir si le bébé est atteint ou non de trisomie, appelée dépistage prénatal non invasif ou DPNI (analyse de l'ADN/des gènes du bébé sur une de vos prises de sang, différent du dépistage par marqueurs sériques) ? 0 non 1 oui 2 ne sait pas

E9 - Avez-vous eu un des examens suivants ?

- 1 une amniocentèse
- 2 une biopsie du trophoblaste
- 3 aucun de ces examens
- 4 vous ne savez pas

E10 - Avez-vous eu un dépistage du diabète pendant la grossesse ? 0 non 1 oui 2 ne sait pas

E11 - A-t-on déjà dit à vos parents, frères, sœurs ou enfants qu'ils avaient un diabète ? (type 1, type 2, gestationnel) 0 non 1 oui 2 ne sait pas

E12 - Avez-vous eu un frottis cervical pour le dépistage du cancer du col pendant la grossesse ? 0 non 1 oui 2 ne sait pas

Si non, { **E12a - En avez-vous eu un dans les trois années précédant cette grossesse ?** 0 non 1 oui 2 ne sait pas

E13 - Avez-vous été vaccinée contre la grippe saisonnière pendant votre grossesse ? 0 non 1 oui 2 ne sait pas

Si oui, { **E13a - Qui vous a prescrit le vaccin ?**
1 un gynécologue /obstétricien
2 une sage-femme
3 un généraliste
4 une autre personne

Si non, { **E13b - Pourquoi ? (2 réponses possibles)**
1 On ne vous l'a pas proposé
2 On vous l'a proposé, mais vous avez refusé
3 autre ; *préciser :* _____

E14 - Avez-vous reçu un rappel vaccinal incluant la coqueluche dans les 10 dernières années ?

- 0 non
- 1 oui, votre vaccination était à jour avant la grossesse
- 2 oui, vous venez d'être vaccinée après votre accouchement
- 3 vous ne savez pas

E15 - Pendant le suivi de votre grossesse ou à la maternité, vous a-t-on recommandé de vous vacciner contre la coqueluche aussitôt après l'accouchement ? 0 non 1 oui 2 ne sait plus

E16 - Avez-vous pris de l'acide folique (vitamine B9) pour cette grossesse pour prévenir des anomalies du système nerveux du bébé ? 0 non 1 oui 2 ne sait pas

Si oui, { **E16a - Quand avez-vous commencé ?**
1 avant votre grossesse
2 dans le premier mois de grossesse
3 après le premier mois de grossesse
4 ne sait pas

E17 - Pendant votre grossesse, un professionnel vous-a-t-il interrogée sur votre consommation de tabac ? 0 non 1 oui

E18 - Si vous fumiez, vous-a-t-il donné des conseils pour arrêter? 0 non 1 oui 2 vous ne fumiez pas

E19 - Pendant votre grossesse un professionnel vous-a-t-il interrogée sur votre consommation d'alcool ? 0 non 1 oui

E20 - Vous a-t-il recommandé de ne pas boire d'alcool pendant la grossesse ? 0 non 1 oui

L'ACCOUCHEMENT ET L'ENFANT

Je vais maintenant vous poser quelques questions au sujet de votre accouchement

F1 - Combien de temps de transport avez-vous mis pour venir à la maternité pour accoucher ? (en minutes) ...
(coder 999 si accouchement hors maternité)

F2 - Etes-vous venue à la maternité avec des demandes particulières concernant le déroulement de votre accouchement (par exemple pouvoir bouger pendant l'accouchement, garder des vêtements personnels, ne pas avoir d'épisiotomie, etc) ?

- 1 vous avez écrit un projet de naissance
- 2 vous avez parlé de vos demandes en arrivant pour accoucher
- 3 vous aviez des demandes, mais vous n'avez pas pu en parler
- 4 vous n'aviez pas de demandes particulières

Si réponse 1 ou 2

F2a - Pensez-vous que l'équipe a fait de son mieux pour satisfaire vos demandes, compte tenu du déroulement de l'accouchement :

- 1 tout à fait
- 2 plutôt oui
- 3 plutôt non
- 4 pas du tout

F3 - Comment avez-vous accouché ?

- 1 par voie basse
- 2 par césarienne avant le début du travail
- 3 par césarienne durant le travail

→ Si césarienne avant travail (réponse 2), passez à la question F11

F4 - Avant votre accouchement, souhaitiez-vous avoir une analgésie péridurale pour soulager la douleur ?

