

Modèles d'évaluation de programme en allaitement maternel

Cette documentation contient des formulaires d'évaluation qui ont été utilisés dans divers programmes et projets en allaitement maternel en Ontario. Ces modèles de formulaires ont pour objet d'apporter des suggestions aux organismes et de leur offrir des exemples d'évaluation de programmes en allaitement.

Les formulaires sont mis en partage avec autorisation requise. Toute information relevant de l'identification d'origine a été supprimée. Les organismes sont encouragés à adapter ces modèles à leur communauté, leurs services et leur population cible. Une liste d'organismes et de programmes ayant contribué au partage de modèles de formulaires d'évaluation est présentée à la fin du document.

Table des matières

Formulaires de données démographiques

Formulaire 1 PAGE 2

Formulaires d'évaluation de groupes et de cafés-rencontre

Formulaire 1 PAGE 3, 4

Formulaire 2 PAGE 5

Formulaire 3 PAGE 6, 7

Formulaire 4 PAGE 8

Formulaire 5A (pré-évaluation) PAGE 9

Formulaire 5B (post-évaluation) PAGE 10

Formulaire 6 PAGE 11

Formulaires d'évaluation de la formation des marraines d'allaitement

Formulaire 1 PAGE 12

Formulaire 2 PAGE 13 - 19

Formulaires d'évaluation d'ateliers et de cours prénataux en allaitement animés par des marraines

Formulaire 1A (pré-évaluation mère) PAGE 20, 21

Formulaire 1B (post-évaluation mère) PAGE 22, 23

Formulaire 2A (pré-évaluation conjoint/parent/ami) PAGE 24

Formulaire 2B (pré-évaluation conjoint/parent/ami) PAGE 25, 26

Formulaires d'autorisation

Formulaire 1 PAGE 27

Formulaire 2 PAGE 28

Remerciements

Organismes PAGE 29

Café-rencontre [REDACTED] en allaitement : Information du participant

Veuillez fournir les renseignements suivants afin de nous permettre d'évaluer ce programme-pilote.

Les renseignements que vous fournissez restent anonymes et confidentiels.

Date : _____ Nom : _____ Tél : _____

Courriel : _____ Code postal : _____

1. Comment avez-vous pris connaissance de ce café-rencontre [REDACTED] en allaitement?
(Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)
 - Famille/Ami Équipe du Centre de santé [REDACTED]
 - Sage-femme Prospectus/Dépliant Média
 - Autre (veuillez préciser) _____

2. Je suis venue au café-rencontre en allaitement parce que :
(Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)
 - Je veux plus d'information sur l'allaitement
 - J'ai besoin d'aide pour résoudre mes problèmes en allaitement
 - Je veux rencontrer d'autres mères qui allaitent pour avoir du soutien social et affectif en matière d'allaitement maternel
 - Autre (veuillez préciser) _____

3. Nous aimerions savoir si nous touchons des familles faisant partie des populations cibles du centre de santé [REDACTED]. (Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)
 - À faible revenu
 - Vivant dans un logement d'urgence
 - Nouvel arrivant avec des difficultés linguistiques
 - Manque de soutien social pour les parents (par ex. famille, amis, voisins, groupes communautaires)
 - Vivant avec un handicap qui affecte la santé et le bien-être

4. Quel est votre âge?
 - 15 – 20 21 – 25 26 – 30 31 – 35 36 – 40 + de 40

5. Quel le niveau d'étude complétée le plus élevé?
 - Collège Lycée Université

6. Quelle est la structure familiale?
 - Deux parents Un seul parent
 - Autres membres de la famille vivant au foyer (par ex. parent, tante, oncle, etc.)

7. Ce programme-pilote doit être évalué afin de déterminer s'il doit être maintenu.
Accepteriez-vous d'être contacté plus tard pour participer à une évaluation? Oui Non

Merci d'être venue aujourd'hui et de nous avoir fait part de vos commentaires!

