**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.***

**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 :

Nom Téléphone :

Fonction Mail :

Nom Téléphone :

Fonction Mail :

Nom Téléphone :

Fonction Mail :

**Personnes contacts pour le projet IHAB de la maternité** :

Nom Téléphone :

Fonction Mail :

Nom Téléphone :

Fonction Mail :

**Nom et fonction des personnes responsables de la Néonatalogie *(****Néonatologie 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 :

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 sage-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*

*- 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 ≥ 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 ≥ 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**

**Informations complémentaires :**

**Brève 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 1.A : Code de commercialisation des substituts du lait maternel (Code OMS) :**

**Des financements de la part des fabricants de Préparation Commerciale pour Nourrissons (PCN) 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 :

**De quelle façon sont perçus ces financements ?**

Enveloppe financière

Dons en nature (matériels, équipements, …)

Formations

Autre (Précisez) :

**Quel est le montant total des financements perçus par les firmes de PCN** ?

**À quoi sont affectés les financements perçus des firmes de PCN** ?

Formations des professionnels

Amélioration de l’accueil des familles

Autre (Précisez) :

IHAB France propose 3 niveaux selon le degré de financement par les fabricants de SLM pour atteindre le niveau 3 demandé par l’OMS. A quel niveau vous situez-vous actuellement :

Niveau 1 : Financements reçus par l’établissement, le groupe ou l’association de service.

Montant ≥ 50 % de l’ensemble des financements reçus.

Niveau 2 : Financements reçus par l’association de service.

Montant < 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. Précisez :

**Dans tous les cas, merci de remplir la Déclaration de Lien d’Intérêt** strictement confidentielle disponible à la page [Outils pour implanter la démarche - IHAB France (i-hab.fr)](https://i-hab.fr/implanter-la-demarche-ihab/outils-utiles-pour-implanter-la-demarche-ihab/)

* **Recommandation 2 – Formation :**

**Organisation de la formation (cf plan de développement des compétences) :**

* **Soignants réguliers :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………

* **Soignants occasionnels :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………

* **Non soignants :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………

**Organisation de la pratique clinique (primo-évaluation) et de la vérification des compétences (réévaluations) :**

…………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* **Recommandation 3.A et 3.B – 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 %

Si ce chiffre n’est pas connu, cocher la case Non évalué

**Proportion de femmes qui ont bénéficié de la PNP ?**

Que ce soit dans ou en dehors de votre établissement ?I I %

Si ce chiffre n’est pas connu, cocher la case Non évalué

**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 :**

**Pourcentage de femmes à qui un projet de naissance a été proposé ?** I I %

Si ce chiffre n’est pas connu, cocher la case Non évalué

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

Si ce chiffre n’est pas connu, cocher la case Non évalué

**De quels outils disposez-vous pour les accompagnements plus physiologiques ?**

Salle nature

Baignoire de dilatation

Pré-travail en chambre

Ballon

Déambulation

Lianes

Aucun

Autre (précisez) :

**Maison de naissance attenante à la maternité ?**  Oui  Non

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

* **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 Dispositif Spécifique Régional en périnatalité (DRSP) :**

L’IHAB fait-elle partie des projets du RSP :  Oui  Non

Si oui, de quelles manières ?

Formations

Financements

Soutien à l’allaitement

Plateforme téléphonique

Documents pour les soignants / Protocoles

Documents pour les parents

Documents pour les maternités

Groupes de travail

Autre (précisez) :

**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, sous quelle forme ?

Transmissions écrites des coordonnées des associations de mères

Rencontres ponctuelles

Réunions/Ateliers dans les locaux de la maternité

Stands lors de journées à thème

Autre (précisez) :

La possibilité d’un **entretien post-natal précoce** est-elle ?

Discutée

Programmée dans l’établissement

Programmée en libéral

Non abordée

**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).

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**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 [Par où commencer ? - IHAB France](https://i-hab.fr/implanter-la-demarche-ihab/par-ou-commencer/#statistiques)

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

**Depuis le 1er 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)

**\****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 :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**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 [Par où commencer ? - IHAB France](https://i-hab.fr/implanter-la-demarche-ihab/par-ou-commencer/#statistiques)

***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 1er 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 néonat), 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)*

***\****  *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 [t**e/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] |  |  |  |  |

**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 néonatologie :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

* **Services de maternité :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* **Services de néonatologie :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………