

Fiche de renseignements IHAB sur l'établissement

FICHE DE RENSEIGNEMENTS IHAB : pour mieux vous connaître!

Remplie le par

DONNÉES GRISÉES A NE REMPLIR QUE LORS DE L'ANNÉE DE L'ÉVALUATION EXTERNE.

Nom de l'établissement :

Adresse :

Code Postal : Ville :

N° SIRET :

Nom du Directeur Général : Téléphone :

..... Mail :

Nom du Directeur des Soins : Téléphone :

..... Mail :

Type d'établissement : Public Universitaire

Privé à but lucratif ESPIC (Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif)

Nom du Groupe :

Maternité type : I IIA IIB III

Si votre établissement dispose d'un service de néonatalogie, est-il également en démarche IHAB ?

Oui Non Non concerné

Si votre établissement dispose d'un service de pédiatrie, est-il également en démarche IHAB ?

Oui Non Non concerné

Date de votre dernière certification HAS : |_____|

Date de votre dernière autorisation d'activité de soins délivrée par l'ARS : |_____|

Le label IHAB est subordonné à l'autorisation d'activité délivrée par l'ARS et/ou à la certification par la HAS. Pour plus d'informations, contactez la Coordination IHAB France.

Fiche de renseignements IHAB sur l'établissement

Nom et fonction des personnes responsables du Pôle Femme-Mère-Enfant :

Nom..... Téléphone :

Fonction..... Mail :

Nom..... Téléphone :

Fonction..... Mail :

Nom..... Téléphone :

Fonction..... Mail :

Nom et fonction des personnes responsables de la Maternité :

Nom..... Téléphone :

Fonction..... Mail :

Personnes contacts pour le projet IHAB de la maternité :

Nom..... Téléphone :

Fonction..... Mail :

Nom..... Téléphone :

Fonction..... Mail :

Fiche de renseignements IHAB sur l'établissement

Nom et fonction des personnes responsables de la Néonatalogie (*Néonatalogie désigne les services de réanimation néonatale, soins intensifs, médecine et chirurgie néonatale...*)

Nom..... Téléphone :

Fonction..... Mail :

Nom..... Téléphone :

Fonction..... Mail :

Nom..... Téléphone :

Fonction..... Mail :

Personnes contacts pour le projet IHAB de la néonatalogie

Nom..... Téléphone :

Fonction..... Mail :

Nom..... Téléphone :

Fonction..... Mail :

Personnes contacts pour le projet IHAB de la pédiatrie

Nom..... Téléphone :

Fonction..... Mail :

Nom..... Téléphone :

Fonction..... Mail :

Fiche de renseignements IHAB sur l'établissement

Nombre de lits dans le service de gynéco-obstétrique I__I

I__I dans les salles de pré-travail et de naissance

I__I dans les unités de suites de naissance

I__I dans l'unité de néonatalogie

dont I__I dans l'unité de réanimation néonatale

dont I__I dans l'unité de soins intensifs

dont I__I dans l'unité de soins courants

Préciser le nombre de chambres mère-enfant I__I

(Elles sont à comptabiliser en néonatalogie, même si elles sont physiquement en maternité)

I__I dans les services de pédiatrie

Personnel de la maternité : nombre I__I

Nombre de : I__I gynécologues-obstétriciens I__I sages-femmes

I__I pédiatres I__I infirmières

I__I anesthésistes I__I puéricultrices

I__I psychologues I__I auxiliaires de puériculture

I__I internes I__I aides-soignantes

Dont consultants en lactation diplômés en Allaitement Maternel I__I

Le personnel de maternité tourne-t-il entre :

- Les différentes unités du service (secteur naissance, suites de naissance, prénatal, gynéco) : [] Oui [] Non

- Le jour et la nuit : [] Oui [] Non.

- Y a-t-il du personnel de nuit fixe : [] Oui [] Non

Personnel de néonatalogie : nombre I__I

Nombre de : I__I pédiatres en néonatalogie I__I pédiatres en néonatalogie et maternité

I__I puéricultrices I__I infirmières

I__I auxiliaires de puériculture I__I aides-soignantes

I__I psychologues ou psychiatres I__I internes

Dont consultants en lactation diplômés en Allaitement Maternel I__I

Le personnel de néonatalogie tourne-t-il entre :

- Les différentes unités du service (réanimation, soins intensifs, soins de suite) : [] Oui [] Non

- Le jour et la nuit : [] Oui [] Non

Fiche de renseignements IHAB sur l'établissement

- *Y a t-il du personnel de nuit fixe : [] Oui [] Non*

Les données suivantes portent sur la dernière année civile entière, c'est-à-dire pour l'année I____I