- 0 non
- 1 oui absolument
- 2 oui peut être, vous hésitez

F5 - Pendant votre accouchement, avez-vous eu quelque chose pour soulager la douleur ? Poser toutes les questions

F5a - Une analgésie péridurale (y compris rachi ou péri-rachianesthésie) : 0 non 1 oui

Si oui

F5a.1 - Avez-vous eu une petite pompe sur laquelle appuyer pour gérer vous-même les réinjections de votre péridurale (PCEA) : 0 non 1 oui

F5b - Des médicaments (injections, perfusions, comprimés, gaz à respirer etc) : ... 0 non 1 oui

F5c - Une méthode non médicamenteuse (massages, positions, bain, acupuncture, ballon, sophrologie, hypnose, réflexologie, etc) :

0 non 1 oui : préciser : _____

F6 - Etes-vous satisfaite de ce que vous avez eu pour soulager la douleur ou vous aider pendant les contractions ?

- 1 très satisfaite
- 2 plutôt satisfaite
- 3 peu satisfaite
- 4 pas du tout satisfaite

F7 - En salle d'accouchement, vous-a-t-on autorisé à boire ou à manger ?

- 0 non
- 1 boire seulement
- 2 boire et manger

→ Si césarienne durant travail passez à la question F11

F8 - Dans quelle position étiez-vous au moment où vous avez commencé à pousser votre bébé (début des efforts expulsifs) ?

- 1 sur le dos (étriers, position gynécologique, cale-pieds etc)
- 2 sur le côté
- 3 à 4 pattes ou à genoux
- 4 autre ; préciser : _____

F9 - Quelle était votre position lorsque votre bébé est né (quand le médecin ou la sage-femme a sorti votre bébé) ?

- 1 sur le dos (étriers, position gynécologique, cale-pieds etc)
- 2 sur le côté
- 3 à 4 pattes ou à genoux
- 4 autre ; *préciser* : _____

F10 - Qui a réalisé la mise au monde de votre bébé ?

- 1 un gynécologue ou un obstétricien
- 2 une sage-femme (ou étudiant sage-femme)
- 3 une autre personne ; *préciser* : _____

Pour toutes les femmes

F11 - Nous allons maintenant parler de votre bébé : avez-vous essayé une mise au sein dans les deux premières heures suivant la naissance ?⁰ non ¹ oui

F12 - Aujourd'hui comment votre enfant est-il nourri ?

- 1 au lait maternel uniquement
- 2 au lait premier âge (ou lait préma) uniquement
- 3 allaitement mixte (lait maternel et lait premier âge ou lait préma)

F13 - Depuis que vous avez accouché, le personnel de la maternité vous a-t-il conseillé de toujours coucher votre bébé sur le dos quand il dort ?⁰ non ¹ oui

**Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ces questions.
Je voudrais maintenant terminer en vous demandant de remplir ce questionnaire
Donner le questionnaire à la femme avec l'enveloppe ;
il s'agit de questions personnelles et vous êtes libre de répondre.**

Si la femme a des difficultés pour répondre seule au questionnaire, vous pouvez l'aider et lire les questions
Ne lisez pas la dernière question (violences physiques) si une personne proche de la femme est présente.

En sortant de la chambre, pensez à remplir la partie «bilan» (p.17)

DONNÉES DU DOSSIER MEDICAL

G1 - Date de naissance de la mère

M	M	/	A	A
---	---	---	---	---

SITUATION AVANT LA GROSSESSE

G2 - Hypertension antérieure à la grossesse

- 0 non
- 1 HTA chronique
- 2 HTA pendant une grossesse antérieure uniquement

G3 - Diabète antérieur à la grossesse

- 0 non
- 1 DID (insulino-dépendant), type 1
- 2 DNID (non insulino-dépendant), type 2
- 3 Diabète gestationnel (*pour une grossesse antérieure*)

G4 - Autre(s) pathologie(s) chronique(s) sévère(s) et handicap(s) avant la grossesse

- 0 non
- 1 oui ; préciser :

G5 - Nombre total de grossesses (*grossesse actuelle non comprise*)

--	--

G6 - Nombre d'accouchements (*accouchement actuel non compris*)

