

**ENQUÊTE COLLEGE MERE/NOUVEAU-NE**  
**Maternité & néonatalogie**  
**Questionnaire destiné aux gynécologues**

**VOLET 1. Questions d'ordre général (volet quantitatif)**

**A REMPLIR PAR LE GYNECOLOGUE**

Combien d'accouchements ont-ils été réalisés dans votre service au cours de l'année **2004** ?

- Nombre d'accouchements réalisés par un gynécologue?
- Nombre d'accouchements réalisés par un médecin généraliste?

Combien de gynécologues (actifs sur le plan obstétrical) travaillent-ils dans votre service?

Nombre de transferts intra-utérins au cours de l'année **2004**?

Nombre de transferts maternels après accouchement au cours de l'année **2004**?

Nombre de retransferts maternels au cours de l'année **2004**?

## VOLET 2. Votre politique, vos opinions et vos suggestions (volet qualitatif)

### A REMPLIR PAR LE GYNECOLOGUE

1. Votre service dispose-t-il d'une (ou plusieurs) convention(s) écrite(s) concernant la politique de transfert en MIC?

Oui  Non  ?

Si oui:

- a. Veuillez-nous en adresser une copie  
b. Ces conventions sont-elles généralement respectées par les gynécologues de votre service?

Oui  Non  ?

Si non:

Quelles en sont les raisons?

- |                                                                   |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Réticences du gynécologue                                         | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> |
| Réticences du pédiatre                                            | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> |
| Réticences de la patiente                                         | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> |
| Réticences de la famille de la patiente                           | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> |
| Raisons financières (pour la patiente, le gynécologue, l'hôpital) | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> |
| Réticences de la direction hospitalière                           | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> |

Autres obstacles:

2. Cette convention contient-elle également des critères de retransfert

Pas d'application   
Oui  Non  ?

Si oui:

- a. Veuillez-nous en adresser une copie  
b. Ces recommandations sont-elles formulées pour:

1. Le retransfert (ou le réadressage) de la patiente au cours de la grossesse      Oui  Non  ?   
2. Le retransfert (ou le réadressage) de la patiente après l'accouchement      Oui  Non  ?

- c. Ces accords sont-ils généralement respectés par la section MIC?

Oui  Non  ?

Si non:

Quelles en sont les raisons?

## A REMPLIR PAR LE GYNECOLOGUE

2. Votre institution intervient-elle au niveau des frais de transfert et de retransfert?

a. Frais de transfert Oui  Non  ?

b. Frais de retransfert Oui  Non  ?

c. Avez-vous une idée de l'ordre de grandeur de ce remboursement? Oui  Non  ?

Si oui, quel est-il?  Somme:  
 ?

3. Vos demandes de transfert ont-elles parfois été refusées?

Oui  Non  ?

a. Si oui, combien de demandes de transfert ont-elles été refusées?

Nombre:

Si oui:

1. A cause d'un problème au niveau du MIC? Oui  Non  ?

2. A cause d'un problème au niveau du NIC? Oui  Non  ?

Si oui, merci de nous éclairer sur ce problème:

4. Quelles raisons déterminent-elles le choix de la fonction P\* (MIC et NIC) de référence? Veuillez les énumérer, par ordre d'importance décroissante, de 1 à 7 ou de 1 à 8 (au cas l'option « autre » est choisie)?

Distance	
Préférence du patient	
Organisation et gestion de la fonction P*	
Langue	
Convention de collaboration avec fonction P*	
Spécificité(s) de la fonction P*	
Endroit où vous avez reçu votre formation	
Autres, spécifier:	

## A REMPLIR PAR LE GYNECOLOGUE

### 5. Nous souhaitons connaître votre opinion concernant les affirmations suivantes :

Donnez votre appréciation des affirmations suivantes, en utilisant une échelle graduée de 1 à 5 : 1=tout-à-fait d'accord, 2=d'accord, 3=neutre, pas d'opinion 4=pas d'accord, 5=pas du tout d'accord. Veuillez entourer votre réponse.

- |                                                                                                                                                                                                              |   |   |   |   |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. Des directives et des critères nationaux sont indispensables pour une organisation optimale des transferts et retransferts périnataux                                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. La standardisation de la politique de transfert périnatal apportera des avantages sur le <u>plan médical</u>                                                                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. La standardisation de la politique de transfert périnatal apportera des avantages sur le <u>plan social</u>                                                                                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. La standardisation de la politique de transfert périnatal apportera des avantages sur le <u>plan financier</u>                                                                                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Les nouveau-nés de <32 semaines et/ou d'un poids estimé de <1500 g devraient de préférence être transférés en ante-natal vers une fonction P*                                                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. La disparition de la situation à haut risque ayant induit le transfert de la mère /du fœtus et/ou une durée de grossesse ≥ 34 semaines sont de bons critères de retransfert vers l'institution référente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Le transfert d'une grossesse à haut risque est une problématique multidisciplinaire où le pédiatre et le gynécologue de l'hôpital référant et de la fonction P* sont concernés.                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Le transport fœtal est préférable au transport postnatal, sauf en cas d'accouchement imminent ou lorsque l'on prévoit que le nouveau-né ne nécessitera pas de soins intensifs.                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. L'organisation des soins périnataux a une influence importante sur la mortalité et la morbidité périnatales.                                                                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

### 6. Quelles mesures suggérez-vous pour optimiser la stratégie de transfert périnatal en Belgique?

Numéro d'ordre: .....

### VOLET 3: Etude prospective des stratégies de transfert périnatal utilisées en Belgique

#### A REMPLIR PAR LE GYNECOLOGUE

<p><b>Critères d'inclusion:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Age gestationnel <math>\geq 22</math> et <math>&lt; 32</math> semaines</li><li>• Poids de naissance estimé <math>&lt; 1500</math> grammes</li></ul> <p><b>Critères d'exclusion:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Age gestationnel <math>&lt; 22</math> semaines</li><li>• Interruption volontaire de grossesse au cours du troisième trimestre.</li></ul>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Transfert Maternel</b>	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Patiente numéro	
Durée de la grossesse (semaines-jours)	
Date du transfert (dd-mm-yyyy)	
Vers quelle institution?	
Motif(s) du transfert	<input type="checkbox"/> Prééclampsie <input type="checkbox"/> Eclampsie <input type="checkbox"/> PROM <input type="checkbox"/> Chorioamnionite <input type="checkbox"/> Mise en travail prématurée <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> PN $< 1500$ g <input type="checkbox"/> RCIU <input type="checkbox"/> Anomalie placentaire <input type="checkbox"/> Placenta bas inséré <input type="checkbox"/> Placenta accreta <input type="checkbox"/> Autre spécifier:

<b>Non-transfert maternel</b>	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Patiente numéro	
Accouchement numéro	
Durée de la grossesse (semaines-jours)	
Date de l'accouchement (dd-mm-yyyy)	
Poids de naissance (grammes)	
Nouveau-né décédé en salle d'accouchement	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<u>Si oui</u> , spécifier:	<input type="checkbox"/> Mort in utéro <input type="checkbox"/> Perpartum <input type="checkbox"/> Postpartum
Raison(s) du non-transfert	