Nombre d'accouchements du Pôle (=A) I____I $\geq 22SA$ ou >500 grammes

I____I accouchements par voie basse (=B) I____I % (=B/A)

Dont I____I sous analgésie locorégionale (=Bc) (I____I % (=Bc/B)

I____I accouchements par césarienne (=C) I____I % (= C/A)

Dont I____I césariennes programmées (=Cp) I____I % (=Cp/C) et dont I____I césariennes en urgence (=Cu) I____I % (=Cu/C)

Dont I____I césarienne sous AG (= Cag) I____I % (=Cag/C)

Taux d'épisiotomie (=E) I____I % (=E/B)

Taux d'extraction instrumentale (=EI) I____I % (= EI/B)

Taux de déclenchement d'indication médicale (=D) I____I % (=D/A)

Nombre de naissances du Pôle : I____I (nouveau-nés nés vivants $\geq 22SA$ ou ≥ 500 grammes)

I____I nouveau-nés de petit poids de naissance ($< 2500g$) I____I %

I____I nouveau-nés prématurés ($<37 SA$) I____I %

I____I nouveau-nés transférés (ou admis) en néonatalogie I____I %

Durée moyenne du séjour après accouchement par voie basse : I____I jours

après césarienne : I____I jours

Fiche de renseignements IHAB sur l'établissement

Informations complémentaires :

Breve description des caractéristiques sociodémographiques de la population bénéficiant des services du Pôle :

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

Dans le cadre du suivi IHAB des équipes déjà labellisées, depuis votre dernière évaluation :

Merci de décrire succinctement :

- L'évolution notable du nombre de postes (personnel) depuis votre évaluation IHAB :

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

- Les évènements notables en lien avec l'IHAB :

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

◆ **Recommandation 2 – Formation :**

Organisation de la formation des professionnels (cf plan de formation):

- Soignants :

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

- Non soignants :

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

Organisation de la pratique clinique :

.....

Fiche de renseignements IHAB sur l'établissement

.....
.....

◆ **Recommandation 3 – Information prénatale et accompagnement des femmes pendant le travail et l'accouchement :**

Organisation des consultations prénatales et de la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) :

Proportion des femmes qui ont bénéficié de l'entretien prénatal précoce ?

que ce soit dans ou en dehors de votre établissement? I___I %

Proportion de femmes qui ont bénéficié de la PNP ?

que ce soit dans ou en dehors de votre établissement? I___I %

Décrivez l'organisation mise en place pour que toutes les femmes enceintes reçoivent les informations sur les 10 points-clés de la recommandation 3 :

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

Avez-vous un outil permettant de tracer la délivrance de l'information sur les 10 points-clés de la recommandation 3 ? Comment est-il utilisé ?

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

Accompagnement des femmes durant le travail et l'accouchement :

Proportion des femmes pour lesquelles un projet de naissance a été recueilli ? I___I %

Existe-t-il un secteur de naissance plus « physiologique » ? Préciser :

.....
.....

Secteur démedicalisé (salle nature) [] Oui [] Non

Maison de naissance attenante à la maternité? [] Oui [] Non

Avez-vous un plateau technique ouvert aux sages-femmes libérales ? [] Oui [] Non

Fiche de renseignements IHAB sur l'établissement

◆ Code de commercialisation des substituts du lait maternel (Code OMS) :

Des financements de la part des fabricants de substituts de lait maternel (SLM) sont-ils perçus ?

Oui Non

Si oui :

par l'établissement ? Oui Non

par un groupe d'établissement ? Oui Non

par une association de service ? Oui Non

Préciser le nom des associations de service :

et la date de la dernière Assemblée Générale :

IHAB France propose 3 niveaux selon le degré de financement par les fabricants de SLM pour atteindre le niveau 3 demandé par l'OMS :

- Niveau 1 : Financements reçus par l'établissement, le groupe ou l'association de service. Montant \geq 50 % de l'ensemble des financements reçus.
- Niveau 2 : Financements reçus par l'association de service. Montant \leq 50 % de l'ensemble des financements reçus.
- Niveau 3 : Aucun financement de la part des fabricants des de SLM

Existe-t-il d'autres sources de financements (hors fabricants de substituts de lait maternel) ?

