

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

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

**A REMPLIR PAR LE PEDIATRE**

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 pédiatres sont-ils actifs dans votre service (M + N\*)?

--

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

Nombre de transferts postnatals (nouveau-nés) au cours de l'année **2004**?


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

--

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

### A REMPLIR PAR LE PEDIATRE

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

Si oui:

- a. Veuillez-nous adresser une copie de ces conventions Oui  Non  ?   
b. Ces conventions sont-elles généralement respectées par les pédiatres de votre service? Oui  Non  ?

Si non:

Quelles en sont les raisons?:

- |   |  |
|---|--|
| Réticences du pédiatre  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> |
| Réticences du gynécologue                                     | 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 le patient, le pédiatre, 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. Les transferts intra-utérins         | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> |
| 2. Les transferts postnatals (outborns) | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> |
- c. Ces accords sont-ils généralement respectés par le service NIC? Oui  Non  ?

Si non:

Quelles en sont les raisons?

**A REMPLIR PAR LE PEDIATRE**

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

Oui  Non  ?

a. Si oui, combien de fois?

Nombre:

Si oui:

1. A cause d'une surpopulation au niveau du NIC?

Oui  Non  ?

2. A cause d'un autre problème?

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?**

**Veillez les énumérer, par ordre d'importance décroissante de 1 à 7 ou de 1 à 8 (dans le cas où l'option «autres» est choisie)?**

Distance	<input type="text"/>
Préférence du patient	<input type="text"/>
Organisation et gestion de la fonction P*	<input type="text"/>
Langue	<input type="text"/>
Convention de collaboration avec la fonction P*	<input type="text"/>
Spécificité de la fonction P*	<input type="text"/>
Service où vous avez fait votre formation	<input type="text"/>
Autres:	<input type="text"/>

## A REMPLIR PAR LE PEDIATRE

### 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?

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

**A REMPLIR PAR LE PEDIATRE**

<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> </ul> <p>Interruption volontaire de grossesse au cours du troisième trimestre.</p>
--

<b>Transfert néonatal</b>	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Patient numéro (nouveau-né)	
Accouchement numéro	
Age gestationnel (semaines-jours)	
Date de l'accouchement (dd-mm-jjjj)	
Poids de naissance (grammes)	
Date du transfert (dd-mm-jjjj)	
Vers quelle institution?	
Motifs du transfert	

<b>Non-transfert néonatal</b>	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Patient numéro	
Accouchement numéro	
Age gestationnel (semaines-jours)	
Date de l'accouchement (dd-mm-jjjj)	
Poids de naissance (grammes)	
Décès	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Motifs du non-transfert	