--	--

G7 - Nombre de mort-nés (*grossesse actuelle non comprise*)

--

G8 - Nombre de décès néonataux (*entre 0 et 27 jours*) (*grossesse actuelle non comprise*)

--

G9 - Nombre d'enfants nés prématurés (*<37 semaines*) (*grossesse actuelle non comprise*)

--

G10 - Nombre d'enfants nés hypotrophes (*petit poids pour l'âge gestationnel*) (*grossesse actuelle non comprise*)

--

G11 - Nombre d'enfants nés macrosomes (*grossesse actuelle non comprise*)

--

G12 - Nombre de césariennes (*grossesse actuelle non comprise*)

--

G13 - Date de début de grossesse

J	J	/	M	M	/	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

PATHOLOGIES INFECTIEUSES PENDANT LA GROSSESSE : DÉPISTAGES, TRAITEMENTS

H1 - Statut sérologique vis-à-vis de la rubéole

- 1 absence d'IgG (femme séronégative)
- 2 présence d'IgG spécifiques (femme immunisée)
- 3 examen non fait
- 4 statut inconnu

H1a - Pour les femmes séronégatives pour la rubéole :
vaccination réalisée en suites de couches 0 non 1 oui 2 inconnu

H2 - Dépistage du VIH au cours de la grossesse

- 1 test négatif (Ac anti-VIH négatifs)
- 2 test positif (Ac anti-VIH positifs)
- 3 test non fait car femme déjà connue comme séropositive pour le VIH avant la grossesse
- 4 test non fait car sérologie VIH négative récente
- 5 test non fait pour une autre raison (refus, grossesse non suivie ...)
- 6 pas d'information concernant la réalisation ou le résultat du test

H3 - Recherche de l'antigène HBs au cours de la grossesse (attention, il ne s'agit pas des Ac anti-HBs)

- 1 Ag HBs négatif
- 2 Ag HBs positif
- 3 test non fait car portage de l'Ag HBs connu avant la grossesse
- 4 test non fait pour une autre raison (femme vaccinée, grossesse non suivie...)
- 5 pas d'information concernant la réalisation ou le résultat du test

- Si Ag HBs positif** { **H3a -, date de découverte :**
- 1 à l'occasion de cette grossesse
 - 2 avant cette grossesse
 - 3 information non disponible

H4 - Statut sérologique vis-à-vis de la toxoplasmose (résultat du dernier test réalisé pendant la grossesse) :

- 1 absence d'anticorps (femme séronégative)
- 2 présence d'IgG spécifiques (femme immunisée)
- 3 séroconversion : positivation de la sérologie pendant la grossesse
- 4 statut non connu

H5 - Vaccination de la mère contre la coqueluche réalisée en suites de couches ... ⁰ non ¹ oui ² inconnu

AUTRES PATHOLOGIES ET COMPLICATIONS

I1 - Menace d'accouchement prématuré ayant nécessité une hospitalisation ⁰ non ¹ oui

- Si oui** { **I1a - date de l'hospitalisation (la 1^{ère} si plusieurs)**

J	J	/	M	M
---	---	---	---	---
- I1b- durée totale d'hospitalisation (en jours)**

--	--

I2 - Placenta prævia (bas inséré ou recouvrant) :

- ⁰ non
- ¹ oui sans hémorragie
- ² oui avec hémorragie

I3 - Hypertension artérielle pendant la grossesse (systolique ≥ 140 ou diastolique ≥ 90)

- ⁰ non
- ¹ oui avec protéinurie ($\geq 0,3$ g/l ou par 24h)
- ² oui sans protéinurie

- Si oui** { **I3a - date au diagnostic**

J	J	/	M	M
---	---	---	---	---
- I3b - hospitalisation :** ⁰ non ¹ oui

I4 - Diabète gestationnel

- ⁰ non
- ¹ oui traité par insuline
- ² oui traité par régime (sans insuline)
- ³ oui mais traitement inconnu

I5 - Mention en clair dans le dossier d'une suspicion d'anomalie de poids fœtal pendant la grossesse

- ⁰ non
- ¹ oui, RCIU, hypotrophie, PAG, petit poids etc
- ² oui, macrosomie, gros bébé etc.

→ **Si grossesse multiple, passez à la question I10.**

I6 - Poids fœtal (en g) estimé à l'échographie du 3^{ème} trimestre (la plus proche de 32 SA).....

