



Madame, Mademoiselle,

Maternité

Afin de répondre au mieux à vos attentes et dans le souci de nous améliorer, il est essentiel que vous nous fassiez part de votre appréciation à l'égard de la prise en charge de l'allaitement maternel à la clinique Saint Jean.

Vous nous aiderez grandement à améliorer la qualité de votre prise en charge et celle de votre nouveau-né. Avant de quitter l'institution, nous vous demandons de répondre à ce questionnaire et de le déposer dans la boîte aux lettres bleue située à l'entrée du service de maternité.

En vous remerciant d'avance pour votre contribution,

Patrick Gérard,
Directeur général

1. a) Date d'accouchement :/...../..... b) Quelle était l'heure de l'accouchement ? h min.
2. Est-ce votre premier accouchement ? Oui Non
3. Avez-vous subi une césarienne ? Oui Non
4. Si oui, celle-ci était-elle programmée ? Oui Non
5. Après la naissance, un contact direct peau-à-peau avec mon bébé a été privilégié. (R4*)
 < 30 min 30 min – 1h > 1h > 1h30 >2h
6. La première mise au sein s'est réalisée :
 en-déans les 30 min en-déans 1h > 1h après la naissance. (R4*)
7. Vous séjournez dans une chambre à 1 lit 2 lits
8. Votre numéro de chambre actuel ? _____
9. Votre bébé a-t-il séjourné dans votre chambre après l'accouchement ? Oui Non
10. Avez-vous participé à des séances d'informations sur l'allaitement maternel ? Oui Non
 Si oui, étaient-elles organisées par la clinique Saint Jean ? Oui Non
11. Quelle est la durée de votre hospitalisation ? _____ jour(s)
12. Quel est votre âge ? _____ ans

Par rapport à la prise en charge de l'allaitement maternel à la clinique Saint Jean, nous vous demandons d'apprécier chaque proposition en entourant le chiffre qui correspond le mieux à votre appréciation (de 1 = pas du tout d'accord à 5 = tout à fait d'accord). Si vous n'avez pas été concerné(e) par l'aspect considéré, veuillez entourer la lettre NC (= Non concerné).

	Pas du tout fait d'accord d'accord					Tout à	Non concerné
	1	2	3	4	5		
13. J'ai pris connaissance des dix recommandations relatives à l'initiative "Hôpital Ami des Bébé" via des affiches diffusées au sein de la clinique. (R1*)	1	2	3	4	5		NC
14. Durant ma grossesse, j'ai reçu une information sur l'importance de l'allaitement maternel et des explications relatives à la pratique de l'allaitement maternel. Ces explications étaient dispensées oralement, par écrit, individuellement ou lors de sessions collectives. (R3*)	1	2	3	4	5		NC
15. Le personnel propose son aide et donne des explications lors de la mise au sein (ou lors de prélèvement de lait parce que mon bébé et moi-même étions séparés) (R5*)	1	2	3	4	5		NC
16. Le personnel m'a informé et montré la manière de prélever manuellement mon lait.(R5*)	1	2	3	4	5		NC

17. Mon Bébé n'a reçu que du lait maternel, n'a pas reçu d'eau ou d'autre complément alimentaire pour nouveau-nés. (R6*)	1	2	3	4	5	NC
18. Mon bébé et moi-même séjournions dans la même chambre, hormis pour certaines prestations médicales de courte durée (R7*)	1	2	3	4	5	NC
19. Le personnel m'a encouragé à allaiter au sein "à la demande" de mon bébé et de le stimuler s'il dormait trop longtemps. (R8*)	1	2	3	4	5	NC
20. L'emploi de tétine artificielle ou de sucette m'a été déconseillé puisque cela a une influence sur la demande de l'enfant et interfère sur la production de lait. (R9*)	1	2	3	4	5	NC
21. Lors de mon départ de la clinique, aucun échantillon d'alimentation pour nourrissons, de biberons ou de tétines ne m'a été délivré. (Code international)	1	2	3	4	5	NC
22. J'ai été informée de la date à laquelle la première consultation postnatale devait être planifiée. (V10*)	1	2	3	4	5	NC
23. J'ai reçu oralement et/ou par écrit une information relative à l'existence d'associations de soutien à l'allaitement maternel et la possibilité de faire appel à domicile à une sage-femme indépendante (R10*)	1	2	3	4	5	NC
24. Le personnel est compétent et nous soutient dans la pratique de l'allaitement maternel. (R2*)	1	2	3	4	5	NC
25. La clinique propose une contribution positive dans ma pratique de l'allaitement maternel	1	2	3	4	5	NC
26. J'accepte que vous me recontactiez éventuellement dans un délai d'un an afin d'évaluer à long terme mon expérience relative à l'allaitement maternel.	1	2	3	4	5	NC

* R1 → R10 = Dix recommandations de l'initiative "Hôpital Ami des Bébé" promue par l'O.M.S. et l'Unicef

27. Dans l'ensemble, comment évaluez-vous la **qualité de la prise en charge de l'allaitement maternel au sein du service de maternité** où vous séjournez ?

θ Très mauvaise θ Mauvaise θ Moyenne θ Bonne θ Très bonne

28. Globalement, dans quelle mesure êtes-vous **satisfaite de la prise en charge de l'allaitement maternel** au sein de la clinique Saint Jean ?

θ Très insatisfaite θ Insatisfaite θ Neutre θ Satisfaite θ Très satisfaite

29. **Recommanderiez-vous la prise en charge de l'allaitement maternel** proposée par la clinique Saint Jean à une personne de votre entourage ?

θ Certainement pas θ Probablement pas θ Neutre θ Probablement θ Certainement

30. Avez-vous des remarques, des observations, positives ou négatives, concernant la prise en charge de l'allaitement maternel à la clinique Saint Jean ou des suggestions sur ce qui pourrait être fait pour améliorer la prise en charge de l'allaitement maternel dans le service de maternité?

.....
.....
.....
.....
.....

• Si vous le désirez, vous pouvez indiquer vos coordonnées :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone : _____

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Borstvoedingsbegeleiding