

Sondage auprès des clientes du service de santé communautaire (SSC)

Modèle préparé par le Comité canadien pour l'allaitement et pouvant être adapté par les établissements.

L'une des étapes du parcours menant à l'obtention de la désignation Ami des bébés implique de recueillir les témoignages des familles sur leur expérience prénatale et après la naissance de leur bébé. Cet outil peut être utilisé et adapté en fonction des besoins de votre établissement. Il est recommandé de recueillir régulièrement de l'information auprès des familles desservies (p. ex., tous les 6 à 12 mois) pour suivre l'évolution de leur expérience. Une fois les normes atteintes, la fréquence des sondages peut être réduite.

Qui : Veuillez soumettre le formulaire à un **échantillon aléatoire d'au moins 30 mères de bébés** ayant reçu un service auprès de votre établissement. Selon la population desservie, la collecte de ces sondages peut prendre plusieurs mois.

Le formulaire 1 est destiné aux mères de bébés allaités exclusivement ou non exclusivement.

Le formulaire 2 est destiné aux mères de bébés nourris exclusivement à l'aide de préparations pour nourrissons.

Veillez noter ce qui suit : Les formulaires sont des modèles que votre établissement doit adapter. Les questions renvoient aux *Lignes directrices pour la mise en œuvre de l'Initiative Amis des bébés*, et les normes applicables ont été insérées vis-à-vis chaque question. Les utilisateurs peuvent demander une version non-PDF de ce formulaire en communiquant par courriel à l'adresse suivante : contactus@breastfeedingcanada.ca. Avant de soumettre ces formulaires directement aux femmes, veuillez supprimer les références aux normes apparaissant à chaque question; cette information n'est destinée qu'à votre propre usage interne et peut être source de confusion pour les mères.

Quoi : Les renseignements sont recueillis aux fins du processus d'amélioration de la qualité de votre établissement. Vous pouvez ajouter ou supprimer des questions pour que le document soit axé sur les domaines d'intérêt que vous avez choisi de prioriser. La question 18 du formulaire 1 et la question 10 du formulaire 2 sont des exemples d'énoncés explorant les déterminants sociaux de la santé. Votre établissement souhaitera peut-être ajouter des questions sur les origines ethniques, l'égalité des sexes, l'âge ou d'autres caractéristiques sociales pour déceler les disparités. Veuillez respecter les politiques de confidentialité de votre établissement dans la collecte et la conservation de ces renseignements; faites équipe avec les groupes communautaires au moment de recueillir et d'analyser les données spécifiques à certaines populations. Le formulaire prendra aux mères environ 10 minutes à remplir.

Comment : Soumettez le formulaire aux mères lors d'une interaction en personne ou par courriel. L'assistance d'interprètes peut s'avérer nécessaire pour les mères ayant besoin d'aide pour comprendre l'objectif et les questions du sondage.

[INSÉRER LE NOM DE VOTRE SSC] cherche à améliorer les soins offerts aux familles qu'il/elle dessert. Veuillez remplir ce formulaire sans inscrire votre nom. Le formulaire prendra environ 10 minutes à remplir. Quand vous avez terminé, veuillez le déposer dans la boîte à cet effet située au [XXX]. [Si vous utilisez un formulaire en ligne, veuillez éliminer cet énoncé] Vos commentaires sont importants pour nous.

Quand vous aurez recueilli 30 formulaires remplis, synthétisez les informations sous forme de nombres et de pourcentages, et saisissez-les dans le formulaire récapitulatif du sondage auprès des patientes (Excel), qui sert de modèle pour générer des graphiques et des représentations visuelles des tendances dans vos données au fil du temps. Cette information sera utile à la planification d'activités d'amélioration de la qualité à votre établissement.

Sondage auprès des clientes du service de santé communautaire (SSC)

Formulaire 1 – Lorsqu'un nourrisson est allaité au cours de l'interaction avec le SSC

[INSÉRER LE NOM DE VOTRE SSC] cherche à améliorer les soins offerts aux familles qu'il/elle dessert. Veuillez remplir ce formulaire sans inscrire votre nom. Le formulaire prendra environ 10 minutes à remplir. Quand vous avez terminé, veuillez le déposer dans la boîte à cet effet située au [XXX]. [Si vous utilisez un formulaire en ligne, veuillez éliminer cet énoncé] Vos commentaires sont importants pour nous.

