

# QUESTIONNAIRE NAISSANCE

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. Ne pas interroger la femme en cas de mort-né ou d'IMG, mais remplir le questionnaire à partir du dossier médical.**

■ : Informations à renseigner pour **toutes** les femmes car déjà dans le certificat de santé.

A1 - Maternité : (numéro FINESS géographique de l'établissement) .....

A2 - Numéro de la mère dans l'enquête : .....

A3 - Ordre de la naissance si naissance multiple : coder 0 si naissance unique .....

A4 - Date et heure de naissance de l'enfant : (jj/mm/hh) .....   /   /

## ENQUETE AUPRES DE LA FEMME

A5 - Date (jj/mm) ..... le   /

Poser les questions telles quelles ; proposer les réponses uniquement si elles sont «en gras».

## LA SITUATION SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

B1 - ■ Quelle est votre date de naissance ? (jj/mm/aa) .....   /   /

B2 - ■ Quel est votre niveau d'études ?

- 0  non scolarisée
- 1  primaire
- 2  niveau collège (1<sup>er</sup> cycle : 6<sup>ème</sup> à 3<sup>ème</sup>)
- 3  enseignement professionnel court (y compris SES, SEGPA, CAP, BEP)
- 4  niveau lycée, enseignement général (y compris bac général)
- 5  niveau lycée, enseignement technologique (yc bac techno)
- 6  niveau lycée, enseignement professionnel (yc bac pro)
- 7  niveau baccalauréat + 1 ou 2 ans (yc DUT, BTS)
- 8  niveau baccalauréat + 3 ou 4 ans (yc licence, maîtrise)
- 9  niveau baccalauréat + 5 ans ou plus (yc dipl ingénieur)

B3 - ■ Dans quel département habitez-vous ? .....

B4 - Et dans quelle commune ? *Inscrire le nom en clair*

Préciser l'arrondissement si Paris, Lyon, Marseille .....

Nous ne souhaitons pas connaître l'adresse exacte pour recontacter les femmes. La commune est utile, dans une perspective de recherche, par exemple pour savoir si la femme habite en milieu rural ou urbain.

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° du Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes et du Ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi, 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 et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès du Chef de service de la maternité.



**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 faites budget 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, prestation 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       |
| 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 d'adultes et d'enfants vivaient principalement dans ce logement ?  
(ne pas compter l'enfant qui vient de naître) .....

**20b -** Dont combien d'enfants de moins de 14 ans ?  
(ne pas compter l'enfant qui vient de naître) .....

**B20a B20c -** Combien de pièces compte ce logement ?  
(ne pas compter la cuisine, la salle de bain, et les annexes : buanderie etc) .....

## 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 ?** .....<sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui

- C2a - Quelle était la dernière méthode ?**  
*citer toutes les méthodes coder deux méthodes si combinées*
- Si oui,*
- 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 - Préciser 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 ?** .....<sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui

**C5 - Pour cette grossesse, avez-vous suivi un traitement contre l'infertilité ?** .....<sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  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 ?** → *Si non, passez à la question D4* .....<sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui

*Si oui en D3,* **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 envoyée au 1<sup>er</sup> trimestre
- 5  oubli d'envoi de la déclaration
- 6  autre ; *préciser :* \_\_\_\_\_

Si oui en D3,

**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 ?** .....<sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui

**D4b - Un gynécologue ou obstétricien dans une maternité publique ?** .....<sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui

**D4c - Un généraliste ?** .....<sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui

**D4d - Une sage-femme en maternité ?** .....<sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui

**D4e - Une sage-femme libérale en ville ?** .....<sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui

**D4f - Un médecin ou une sage-femme à la PMI ?** .....<sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  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 ?** .....<sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui

**D9 - Avez-vous consulté un médecin, un psychologue ou un psychothérapeute pour des difficultés psychologiques pendant votre grossesse ?** .....<sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  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 ?** .....<sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui

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

**D12 - ■ Avez-vous été hospitalisée pendant cette grossesse ? (y compris les hospitalisations de jour) :** .....<sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  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<sup>ème</sup> mois » ?** .....<sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui <sup>2</sup>  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 etc).....** <sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui

*Pour toutes les femmes*

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

**D15a - Comment l'avez-vous eu ?**

- 1  par votre médecin ou 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

*Si oui,*

**D16 - ■ Avez-vous suivi des séances de préparation à la naissance pendant cette grossesse ?** .....<sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  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) ?** .....<sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  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 ?** .....<sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui

**E4 - ■ Au 3<sup>ème</sup> 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<sup>er</sup> trimestre pour connaître le risque de trisomie 21 ?** .....<sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui <sup>2</sup>  ne sait pas