Oui Non Démarches en cours

Dans tous les cas, merci de remplir la Déclaration de Lien d'Intérêt strictement confidentielle disponible à la page <https://www.i-hab.fr/outils/le-code-oms/>

Fiche de renseignements IHAB sur l'établissement

Recommandation 10 - Travail en réseau :

(Avec les services de PMI, professionnels libéraux, associations de soutien à l'allaitement maternel et autres soutiens adaptés, réseau de périnatalité, ...) pour le suivi prénatal et postnatal des mères :

Nom de votre région:

Nom du réseau de santé en périnatalité (RSP) :

Nombre d'accouchements dans le RSP I_____I durant la dernière année civile I_____I

L'IHAB fait-elle partie des projets du RSP : [] Oui [] Non Si oui, de quelle manière ?

Des staffs médico-psycho-sociaux sont-ils effectifs:

A la maternité? [] Oui [] Non Si oui depuis quand ? I_____I

En néonatalogie? [] Oui [] Non Si oui depuis quand ? I_____I

Avez-vous des liens avec des associations de mères ? [] Oui [] Non

Si oui, lesquelles ?

.....
.....

Un **entretien post-natal précoce** est-il programmé systématiquement aux mères ayant donné naissance dans votre établissement? [] Oui [] Non

.....
.....

Fiche de renseignements IHAB sur l'établissement

Données locales et/ou régionales sur les pratiques de l'IHAB ou sur l'allaitement :

Citer les Enquêtes, mémoires, thèses sur l'IHAB...

Merci de fournir un résumé et la référence (titre, auteur, année, faculté,..).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Si d'autres programmes qualité ou des actions de prévention ont été mis en place par le Pôle, merci de les décrire brièvement et de préciser depuis quand ils sont en place (informations complémentaires qui ne font pas partie des exigences pour le label).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fiche de renseignements IHAB sur l'établissement

DONNEES CI-DESSOUS A NE REMPLIR QUE LORS DE L'ANNEE DE L'EVALUATION EXTERNE

LE TABLEAU ANNUEL(Excel) DE STATISTIQUES D'ALIMENTATION EST A ENVOYER Avant le 15 mars de CHAQUE ANNEE.

Données sur l'alimentation des nouveau-nés (service de maternité) : (version 2018)

[Voir Statistiques IHAB néonatalogie] sur <https://www.i-hab.fr/outils/statistiques-dalimentation-du-nouveau-ne/>

C'est un récapitulatif de ce qui s'est passé pendant le séjour, à partir du recueil de données sur dossiers.

Depuis le 1^{er} janvier de l'année en cours, soit ... mois, combien de :

n I___I nouveau-nés, nés vivants à la maternité et non transférés

a I___I nouveau-nés allaités au moment de **la sortie** de maternité (**allaitement maternel**), c'est à dire qui reçoivent du lait de leur propre mère directement au sein et/ou du lait de leur mère exprimé, donné d'une autre manière. I___I % (**a / n** ´ 100)

c I___I nouveau-nés allaités au moment de la sortie qui ont reçu au moins

1 complément pendant le séjour I___I % (**c / a** ´ 100)

dont **c'** I___I sur indication médicale (même 1 seule fois) * I___I % (**c' / a** ´ 100)

ou **c''** I___I sans indication médicale (même 1 seule fois) I___I % (**c'' / a** ´ 100)

ou **c'''** I___I en cas de décision secondaire d'allaiter pendant le séjour I___I % (**c''' / a** ´ 100)

e I___I nouveau-nés **nourris exclusivement avec le lait de leur mère*** pendant tout le séjour en maternité (ou **allaitement maternel exclusif**) I___I % (**e / n** ´ 100)

b I___I nouveau-nés allaités à la sortie qui ont été alimentés au moins une fois au biberon,

quel que soit le contenu du biberon (y compris du lait de leur mère) I___I % (**b / a** ´ 100)

p I___I nouveau-nés **non allaités à la sortie** I___I % (**p / n** ´ 100)

dont **p'** I___I en cas d'arrêt d'allaitement maternel pendant le séjour en maternité*** I___I % (**p' / n** ´ 100)

ou **p''** I___I sur indication médicale (contre-indication à l'allaitement maternel) *** I___I % (**p'' / n** ´ 100)

ou **p'''** I___I sur décision de la mère*** I___I % (**p''' / n** ´ 100)

Fiche de renseignements IHAB sur l'établissement

*Le lait de lactarium issu de Don anonyme d'autres mères est considéré comme un complément et n'est donc pas comptabilisé dans (e).

** Une seule tétée en salle de naissance n'est pas considérée comme allaitement maternel

*** p'' et p''' n'ont jamais reçu de lait maternel

D'où viennent ces données sur l'alimentation des nouveau-nés ?

