

Sondage auprès des patientes de l'hôpital

Directives pour l'établissement

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 d'accouchement à votre établissement. Procédez périodiquement (semi-annuellement ou annuellement sur plusieurs années) à une collecte d'information auprès de familles ayant connu une naissance vivante à votre hôpital pour suivre l'évolution de leur expérience.

Qui : Veuillez administrer le formulaire à un **échantillon aléatoire de 30 mères** dont le bébé est né à votre hôpital au cours d'un mois donné. Si votre établissement a accueilli moins de 30 naissances par mois, poursuivez la collecte par échantillonnage sur plusieurs mois jusqu'à ce que vous ayez recueilli 30 réponses. Toutes les mères ayant donné naissance à un bébé vivant à votre hôpital sont admissibles. Vous pouvez répéter la vérification aléatoire de 30 dossiers de patientes au courant de l'année ou soumettre le sondage à toutes les mères ayant connu une naissance vivante à votre établissement durant cette période.

Le formulaire 1 est destiné aux mères qui allaitent (y compris celles qui donnent le sein et ont recours aux substituts du lait maternel).

Le formulaire 2 est destiné aux mères qui ont recours exclusivement aux substituts du lait maternel.

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 uniquement 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 certains domaines d'intérêt. La question 21 du formulaire 1 et la question 12 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.

Quand : Soumettez le formulaire aux mères et demandez-leur de le remplir juste avant de quitter l'hôpital. Ainsi, leurs réponses témoigneront de leur séjour entier à l'hôpital. Le sondage peut également leur être remis quelques jours après leur sortie de l'hôpital. Assurez-vous d'offrir un lieu sécuritaire et pratique où elles peuvent remplir leur formulaire.

Comment : Les mères remplissent le formulaire pour elles-mêmes. Les établissements peuvent permettre qu'un bénévole formé ou un professionnel de la santé ne participant pas aux soins de la patiente offre son soutien pour remplir le formulaire. Cela peut s'avérer bénéfique pour les personnes ayant un faible niveau de langage ou ayant besoin d'aide pour comprendre l'objectif et les questions du sondage. Vous pouvez utiliser le texte suivant afin d'expliquer aux mères l'objectif de cette collecte de renseignements :

L'hôpital [INSÉRER LE NOM DE VOTRE HÔPITAL] cherche à améliorer les soins offerts aux familles qu'il dessert. Veuillez remplir ce formulaire sans inscrire votre nom. Il vous faudra environ 10 minutes pour répondre au sondage. 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, résumez les informations sous forme de nombres et de pourcentages, et saisissez-les dans le formulaire récapitulatif du sondage auprès des patientes de l'hôpital (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 patientes de l'hôpital

Formulaire 1 : Destiné aux mères qui allaitent (y compris celles qui donnent le sein et ont recours aux substituts du lait maternel) durant leur séjour à l'hôpital

L'hôpital [INSÉRER LE NOM DE VOTRE HÔPITAL] cherche à améliorer les soins offerts aux familles qu'il dessert. Veuillez remplir ce formulaire sans inscrire votre nom. Il vous faudra environ 10 minutes pour répondre au sondage. 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. Avez-vous reçu les informations suivantes pendant que vous étiez enceinte? (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 principes de base de l'allaitement

3. Quand votre bébé est-il né?

- Pendant le jour
- Pendant la nuit

4. Avez-vous accouché par voie vaginale ou par césarienne?

- Vaginale
- Césarienne

5. Vous a-t-on remis votre bébé immédiatement après sa naissance (ou dans les 5 minutes qui ont suivi) et vous l'a-t-on placé en contact peau-à-peau? [Norme 4.1]

- Oui, mon bébé a été placé en peau-à-peau avec moi dans les 5 minutes suivant la naissance
- Plus de 5 minutes se sont écoulées avant que mon bébé ait été placé en peau-à-peau avec moi
- Je n'ai pas tenu mon bébé en peau-à-peau pendant mon séjour à l'hôpital (passer à la question 8)

6. Combien de temps votre bébé est-il demeuré en peau-à-peau avec vous la première fois? [Norme 4.2]

- Moins d'une heure
- Une heure ou plus
- Jusqu'à la fin de sa première tétée
- Aussi longtemps que je le souhaitais