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

**E7a - Pourquoi n'avez-vous pas eu ce dosage ?**

- 1  non proposé
- 2  vous l'avez refusé
- 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

*Si non,*

**E8 - Avez-vous eu une prise de sang qui permet de savoir si le fœtus est atteint ou non de trisomie (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 :* \_\_\_\_\_

*Pour toutes les femmes*

**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) ...

--	--	--

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 ?** .....<sup>0</sup>  non    <sup>1</sup>  oui

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

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

**F13 - Depuis que vous avez accouché, les personnes de la maternité vous ont-elles conseillé de toujours coucher votre bébé sur le dos quand il dort ?** .....<sup>0</sup>  non    <sup>1</sup>  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

# DONNÉES DU DOSSIER MEDICAL

## SITUATION AVANT LA GROSSESSE

### G1 - Hypertension antérieure à la grossesse

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

### G2 - 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*)

### G3 - Autre(s) pathologie(s) chronique(s) sévère(s) et handicap(s) avant la grossesse

- 0  non  
1  oui ; *préciser* : \_\_\_\_\_

G4 - ■ Nombre total de grossesses (*grossesse actuelle non comprise*) .....

G5 - ■ Nombre d'accouchements (*accouchement actuel non compris*) .....

G6 - ■ Nombre de mort-nés (*grossesse actuelle non comprise*) .....

G7 - ■ Nombre de décès néonataux (*entre 0 et 27 jours*) (*grossesse actuelle non comprise*) .....

G8 - ■ Nombre d'enfants nés prématurés (*<37 semaines*) (*grossesse actuelle non comprise*) .....

G9 - ■ Nombre d'enfants nés hypotrophes (*petit poids pour l'âge gestationnel*) (*grossesse actuelle non comprise*) ...

G10 - Nombre d'enfants nés macrosomes (*grossesse actuelle non comprise*) .....

G11 - ■ Nombre de césariennes (*grossesse actuelle non comprise*) .....

G12 - Date de début de grossesse (*jj/mm/aa*) .....  JJ /  MM /  AA

## 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 ...** <sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui <sup>2</sup>  inconnu

**AUTRES PATHOLOGIES ET COMPLICATIONS**

**I1 - Menace d'accouchement prématuré ayant nécessité une hospitalisation** ..... <sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui

- Si oui** { **I1a - date de l'hospitalisation (la 1<sup>ère</sup> si plusieurs) (jj/mm)** ..... 

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

--	--

**I2 - Placenta prævia (bas inséré ou recouvrant) :**

- <sup>0</sup>  non
- <sup>1</sup>  oui sans hémorragie
- <sup>2</sup>  oui avec hémorragie

**I3 - ■ Hypertension artérielle pendant la grossesse (systolique  $\geq 140$  ou diastolique  $\geq 90$ )**

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

- Si oui** { **I3a - date au diagnostic (jj/mm)** ..... 

J	J	M	M
---	---	---	---
- I3b - hospitalisation :** ..... <sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui

**I4 - ■ Diabète gestationnel**

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

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

- <sup>0</sup>  non
- <sup>1</sup>  oui, RCIU, hypotrophie, petit poids etc
- <sup>2</sup>  oui, macrosomie, gros bébé etc.

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

**I6 - Poids fœtal (en g) estimé à l'échographie du 3<sup>ème</sup> trimestre (la plus proche de 32 SA)** ..... 

--	--	--	--

17 - Age gestationnel à cette estimation du poids (*en SA + jour*) ..... SA   + J

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

1  < 5<sup>ème</sup> p   2  5-9<sup>ème</sup> p   3  10-90<sup>ème</sup> p   4  91-95<sup>ème</sup> p   5  > 95<sup>ème</sup> p   6  non précisé

19 - Percentile du périmètre abdominal lors de cette échographie :

1  < 5<sup>ème</sup> p   2  5-9<sup>ème</sup> p   3  10-90<sup>ème</sup> p   4  91-95<sup>ème</sup> p   5  > 95<sup>ème</sup> p   6  non précisé

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

0  non

1  oui ; *préciser* : \_\_\_\_\_

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

*Si oui,* { 111a - Si oui, date de la première cure (*jj/mm*) .....   /

112 - ■ 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 de naissance pour l'accouchement (jour/mois/heures/minutes)**.....