Revue des dossiers Recueil systématique dans un registre papier ou informatisé

Décrire les modalités de recueil des données sur l'alimentation qui vous ont permis de calculer les résultats ci-dessus :

.....

.....

.....

.....

Taux d'allaitement des années précédentes :

Années				
% d'allaitement exclusif à la maternité [e] (de la naissance à la sortie du nouveau-né)				

% d'allaitement à la sortie [a]				
% de bébés allaités recevant des compléments [c]				
% d'arrêts d'allaitement maternel pendant le séjour [p']				

Autres indicateurs mis en place :

.....

.....

.....

.....

Fiche de renseignements IHAB sur l'établissement

DONNEES CI-DESSOUS A NE REMPLIR QUE LORS DE L'ANNEE DE L'EVALUATION EXTERNE

LE TABLEAU ANNUEL DE STATISTIQUES D'ALIMENTATION EST A ENVOYER avant le 15 mars de CHAQUE ANNEE.

Données sur l'alimentation des nouveau-nés (services de néonatalogie) : (version 2018)

[Voir Statistiques IHAB néonatalogie] sur <https://www.i-hab.fr/outils/statistiques-dalimentation-du-nouveau-ne/>

Les données demandées pour les services de maternité n'étant pas adaptées aux services de néonatalogie, nous proposons le recueil de données pendant le séjour et à la sortie du service de néonatalogie.

Depuis le 1^{er} janvier de l'année en cours (soit ... mois), combien de :

t I_____I nouveau-nés admis en néonatalogie, et respectant les critères d'exclusion IHAB (les enfants venant de leur domicile, ou nés depuis plus de 48h et venant d'un autre établissement (mater ou néonate), ou nés sous le secret, ou décédés, ou retransférés de votre service vers un autre service de votre établissement ou d'un autre établissement (c'est à dire ceux qui ne rentrent pas à domicile).

dont **t' I_____I** ≤ 32 SA et **t'' I_____I** > 32 SA

Pendant le séjour,

tlm I_____I nouveau-nés ont reçu des tétées au sein et/ou du lait de leur propre mère * I_____I % (tlm / t ' 100)

Au moment de la sortie de néonatalogie (et depuis plus de 24h),

ta I_____I nouveau-nés nourris au lait de leur mère (allaitement maternel)* I_____I % (ta / t ' 100)

dont **te I_____I** nouveau-nés en allaitement maternel exclusif** I_____I % (te / t ' 100)

ou **tc I_____I** nouveau-nés en allaitement maternel partiel (ou complété) I_____I % (tc / t ' 100)

tb I_____I nouveau-nés allaités à la sortie qui reçoivent des biberons quel que soit le contenu du biberon (y compris du lait de la mère) I_____I % (tb / ta ' 100)

tp I_____I nouveau-nés non allaités à la sortie de néonatalogie (recevant une préparation pour nourrissons et/ou du lait de lactarium issu de Don anonyme) I_____I % (tp / t ' 100)

Fiche de renseignements IHAB sur l'établissement

* Le lait de la mère peut être cru, congelé/décongelé ou pasteurisé (lait de lactarium de Don personnalisé).

** L'enfant reçoit exclusivement le lait de sa mère. Il peut recevoir des vitamines, des minéraux et des médicaments. Les enrichissements du lait maternel (eoprotine, liquigen...) sont considérés comme des médicaments et non comme des compléments.

Autres données éventuelles :

.....

.....

D'où viennent ces données sur l'alimentation des nouveau-nés ?

Revue des dossiers des trois derniers mois

Recueil systématique dans un registre papier ou informatisé

Décrire les modalités de recueil des données qui vous ont permis de calculer les résultats ci-dessus :

.....

.....

Taux d'allaitement des **années précédentes** :

Années				
% d'allaitement exclusif à la sortie [te/t]				
% d'allaitement à la sortie [ta/t]				
% d'enfants ayant reçu du lait de leur propre mère (au sein ou non) pendant le séjour [tlm/t]				

Fiche de renseignements IHAB sur l'établissement

Quelle analyse faites-vous de l'évolution de vos statistiques sur l'alimentation des nouveau-nés, sur les taux de compléments et d'arrêts d'allaitement maternel ?

- Services de maternité :

.....

.....

.....

.....

.....

- Services de néonatalogie :

.....

.....

.....

.....

Quelles actions avez-vous entreprises ou allez-vous entreprendre suite à cette analyse ?

- Services de maternité :

.....

.....

.....

.....

.....

- Services de néonatalogie :

.....

.....

.....

.....

Fiche de renseignements IHAB sur l'établissement