7. Si vous n'avez pas tenu votre bébé en peau-à-peau dès sa naissance, l'avez-vous fait aussitôt que possible? [Norme 4.4]

- Oui
- Non
- Ne s'applique pas

8. Vous a-t-on offert de l'aide pour allaiter dans l'heure suivant la naissance? [Norme sentinelle 4.3]

- Oui
- Non

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

- Oui
- Non

10. Avez-vous reçu de l'aide pour allaiter votre bébé dans les 6 heures suivant sa naissance et chaque fois que vous en aviez besoin? [Norme 5.5]

- Oui
- Non

11. Votre bébé a-t-il reçu des aliments ou des liquides autres que du lait maternel pendant votre séjour à l'hôpital? [Norme 6.1]

- Oui
- Non (passer à la question 16)

12. Y avait-il une raison médicale justifiant l'administration d'autres aliments (p. ex., substituts du lait maternel) à votre bébé? [Norme 6.2]

- Oui
- Non

13. Avez-vous reçu de l'aide pour donner à votre bébé ces autres aliments (p. ex., substituts du lait maternel) chaque fois que vous en aviez besoin? [Norme 6.6]

- Oui
- Non

14. Avez-vous l'impression d'avoir participé à la décision de donner des substituts du lait maternel à votre bébé? [Norme 6.6]

- Oui
- Non

15. 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, d'autres aliments (p. ex., substituts du lait maternel) à votre bébé? [Norme 9.4]

- Oui
- Non
- Ne s'applique pas

16. 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, 8.1, 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 positionner votre bébé en peau-à-peau de façon sécuritaire | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| d. Comment positionner votre bébé en peau-à-peau et l'allaiter durant les interventions douloureuses | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| e. Comment savoir si votre bébé reçoit assez de lait | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| f. Comment exprimer votre lait maternel à la main ou à l'aide d'un tire-lait | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| g. L'utilisation et les effets des sucres et des biberons | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| h. Comment apaiser votre bébé sans utiliser de succe | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| i. 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 |
| j. Comment accéder aux sources de soutien communautaire pour vous aider à allaiter après votre retour à la maison | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

17. Votre bébé est-il demeuré avec vous en tout temps, y compris la nuit, pendant votre séjour à l'hôpital? [Norme 7.1]

- Oui
- Non

18. Vous a-t-on montré comment exprimer votre lait si votre bébé ne buvait pas efficacement? [Norme 5.8]

- Oui
- Non
- Ne s'applique pas

19. Vous êtes-vous sentie bienvenue d'allaiter dans tous les endroits publics de l'hôpital? [Norme 7.6]

- Oui
- Non

20. Questions supplémentaires pour les mères de bébés aux unités de soins intensifs ou spéciaux

a. Vous a-t-on offert de l'aide pour exprimer votre lait dans les 2 heures suivant la naissance si vous deviez être séparée de votre bébé? [Norme 5.7]

- Oui
- Non
- Ne s'applique pas

b. Avez-vous reçu de l'aide pour exprimer votre lait à la main ou à l'aide d'un tire-lait? [Norme 5.8]

- Oui
- Non
- Ne s'applique pas

c. Vous a-t-on fourni de l'information sur l'utilisation de lait pasteurisé de donneuses si vous ne pouviez donner suffisamment de votre lait maternel à votre bébé? [Norme 6.7]

- Oui
- Non
- Ne s'applique pas

d. Vous a-t-on encouragée à rester près de votre bébé le plus possible, jour et nuit? [Norme 7.2]

- Oui
- Non
- Ne s'applique pas

e. Avez-vous reçu de l'aide pour pratiquer la méthode kangourou ou le contact peau-à-peau intermittent? [Normes 4.4 et 7.2]

- Oui
- Non
- Ne s'applique pas

f. Vous a-t-on aidée à déceler les signes subtils indiquant que votre bébé était prêt à être allaité? [Norme 8.3]

- Oui
- Non
- Ne s'applique pas

g. Avez-vous reçu de l'information sur les raisons pour lesquelles la tétée non nutritionnelle était importante jusqu'à ce que l'allaitement soit établi? [Norme 9.5]

- Oui
- Non
- Ne s'applique pas

21. 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 blanche | <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 origine | <input type="checkbox"/> | | |

Commentaires pour l'équipe de l'hôpital [insérer le nom de votre hôpital ici] :

Merci de votre participation à ce sondage!