--	--	--

I7 - Age gestationnel à cette estimation du poids (en SA + jour) SA

--	--	--	--

 + J

--

I8 - Percentile du poids fœtal estimé lors de cette échographie :

- 1 < 5^{ème} p 2 5-9^{ème} p 3 10-90^{ème} p 4 91-95^{ème} p
5 > 95^{ème} p 6 non précisé 7 compte-rendu non disponible

I9 - Percentile du périmètre abdominal lors de cette échographie :

- 1 < 5^{ème} p 2 5-9^{ème} p 3 10-90^{ème} p 4 91-95^{ème} p
5 > 95^{ème} p 6 non précisé 7 compte-rendu non disponible

I10 - Autre(s) pathologie(s) sévère(s) et complication(s) en cours de grossesse

- 0 non
1 oui ; préciser : _____

I11 - Administration anténatale de corticoïdes pour maturation fœtale 0 non 1 oui

Si oui, { I11a - Date de la première cure (jj/mm)

--	--	--	--

 /

--	--	--	--

I12 - Transfert in utero d'une autre maternité pour hospitalisation ou accouchement 0 non 1 oui

La suite du questionnaire est à remplir pour chaque enfant, en cas de grossesse multiple

ACCOUCHEMENT

J1 - Grossesse : 1 unique 2 gémellaire 3 triple ou plus

J2 - Age gestationnel à l'accouchement (semaines/jours d'aménorrhée) SA

--	--	--	--

 + J

--

J3 - Présentation 1 céphalique
2 siège
3 autre

J4 - Début du travail 1 travail spontané
2 déclenchement (y compris maturation du col seul)
3 césarienne avant début du travail

Si déclenchement, { J4a - méthode utilisée initialement
1 ocytocine seule
2 maturation cervicale

Si maturation cervicale, { J4a1 - technique(s) utilisée(s) (2 réponses possibles)
1 propess®, gel de prostaglandine
2 misoprostol (cytotec®, Misodel® etc)
3 autre (ballonnet, lamineurs etc) ; préciser : _____

Si déclenchement ou césarienne avant travail { J4b - motif(s) (2 motifs possibles)
1 post-terme ou prévention du post-terme
2 rupture prématurée des membranes
3 anomalie de la présentation
4 suspicion de macrosomie
5 RCIU, petit poids pour l'âge gestationnel, hypotrophie
6 autre anomalie de la vitalité fœtale
7 utérus cicatriciel
8 diabète gestationnel ou préexistant
9 placenta prævia
10 autre pathologie maternelle
11 sans motif médical
12 autre ; préciser : _____

J5 - Rupture de la poche des eaux :

- 1 spontanée avant travail
- 2 spontanée durant le travail
- 3 artificielle durant le travail ou en cours de césarienne

J	J	/	M	M	/	H	H	/	M	N
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

J6 - Date de rupture de la poche des eaux (jour/mois/heures/minutes).....

→ **Si césarienne avant travail, passez à la question J18.**

J7 - Date et heure d'entrée en salle d'accouchement (pour l'accouchement)
(jour/mois/heures/minutes).....

J	J	/	M	M	/	H	H	/	M	N
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

J8 - Dilatation cervicale à l'entrée en salle d'accouchement (pour l'accouchement)
(en cm, noter 00 si col fermé, 10 si dilatation complète).....

--	--

J9 - Date en heures et minutes lors de la dilatation cervicale à 10 cm (dilatation complète)
(noter 99 99 si césarienne durant travail avant 10 cm).....

H	H	/	M	N
---	---	---	---	---

J10 - Ocytociques pendant le travail :⁰ non ¹ oui

Si oui, { **J10a - date en heures et minutes au début du traitement**

H	H	/	M	N
---	---	---	---	---

J11 - Si travail spontané ou déclenché, analgésie pendant le travail

- 0 aucune
 - 1 péridurale
 - 2 rachianalgésie
 - 3 péri-rachi combinée (ou rachi-péri séquentielle)
 - 4 analgésie parentérale
 - 5 autre ; *préciser :*
- (Si PCEA sans autre indication dans le dossier, coder 1)

Si 1, 2, 3 { **J11a - date en heures et minutes lors de la pose**

H	H	/	M	N
---	---	---	---	---

- J12 - Accouchement**
- 1 voie basse non instrumentale
 - 2 forceps
 - 3 spatules
 - 4 ventouse
 - 5 césarienne

J13 - Si voie basse (spontanée ou instrumentale), durée totale des efforts expulsifs (minutes) ?.....