Café-rencontre [REDACTED] en allaitement : Registre hebdomadaire

Date : _____

Coordinateur : _____

Sujets abordés	Notes — Discussions
_ Avantages de l'allaitement	
_ Morsures/Dentition	
_ Expérience de l'accouchement	
_ Allaitement en public	
_ Partage du lit/Habitudes de sommeil	
_ Régime (maternel)	
_ Durée (combien de temps dois-je allaiter?)	
_ Préoccupations d'ordre affectif (DPP, anxiété)	
_ Communication explicite/ Entreposage du lait maternel	
_ Fatigue (maternelle)	
_ Habitudes alimentaires/Normes	
_ Bébé difficile/Colique	
_ Production de lait	
_ Refus de la tétée/Rejet du sein	
_ Position et mise au sein	
_ Grossesse	
_ Retour au travail/École	
_ Fratrie	
_ Bébé endormi (approche de réveil)	
_ Mamelons douloureux (soins)	
_ Seins douloureux	
_ Alimentation solide (bébé)	
_ Sucette/Succion du pouce	
_ Complément alimentaire	
_ Soutien/Stress	
_ Allaitement en tandem	
_ Sevrage	
_ Autre	

Café-rencontre [REDACTED] en allaitement : Registre hebdomadaire (suite)

Liens et références vers diverses ressources communautaires : _____

Suivi : _____

Ressources mises à disposition : _____

Demande et suggestions pour d'éventuels sujets : _____

Commentaires du coordinateur (ce qui a bien été, ce qui n'a pas marché, changements requis, commentaires à l'intention des prochains coordinateurs de la semaine, etc.) : _____

Renseignements complétés par : _____

Enregistrement au café-rencontre en allaitement

Veillez nous faire savoir ce que vous avez pensé du café-rencontre et suggérer des améliorations au besoin — nous voulons offrir le meilleur service possible!

(Vos renseignements restent anonymes et confidentiels et ne seront utilisés qu'à des fins d'évaluation du programme.)

Date : _____

Le café-rencontre d'aujourd'hui m'a permis :

- d'obtenir l'information dont j'avais besoin.
 - Tout à fait d'accord
 - À peu près d'accord
 - Incertaine
 - En désaccord
 - Tout à fait en désaccord

Commentaires : _____

- d'avoir le soutien social que je recherchais.
 - Tout à fait d'accord
 - À peu près d'accord
 - Incertaine
 - En désaccord
 - Tout à fait en désaccord

Commentaires : _____

- de développer les compétences recherchées.
 - Tout à fait d'accord
 - À peu près d'accord
 - Incertaine
 - En désaccord
 - Tout à fait en désaccord

Commentaires : _____

1. Pour moi, la partie la plus intéressante du café-rencontre d'aujourd'hui a été : _____

2. Un des changements préconisés serait : _____

Merci pour vos commentaires!

Café-rencontre [REDACTED] : Évaluation du participant**Merci d'avoir participé au café-rencontre [REDACTED] !**

Veillez prendre quelques minutes pour participer à l'évaluation suivante. L'information recueillie nous permettra de mieux connaître les besoins de ceux qui utilisent nos services et d'évaluer le bien-fondé de ce café-rencontre dans le but d'offrir le meilleur service qui soit.

1. Comment avez-vous pris connaissance du café-rencontre [REDACTED]?
(Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)

<input type="checkbox"/> Famille/Ami	<input type="checkbox"/> Centres de la petite enfance de l'Ontario
<input type="checkbox"/> Site Internet [REDACTED]	<input type="checkbox"/> Hôpital [REDACTED]
<input type="checkbox"/> Sage-femme	<input type="checkbox"/> Docteur/Personnel infirmier
<input type="checkbox"/> Prospectus/Dépliant	<input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____
2. Êtes-vous enceinte? Oui Non
3. Êtes-vous en période d'allaitement? Oui Non
4. Veuillez indiquer les raisons de votre participation au café-rencontre [REDACTED]?
(Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)

<input type="checkbox"/> Je veux d'autres informations sur l'allaitement
<input type="checkbox"/> J'ai besoin d'aide pour résoudre mes problèmes en allaitement
<input type="checkbox"/> Je veux rencontrer d'autres mères qui allaitent et apprendre de leur expérience.
<input type="checkbox"/> Je recherche davantage de ressources en allaitement auprès de la communauté.
<input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____
5. Nous souhaitons déterminer le type de population que nous touchons par l'intermédiaire des cafés-rencontre.
(Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent).