Sondage auprès des patientes de l'hôpital

Formulaire 2 : Destiné aux mères qui ont nourri leur bébé exclusivement à l'aide de substituts du lait maternel durant leur séjour à l'hôpital

L'hôpital **[INSÉRER LE NOM DE VOTRE HÔPITAL]** cherche à améliorer les soins offerts aux familles qu'il dessert. Veuillez remplir ce formulaire sans inscrire votre nom. Il vous faudra environ 10 minutes pour répondre au sondage. 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. Avez-vous reçu les informations suivantes pendant que vous étiez enceinte? (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'alimentation du nourrisson

3. Quand votre bébé est-il né?

- Pendant le jour
- Pendant la nuit

4. Avez-vous accouché par voie vaginale ou par césarienne?

- Vaginale
- Césarienne

5. Vous a-t-on remis votre bébé immédiatement après sa naissance (ou dans les 5 minutes qui ont suivi) et vous l'a-t-on placé en contact peau-à-peau? [Norme 4.1]

- Oui, mon bébé a été placé en peau-à-peau avec moi dans les 5 minutes suivant la naissance
- Plus de 5 minutes se sont écoulées avant que mon bébé ait été placé en peau-à-peau avec moi
- Je n'ai pas tenu mon bébé en peau-à-peau pendant mon séjour à l'hôpital (passer à la question 8)

6. Combien de temps votre bébé est-il demeuré en peau-à-peau avec vous avant votre première séparation? (Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.) [Norme 4.2]

- Moins d'une heure
- Une heure ou plus
- Jusqu'à la fin de sa première tétée
- Aussi longtemps que je le souhaitais

7. Si vous n'avez pas tenu votre bébé en peau-à-peau dès sa naissance, l'avez-vous fait aussitôt que votre bébé et vous-même avez atteint un état stable? [Norme 4.4]

- Oui
- Non
- Ne s'applique pas

8. Avez-vous reçu le soutien dont vous aviez besoin pour nourrir votre bébé? [Norme 5.4]

- Oui
- Non

9. Avez-vous reçu de l'information sur les sujets suivants? [Normes 4.6, 5.2, 5.3, 5.4, 6.6, 7.3, 7.4, 8.1, 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 positionner votre bébé en peau-à-peau de façon sécuritaire | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| e. Comment positionner votre bébé en peau-à-peau et durant les interventions douloureuses | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| f. Comment savoir si votre bébé reçoit assez de lait | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| g. Comment préparer, donner et conserver les substituts du lait maternel en toute sécurité à la maison | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| h. Comment apaiser votre bébé | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| i. 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 |
| j. Comment obtenir de l'aide relativement à l'alimentation de votre nourrisson une fois de retour à la maison | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

10. Votre bébé a-t-il été séparé de vous (dans une autre chambre) à un moment quelconque de votre séjour (y compris la nuit)? [Norme 7.1]

- Oui
- Non

11. Questions supplémentaires pour les mères de bébés aux unités de soins intensifs ou spéciaux

a. Vous a-t-on demandé d'exprimer du lait pour votre bébé même si vous n'aviez pas l'intention d'allaiter? [Norme 5.4]

- Oui
- Non
- Ne s'applique pas

b. Vous a-t-on encouragée à rester près de votre bébé le plus possible, jour et nuit? [Norme 7.2]

- Oui
- Non
- Ne s'applique pas

c. Avez-vous reçu de l'aide pour pratiquer la méthode kangourou ou le contact peau-à-peau intermittent? [Norme 4.4]

- Oui
- Non
- Ne s'applique pas

d. Vous a-t-on aidée à déceler les signes subtils indiquant que votre bébé était prêt à boire? [Norme 8.3]

- Oui
- Non
- Ne s'applique pas

12. 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 blanche | <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 l'hôpital [insérer le nom de votre hôpital ici] :

Merci de votre participation à ce sondage!