--	--	--

J14 - Episiotomie :⁰ non ¹ oui

- J15 - Déchirure**
- 0 non
 - 1 déchirure du 1^{er} degré ou déchirure périnéale simple (2^{ème} degré)
 - 2 périnée complet, ou complet-complicqué (3^{ème} ou 4^{ème} degré)

J16 - Si césarienne durant travail, dilatation cervicale lors du passage au bloc opératoire
(en cm, noter 00 si col fermé, 10 si dilatation complète).....

--	--

J17 - Motif de césarienne pendant travail ou de voie basse instrumentale (deux motifs possibles)

- 1 stagnation de la dilatation et/ou non-engagement de la présentation (dystocie) ou non progression de la présentation
- 2 anomalie du RCF ou du pH / lactates au scalp
- 3 autre indication fœtale
- 4 indication maternelle
- 5 autre ; *préciser :*

J18 - Si césarienne ou extraction instrumentale, mode d'anesthésie

- 1 péridurale
- 2 rachianesthésie
- 3 péri-rachi combinée (ou rachi-péri séquentielle)
- 4 anesthésie générale
- 5 autre ; *préciser :*

Pour toutes les femmes

J19 - Injection préventive d'ocytociques (y compris pour les femmes ayant eu une césarienne) (2 choix possibles)

- 0 non
1 bolus ou IV lente au moment du dégagement des épaules ou rapidement après la naissance
2 perfusion d'entretien dans les heures suivant la naissance

J20 - Hémorragie sévère du post-partum (au moins un des critères suivants : pertes sanguines >= 1000 mL, embolisation, chirurgie (ligature vasculaire, suture utérine compressive, hystérectomie), transfusion de concentrés globulaires).

J21 - Hospitalisation particulière ou transfert de la mère

- 0 non
1 en réanimation ou en soins intensifs
2 en unité de surveillance continue (USC)
3 dans un autre service pour raison médicale maternelle
4 pour accompagner l'enfant
5 en Centre Périnatal de Proximité (CPP)

Si 1, 2 ou 3 { J21a - motif

Si 1, 2 { J21b - durée : 1 moins de 24 heures, 2 24 heures ou plus

ENFANT

K1 - Résultat du pH au cordon

K2 - Un ou plusieurs prélèvements bactériologiques périphériques réalisés en salle de naissance (type prélèvement gastrique, oreille, anus) :

K3 - Gestes techniques en raison de l'état à la naissance

- K3a - Ventilation au masque : 0 non 1 au ballon 2 Néopuff 3 moyen non précisé
K3b - PPC nasale (CPAP) : 0 non 1 oui
K3c - Intubation : 0 non 1 oui

K4 - Apgar à 1 minute

K5 - Apgar à 5 minutes

K6 - Sexe : 1 : masculin ; 2 : féminin

K7 - Poids (grammes)

K8 - Taille (cm)

K9 - Périmètre crânien (cm)

K10 - Anomalie congénitale

- 0 non
1 oui ; préciser de manière détaillée :

K11 - Décès en maternité (si naissance vivante) :

K12 - Transfert de l'enfant, mutation, ou hospitalisation particulière dans la maternité

- 0 non
- 1 en réanimation ou en soins intensifs
- 2 en néonatalogie
- 3 en unité de néonatalogie dans la maternité (y compris unité kangourou)
- 4 autre ; *préciser* : _____

Si en dehors de la maternité (réponses 1, 2, 4)

- K12a - transfert ou mutation :**
- 1 dans le même établissement (même site)
 - 2 dans un autre établissement

Si réponses 1 à 4

- K12b - Motif du transfert, ou de l'hospitalisation particulière dans la maternité (deux motifs possibles)**
- 1 prématurité ou hypotrophie (petit poids pour l'âge gestationnel)
 - 2 détresse respiratoire
 - 3 suspicion d'infection
 - 4 anomalie congénitale
 - 5 autre ; *préciser* : _____

K13 - Si nouveau-né de mère antigène HBs positive, sérovaccination à la naissance