<input type="checkbox"/> Je vis avec un revenu faible (par ex. j'ai déjà eu affaire avec une banque alimentaire; je ne peux parfois pas payer mon loyer).
<input type="checkbox"/> Je vis dans un logement d'urgence (par ex. je suis sur une liste d'attente de logement, j'ai résidé en centre d'hébergement).
<input type="checkbox"/> Je suis nouvel arrivant au Canada (par ex. je vis au Canada depuis 10 ans, ou moins).
<input type="checkbox"/> L'anglais est ma deuxième langue. Quelle langue parlez-vous le plus souvent à la maison.
<input type="checkbox"/> Je n'ai pas beaucoup de soutien social (par ex. famille, amis, voisins, groupes communautaires).
6. Quel est votre âge?

<input type="checkbox"/> 15 – 20	<input type="checkbox"/> 21 – 25	<input type="checkbox"/> 26 – 30	<input type="checkbox"/> 31 – 35	<input type="checkbox"/> 36 – 40	<input type="checkbox"/> + de 40
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------
7. Quel est le niveau d'étude complétée le plus élevé?

<input type="checkbox"/> Collège	<input type="checkbox"/> Lycée	<input type="checkbox"/> Université	<input type="checkbox"/> Autre
----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------
8. Quel est votre code postal? _____
9. Est-ce que vous fumez?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------
10. Quelle est la structure de votre famille?

<input type="checkbox"/> Deux parents	<input type="checkbox"/> Autre membre de la famille vivant au foyer (par ex. parent, tante, oncle, etc.)
<input type="checkbox"/> Un seul parent	<input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____

Veillez indiquer (✓) si vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes :

AFFIRMATIONS	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni en désaccord	En désaccord	Tout à fait en désaccord	Sans objet
Je me suis sentie bien accueillie et acceptée au café-rencontre.						
Les marraines bénévoles m'ont traitée avec respect et m'ont écoutée.						
Les marraines bénévoles étaient très bien informées en matière d'allaitement.						
Les marraines bénévoles ont répondu à mes questions sur l'allaitement.						
Je recommanderais ce café-rencontre à des amis ou des personnes de ma famille.						

Veillez indiquer (✓) votre niveau de confiance par rapport aux questions suivantes :

QUESTIONS	Oui	Pas de différences	Non
Depuis que vous avez participé à ce café-rencontre, avez-vous plus confiance en vos connaissances en allaitement?			
Depuis que vous avez participé à ce café-rencontre, avez-vous plus confiance en vos aptitudes en allaitement?			
Depuis que vous avez participé à ce café-rencontre, avez-vous plus confiance en vos compétences pour prévenir ou résoudre des problèmes liés à l'allaitement?			
Depuis que vous avez participé à ce café-rencontre, avez-vous davantage conscience des services communautaires existants et des ressources disponibles en matière de soutien à l'allaitement?			

Veillez indiquer (✓) votre niveau d'aisance par rapport aux questions suivantes :

QUESTIONS	Oui	Pas de différences	Non
Depuis que vous avez participé à ce café-rencontre, êtes-vous plus à l'aise pour allaiter votre enfant?			
Depuis que vous avez participé à ce café-rencontre, vous sentiriez-vous plus à l'aise d'allaiter votre enfant en public (par ex. dans un centre commercial, en voiture, dans un parc, etc.)?			

Autres commentaires _____

Merci d'être venue aujourd'hui et de nous avoir fait part de vos commentaires!

██████████ : Évaluation de groupe de rencontre en allaitement

1. Bienvenue! S'agit-il de votre première participation à ce groupe ██████████?
 - Oui Non (j'y ai participé auparavant)
2. S'il s'agissait de votre première participation, la rencontre a-t-elle porté sur le type d'information que vous attendiez et dont vous aviez besoin?
 - Oui Non
 - Commentaires : _____
3. Si vous avez participé à plus d'une rencontre, celles-ci ont-elles porté sur le type d'information que vous attendiez et dont vous aviez besoin?
 - Oui Non
 - Commentaires : _____
4. Faites-nous savoir dans quelle mesure la rencontre vous a été utile.
(Veuillez noter chacune des affirmations suivantes : de 1 = pas du tout utile, 2, 3, 4, à 5 = très utile)
 - ___ obtenir du soutien d'autres mères allaitantes
 - ___ obtenir des informations en allaitement que je ne connaissais pas
 - ___ disposer d'un encadrement sûr pour poser des questions
 - ___ mieux savoir où trouver l'information en matière d'allaitement
 - ___ Autre? Précisez : _____
5. Avant de participer à ces rencontres ██████████, combien de temps pensiez-vous allaiter?
Veuillez indiquer une réponse (✓) :
 - 0 – 3 mois 3 – 6 mois 6 mois – 1 an + de 1 an
6. Maintenant que vous avez participé aux rencontres, combien de temps souhaitez-vous allaiter?
Veuillez indiquer une réponse (✓) :
 - Pas de différences OU : 3 – 6 mois 6 mois – 1 an + de 1 an
7. Veuillez indiquer une nouvelle information que vous avez apprise sur l'allaitement aujourd'hui :