1. Est-ce votre premier bébé?

- Oui
- Non

2. Quel âge a votre bébé aujourd'hui?

- _____ semaines, ou
- _____ mois

3. Avez-vous reçu des renseignements prénataux auprès de ce SSC?

- Oui (passer à la question 4)
- Non (passer à la question 5)

4. Vous a-t-on fourni les informations suivantes lors de votre plus récente grossesse? (Veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent.) (Doit avoir abordé au moins deux sujets) [Normes 3.1, 3.2, 4.5 et 4.6]

- L'importance de l'allaitement
- Les effets de ne pas allaiter
- L'allaitement exclusif pendant 6 mois, et la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans et au-delà
- L'importance du contact peau-à-peau
- La façon de bien positionner et de surveiller votre bébé durant le contact peau-à-peau
- L'importance d'allaiter peu après la naissance
- L'importance de garder le bébé dans la même chambre que vous
- Les bases de l'allaitement
- Reconnaître les signes de faim

5. Êtes-vous à l'aise pour ce qui est de positionner votre bébé et de le mettre au sein? [Norme 5.1]

- Oui
- Non

6. Avez-vous eu besoin d'aide pour allaiter?

- Oui (passer à la question 7)
- Non (passer à la question 8)

7. Avez-vous reçu le soutien nécessaire au moment où vous en aviez besoin? [Normes 5.5 et 10.5]

- Oui
- Non

8. Votre bébé a-t-il reçu des aliments ou des liquides autres que du lait maternel (sans tenir compte des médicaments) depuis sa naissance? [Norme 6.5]

- Oui (passer aux questions 8a, 8b, 8c, 9 et 10)
- Non (passer à la question 11)

a. Y avait-il une raison médicale justifiant l'administration d'autres liquides ou aliments (p. ex., préparations pour nourrissons) à votre bébé? [Norme 6.2]

- Oui
- Non

b. Vous a-t-on montré comment préparer, donner et conserver les préparations pour nourrissons en toute sécurité? [Norme 6.6]

- Oui
- Non

c. Avez-vous reçu de l'aide pour donner à votre bébé ces autres aliments (p. ex., préparations pour nourrissons) chaque fois que vous en aviez besoin? [Normes 5.4, 6.3 et 6.6]

- Oui
- Non

9. Avez-vous l'impression d'avoir participé à la décision de donner des substituts du lait maternel à votre bébé? [Norme 5.4]

- Oui
- Non

10. Vous a-t-on parlé d'autres options que l'alimentation au biberon (p. ex., un gobelet ou une cuillère) pour donner, s'il y a lieu, un substitut du lait maternel à votre bébé? [Norme 9.4]

- Oui
- Non
- Ne s'applique pas

11. Avez-vous reçu de l'information sur les sujets suivants? [Normes 4.6, 5.2, 5.3, 5.6, 5.9, 7.3, 7.4, 7.5, 8.1, 8.2, 9.1, 9.2, 9.3 et 10.2]

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| a. Comment savoir si votre bébé a faim | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| b. Comment savoir si votre bébé ressent de la détresse durant une tétée | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| c. Comment savoir si votre bébé reçoit assez de lait | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| d. Comment positionner votre bébé en peau-à-peau de façon sécuritaire | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| e. Comment favoriser la proximité mère-bébé à la maison | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| f. Comment positionner votre bébé en peau-à-peau et l'allaiter durant les interventions douloureuses | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| g. Comment exprimer votre lait maternel à la main ou à l'aide d'un tire-lait | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| h. L'utilisation et les effets des sucres et des biberons | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| i. Comment apaiser votre bébé sans utiliser de suce | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| j. Les pratiques de sommeil sécuritaire et les moyens de réduire les risques de partage du lit et de l'emballotement | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| k. Les recommandations sur l'introduction d'aliments complémentaires (p. ex., aliments solides) à 6 mois | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| l. Comment accéder aux sources de soutien communautaire pour vous aider à allaiter | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

12. Avez-vous commencé à donner des aliments solides à votre bébé? [Norme 8.2]

- Oui
- Non

Si oui, quel âge avait votre bébé quand vous avez commencé à lui donner des aliments solides? _____ mois

13. Vous êtes-vous sentie bienvenue d'allaiter à l'établissement, y compris dans les endroits à l'extérieur où des programmes étaient organisés? [Norme 7.6]

- Oui
- Non

14. Avez-vous eu l'impression de pouvoir accéder à un lieu privé confortable au sein de l'établissement pour allaiter ou exprimer votre lait? [Norme 7.7]

- Oui
- Non
- Ne s'applique pas

15. Votre bébé a-t-il déjà été réadmis à l'hôpital depuis sa naissance?

- Oui (passer aux questions 15 et 16)
- Non (passer à la question 17)

16. Vous a-t-on montré comment exprimer votre lait si vous deviez être séparée de votre bébé? [Norme 5.8]

- Oui
- Non
- Ne s'applique pas

17. Vous a-t-on fourni de l'information sur l'utilisation de lait pasteurisé de donneuses, son importance et sa disponibilité si vous ne pouviez donner votre lait maternel à votre bébé? [Norme 6.7]

- Oui
- Non
- Ne s'applique pas

18. Exemple de question – veuillez l'adapter à la population que vous desservez.

Une personne peut appartenir à un ou plusieurs groupes raciaux ou ethniques. Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent à vous. [Norme 10.4]

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Nouvelle arrivante canadienne | <input type="checkbox"/> | Personne d'origine européenne | <input type="checkbox"/> |
| Membre des Premières nations | <input type="checkbox"/> | Personne d'origine asiatique | <input type="checkbox"/> |
| Métis | <input type="checkbox"/> | Personne d'origine africaine | <input type="checkbox"/> |
| Inuit | <input type="checkbox"/> | Personne d'origine latino-américaine ou hispanique | <input type="checkbox"/> |
| Autre | <input type="checkbox"/> | | |

Commentaires pour l'équipe de [insérer le nom de votre service de santé communautaire ici] :

Merci de votre participation à ce sondage!