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

**J8 - Dilatation cervicale à l'entrée en salle de naissance 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 :** .....<sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  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**

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

**J12 - ■ Accouchement**

- <sup>1</sup>  voie basse non instrumentale
- <sup>2</sup>  forceps
- <sup>3</sup>  spatules
- <sup>4</sup>  ventouse
- <sup>5</sup>  césarienne

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

--	--	--

**J14 - Episiotomie :** .....<sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui

**J15 - Déchirure**

- <sup>0</sup>  non
- <sup>1</sup>  déchirure du 1<sup>er</sup> degré ou déchirure périnéale simple (2<sup>ème</sup> degré)
- <sup>2</sup>  périnée complet, ou complet-complicqué (3<sup>ème</sup> ou 4<sup>ème</sup> 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)**

- <sup>1</sup>  stagnation de la dilatation et/ou non-engagement de la présentation (yc dystocie) ou non progression de la présentation
- <sup>2</sup>  anomalie du RCF ou du pH / lactates au scalp
- <sup>3</sup>  autre indication fœtale
- <sup>4</sup>  indication maternelle
- <sup>5</sup>  analgésie parentérale
- <sup>6</sup>  autre ; *préciser* : \_\_\_\_\_

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

- <sup>1</sup>  péridurale
- <sup>2</sup>  rachianesthésie
- <sup>3</sup>  péri-rachi combinée (ou rachi-péri séquentielle)
- <sup>4</sup>  anesthésie générale
- <sup>5</sup>  autre ; *préciser* : \_\_\_\_\_

Pour toutes les femmes

J19 - Injection préventive d'ocytociques (à remplir y compris pour les femmes ayant eu une césarienne)

- 0  non
- 1  oui, avant la délivrance (délivrance dirigée ou DD)
- 2  oui après la délivrance
- 3  avant et après la délivrance

J20 - Hémorragie sévère du post-partum (au moins un des critères suivants :

pertes sanguines  $\geq 1000$  mL, embolisation, chirurgie (ligature vasculaire, suture utérine compressive, hystérectomie) transfusion de concentrés globulaires).

..... 0  non 1  oui

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  
*préciser la spécialité médicale du service :* \_\_\_\_\_
- 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 - ■ Etat à la naissance

- 0  né vivant
- 1  mort-né avant travail
- 2  mort-né pendant le travail
- 3  IMG

K2 - Résultat du pH au cordon .....

K3 - Un ou plusieurs prélèvements bactériologiques périphériques réalisés

en salle de naissance (type prélèvement gastrique, oreille, anus) : ..... 0  non 1  oui 3  ne sait pas

K4 - ■ Gestes techniques en raison de l'état à la naissance

K4a - Ventilation au masque : 0  non 1  au ballon 2  Néopuff 3  moyen non précisé

K4b - PPC nasale (CPAP) : ..... 0  non 1  oui

K4c - Intubation : ..... 0  non 1  oui

K5 - ■ Apgar à 1 minute .....

K6 - ■ Apgar à 5 minutes .....

K7 - ■ Sexe : 1 : masculin ; 2 : féminin .....

K8 - ■ Poids (grammes) .....

K9 - ■ Taille (cm) .....

K10 - ■ Périmètre crânien (cm) .....

K11 - ■ Anomalie congénitale

- 0  non
- 1  oui ; préciser de manière détaillée : \_\_\_\_\_

**K12 - Décès en maternité (si naissance vivante) :** ..... 0  non 1  oui

**K13 - ■ 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)*

**K13a - transfert ou mutation :**

- 1  dans le même établissement (même site)
- 2  dans un autre établissement

*Si réponses 2 à 4*

**K13b - 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* : \_\_\_\_\_

**K14 - Si nouveau-né de mère antigène HBs positive, sérovaccination à la naissance**

- 0  non
- 1  oui
- 2  non connu

**K15 - Vaccination du nouveau-né contre la tuberculose par le vaccin BCG avant la sortie de la maternité**

- 0  non
- 1  oui
- 2  non connu

**K16 - Date de sortie de la mère de la maternité (jj/mm)** .....

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

**K17 - 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)

**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* : \_\_\_\_\_

**L2 - Déroulement de l'interrogatoire 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'interrogatoire

**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 interrogatoire impossible ou difficile, pourquoi ?**

- 1  refus de la femme ; préciser la raison
- 2  sortie avant le passage de l'enquêteur
- 3  état de santé de l'enfant
- 4  état de santé de la mère
- 5  accouchement sous X
- 6  problème de langue
- 7  autre ; *préciser* : \_\_\_\_\_

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

- 1  refus de la femme ; préciser la raison
- 2  sortie avant le passage de l'enquêteur
- 3  état de santé de l'enfant
- 4  état de santé de la mère
- 5  accouchement sous X
- 6  problème de langue
- 7  autre ; *préciser* : \_\_\_\_\_