



## ENQUETE SUR LES HOPITAUX « AMIS DES BEBES » COMBIEN VAUT VOTRE HOPITAL OU CENTRE DE SANTE LOCAL? EST-IL « AMI DE BEBE »?

**Pourquoi agir maintenant? En prenant le temps de remplir cette évaluation et d'en parler avec les administrateurs des hôpitaux, le personnel soignant et vos amis, vous allez aider à améliorer les soins dans votre communauté. Si vous le souhaitez, remplissez ce questionnaire en plus d'autres activités.**

Comment pouvez-vous créer un évènement?

1. Remplissez cette enquête «Hôpital amis des bébés».
2. Tous les «oui» valent un point. La question 9 a un barème différent.
3. Additionnez les points obtenus et écrivez le total dans la case prévue.
4. Utilisez cette enquête pour la sélection de services de maternité «amis des bébés» et pour permettre aux administrateurs de comparer leur hôpital ou service avec la norme internationale définie dans la Déclaration conjointe OMS/UNICEF.

	OUI	NON	NE SAIS PAS
1. Avant la naissance de mon bébé, il m'a été expliqué pourquoi et comment allaiter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. L'équipe était bien formée et encourageait l'allaitement maternel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le personnel m'a montré comment allaiter mon bébé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. J'ai été encouragée et aidée à allaiter sans utiliser de complément.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. J'ai eu un examen des seins avant et après la naissance de mon bébé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. On m'a dit de donner le sein à chaque fois que mon bébé cherchait à téter ou pleurait.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. A sa naissance, le poids de mon bébé a été noté sur une fiche de croissance qui m'a été donnée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mon bébé a été mis sur mon ventre (contre ma peau) immédiatement après l'accouchement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Je lui ai donné le sein, pour la première fois,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> moins de 30 min (2 pts)	<input type="checkbox"/> moins de 1 heure (1 pt)	<input type="checkbox"/> plus de 1 heure (0 pts)	
10. Mon bébé a reçu uniquement du lait maternel (pas d'autres aliments ou boissons).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mon bébé est resté tout le temps avec moi pendant notre séjour à la maternité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mon bébé a toujours reçu le sein ou la tasse ou la cuillère; tétine ou sucettes en caoutchouc ont été exclues.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Oui, je n'ai pas eu de cadeau de lait artificiel, d'autres aliments pour bébés, des biberons ou des tétines à ma sortie de la maternité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Il m'a été dit quand mon bébé devrait être examiné et pesé et comment prendre rendez-vous.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Il m'a été dit comment contacter un groupe de soutien entre mères, à ma sortie de la maternité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. L'hôpital a une politique d'allaitement maternel affichée qui reflète les dix conditions OMS/UNICEF et le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Au total, je crois que mon allaitement au sein a été facilité par le personnel de maternité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pour connaître le score, additionnez tous les points et comparez le total au tableau ci-dessous. Envoyez ce formulaire rempli à l'administrateur de l'hôpital. Vous pouvez inclure des remarques personnelles, par exemple la suggestion d'afficher les *Dix conditions pour réussir l'allaitement maternel* (au dos de cette enquête). Gardez une copie de ce formulaire rempli pour vous et pour votre groupe ou votre association.**

Quel est le score de votre hôpital?

TOTAL

- 17 - 18 EXCELLENT: Félicitations! Votre hôpital fait un travail sensationnel de protection, d'encouragement et de soutien de l'allaitement maternel.
- 15 - 16 TRES BON: Continuez dans ce sens! Vous aidez efficacement les mères allaitantes et leurs bébés. Cherchez comment vous pouvez vous améliorer encore, en contactant éventuellement un des organismes de soutien de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé.
- 13 - 14 MOYEN: Votre service peut faire plus pour encourager l'allaitement maternel. Les organismes de soutien de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé peuvent vous fournir une assistance technique ou faire des suggestions pour la mise en oeuvre des Dix conditions pour la réussite de l'allaitement maternel au sein.
- 0 - 12 INSUFFISANT: Les mères allaitantes et leurs bébés rencontrent des difficultés dans votre service. Considérez l'importance de ce problème. Mettre en route des changements augmentera la satisfaction de vos patientes et améliorera la santé des nourrissons.

**DONNEZ UNE COPIE DE CE QUESTIONNAIRE REMPLI A LA PERSONNE OU A L'ORGANISATION QUI VOUS A PASSE CE DEPLIANT OU, SI VOUS PREFEREZ, ENVOYEZ UNE COPIE AU SECRETARIAT DE WABA (ECRIVEZ LE NOM ET L'ADRESSE DE L'HOPITAL). MERCI!**