- 0 non
- 1 oui
- 2 non connu

K14 - Vaccination du nouveau-né contre la tuberculose par le vaccin BCG avant la sortie de la maternité

- 0 non
- 1 oui
- 2 non connu

K15 - Date de sortie de la mère de la maternité (jj/mm)

J	J	/	M	M
---	---	---	---	---

K16 - Si le suivi de la grossesse a été réalisé en partie en dehors de la maternité, description du dossier médical : les informations sur le suivi de la grossesse et sur l'accouchement sont inscrites sur un dossier commun partagé depuis la déclaration de grossesse :

- 0 non
- 1 dossier papier commun
- 2 dossier informatique commun

LE BILAN (A remplir pour tous les questionnaires lorsque la femme a accepté de participer)

L1 - Présence d'une tierce personne lors de l'entretien en face-à-face et du remplissage de l'auto-questionnaire

- 0 non
- 1 oui ; *préciser qui* : _____
- 2 pas d'entretien ni d'auto-questionnaire

L2 - Déroulement de l'entretien en face-à-face

- 1 réponses de la femme sans aide
- 2 réponses aidées d'un proche
- 3 réponses aidées de l'enquêteur
- 4 pas d'entretien

L3 - Remplissage de l'auto-questionnaire

- 1 rempli par la femme sans aide
- 2 rempli par la femme avec l'aide de l'enquêteur ou d'une autre personne
- 3 lu et rempli par l'enquêteur
- 4 pas d'auto-questionnaire

L4 - Si entretien impossible ou difficile, pourquoi ?

- 1 refus de la femme ; préciser la raison ci-dessous
- 2 état de santé de l'enfant
- 3 état de santé de la mère
- 4 problème de langue
- 5 autre ; *préciser* : _____

L5 - Si auto-questionnaire impossible ou difficile, pourquoi ?

- 1 refus de la femme ; préciser la raison ci-dessous
- 2 état de santé de l'enfant
- 3 état de santé de la mère
- 4 problème de langue
- 5 autre ; *préciser* : _____

QUESTIONNAIRE MINIMAL

POUR LES FEMMES NE PARTICIPANT PAS A L'ENQUÊTE

LIEU D'ACCOUCHEMENT

- Q1 - Statut : ¹ Public ou ESPIC (privé d'intérêt collectif) ² Privé
- Q2 - Niveau de spécialisation de la maternité : ¹ Type 1 ² Type 2 ³ Type 3

MÈRE

- Q3 - Age de la mère ¹ < 20 ² 20-24 ³ 25-29 ⁴ 30-34 ⁵ 35-39 ⁶ 40-44 ⁷ 45 et +
- Q4 - Nombre d'accouchement(s) (accouchement actuel non compris)
- Q5 - Antécédent de césarienne (grossesse actuelle non comprise) ⁰ non ¹ oui
- Q6 - Grossesse : ¹ unique ² gémellaire
- Q7 - Age gestationnel à l'accouchement (semaines/jours d'aménorrhée) SA + J
- Q8 - Début du travail ¹ travail spontané ² déclenchement du travail (y compris maturation du col seule)
³ césarienne avant début de travail

ENFANT 1

- Q9 - Etat à la naissance ¹ Vivant ² mort-né ³ IMG
- Q10 - Présentation ¹ céphalique ² siège ³ autre
- Q11 - Accouchement ¹ voie basse non instrumentale ² forceps, spatules, ventouse
³ césarienne
- Q12 - Poids (grammes)
- Q13 - Apgar à 5 minutes
- Q14 - Transfert de l'enfant en réanimation, SI, néonatalogie, unité kangourou ⁰ non ¹ oui
- Q15 - Allaitement maternel (exclusif ou mixte) avant la sortie ⁰ non ¹ oui

ENFANT 2

- Q16 - Etat à la naissance ¹ Vivant ² mort-né ³ IMG
- Q17 - Présentation ¹ céphalique ² siège ³ autre
- Q18 - Accouchement ¹ voie basse non instrumentale ² forceps, spatules, ventouse
³ césarienne
- Q19 - Poids (grammes)
- Q20 - Apgar à 5 minutes
- Q21 - Transfert de l'enfant en réanimation, SI, néonatalogie, unité kangourou ⁰ non ¹ oui
- Q22 - Allaitement maternel (exclusif ou mixte) avant la sortie ⁰ non ¹ oui