Sondage auprès des clientes du service de santé communautaire (SSC)

Formulaire 2 – Lorsqu'un nourrisson a été nourri exclusivement à l'aide de substituts du lait maternel

[INSÉRER LE NOM DE VOTRE SSC] cherche à améliorer les soins offerts aux familles qu'il/elle dessert. Veuillez remplir ce formulaire sans inscrire votre nom. Le formulaire prendra environ 10 minutes à remplir. Quand vous avez terminé, veuillez le déposer dans la boîte à cet effet située au [XXXX]. [Si vous utilisez un formulaire en ligne, veuillez éliminer cet énoncé] Vos commentaires sont importants pour nous.

1. Est-ce votre premier bébé?

- Oui
- Non

2. Quel âge a votre bébé aujourd'hui?

- _____ semaines ou
- _____ mois

3. Avez-vous reçu des renseignements prénataux auprès de ce SSC?

- Oui (passer à la question 4)
- Non (passer à la question 5)

4. Vous a-t-on fourni les informations suivantes lors de votre plus récente grossesse? (Veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent.) (Doit avoir abordé au moins deux sujets) [Normes 3.1, 3.2, 4.5 et 4.6]

- L'importance de l'allaitement
- Les effets de ne pas allaiter
- L'allaitement exclusif pendant 6 mois, et la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans et au-delà
- L'importance du contact peau-à-peau
- La façon de bien positionner et de surveiller votre bébé durant le contact peau-à-peau
- L'importance d'allaiter peu après la naissance
- L'importance de garder le bébé dans la même chambre que vous
- Reconnaître les signes de faim

5. L'établissement vous a-t-il fourni de l'information sur les façons de préparer, de donner et de conserver en toute sécurité les substituts du lait maternel? [Normes 5.4 et 6.6]

- Oui
- Non

6. Avez-vous reçu **de la formation en groupe** sur les façons de préparer, de donner et de conserver en toute sécurité les substituts de lait maternel ? [Normes 5.4 et 6.6]

- Oui
- Non

7. Avez-vous eu besoin d'aide relative à l'alimentation de votre nourrisson?

- Oui (passer à la question 8)
- Non (passer à la question 9)

8. Avez-vous reçu l'aide dont vous aviez besoin pour nourrir votre bébé? [Normes 5.5 et 10.5]

- Oui
- Non

9. Avez-vous reçu de l'information sur les sujets suivants? [Normes 4.6, 5.3, 5.4, 6.6, 7.3, 7.4, 7.5, 8.1, 8.2, 9.1, 9.2, 9.3 et 10.2]

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| a. Comment savoir si votre bébé a faim | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| b. Comment savoir si votre bébé ressent de la détresse durant une tétée | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| c. Comment savoir si votre bébé a terminé de boire | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| d. Comment savoir si votre bébé reçoit assez de lait | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| e. Comment préparer et conserver les substituts du lait maternel en toute sécurité | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| f. Comment positionner votre bébé en peau-à-peau de façon sécuritaire | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| g. Comment favoriser la proximité mère-bébé à la maison | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| h. Comment positionner votre bébé en peau-à-peau durant les interventions douloureuses | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| i. L'utilisation et les effets des sucres et des biberons | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| j. Comment apaiser votre bébé | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| k. Les pratiques de sommeil sécuritaire et les moyens de réduire les risques de partage du lit et de l'emballotement | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| l. Les recommandations sur l'introduction d'aliments complémentaires (p. ex., aliments solides) à 6 mois | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| m. Comment accéder aux sources de soutien communautaire en alimentation des nourrissons | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

10. Exemple de question – veuillez l'adapter à la population que vous desservez.

Une personne peut appartenir à un ou plusieurs groupes raciaux ou ethniques. Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent à vous. [Norme 10.4]

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Nouvelle arrivante Canadienne | <input type="checkbox"/> | Personne d'origine européenne | <input type="checkbox"/> |
| Membre des Premières nations | <input type="checkbox"/> | Personne d'origine asiatique | <input type="checkbox"/> |
| Métis | <input type="checkbox"/> | Personne d'origine africaine | <input type="checkbox"/> |
| Inuit | <input type="checkbox"/> | Personne d'origine latino-américaine ou hispanique | <input type="checkbox"/> |
| Autre | <input type="checkbox"/> | | |

Commentaires pour l'équipe de [insérer le nom de votre service de santé communautaire ici] :

Merci de votre participation à ce sondage!