8. Nous aimerions savoir si nous touchons des populations ██████████ cibles du centre de santé ██████████.
Veuillez indiquer tout ce qui s'applique à votre cas :
 - Je vis avec un revenu faible
 - Je vis dans un logement d'urgence (sur liste d'attente de logement ou résidant en centre d'hébergement)
 - Je suis nouvel arrivant au Canada (10 ans ou moins)
 - Je suis parent célibataire
 - Je n'ai pas de soutien social (pas assez d'amis, de famille, de voisins pouvant aider)
 - Je vis avec un handicap qui affecte ma santé et mon bien-être
9. Quelle est la langue que vous parlez à la maison? _____
10. Quel est le plus haut niveau d'étude complétée que vous possédez? _____
11. Quel serait un aspect à changer sur cette rencontre ou ce groupe? _____

Merci!

Merci d'avoir participé à [REDACTED]!

Le service de [REDACTED] veut connaître votre opinion sur l'allaitement maternel. Veuillez prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire. Vos réponses sont confidentielles.

Date d'aujourd'hui : _____

Veuillez nous faire part de vos sentiments par rapport aux affirmations suivantes.

	Tout à fait en désaccord	En désaccord	Sans opinion	D'accord	Tout à fait d'accord
Je sais que je peux utiliser différentes approches pour avoir une expérience positive en allaitement.	<input type="checkbox"/>				
Je sais quand chercher de l'aide pour un problème en allaitement.	<input type="checkbox"/>				
Je sais que je pourrais obtenir du soutien individuel en [REDACTED].	<input type="checkbox"/>				
Je sais où aller pour obtenir une information de confiance.	<input type="checkbox"/>				
Je suis à l'aise de parler d'allaitement avec mes amis et ma famille.	<input type="checkbox"/>				

Merci!

Merci d'avoir participé à [REDACTED]!

Le service de [REDACTED] veut connaître votre expérience avec [REDACTED].

Veuillez prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire. Vos réponses sont confidentielles.

À combien de sessions [REDACTED] avez-vous participé? _____

Veuillez indiquer vos sentiments par rapport aux affirmations suivantes.

	Tout à fait en désaccord	En désaccord	Sans opinion	D'accord	Tout à fait d'accord
Je sais que je peux utiliser différentes approches pour avoir une expérience positive en allaitement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je sais quand chercher de l'aide pour un problème en allaitement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je sais que je pourrais obtenir du soutien individuel en [REDACTED].	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je sais où aller pour obtenir de l'information de confiance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis à l'aise de parler d'allaitement avec mes amis et ma famille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis ma participation [REDACTED], je me sens plus soutenue dans mon projet d'allaitement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis ma participation [REDACTED], je me sens plus à l'aise pour allaiter mon enfant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De façon générale, j'ai trouvé que le groupe [REDACTED] d'entraide en allaitement est :

Insatisfaisant Acceptable Bon Excellent

Quelle est la chose la plus importante que vous ayez apprise [REDACTED]?

Quels seraient les aspects à améliorer pour les prochaines sessions [REDACTED]?

Merci

██████████ : REGISTRE

DATE : _____ COORDINATION DES BÉNÉVOLES : _____

Merci d'avoir rempli ce formulaire, dont le but est de fournir des données statistiques à des fins de planification.

Les renseignements resteront confidentiels.

	Adulte (Noms et prénoms, en MAJUSCULE)	Nourrisson/Enfant (Si plus d'un enfant, inscrire un nom par ligne)	À VALIDER (√) S'IL S'AGIT DE VOTRE PREMIÈRE VISITE (Remplir le formulaire d'inscription)	Âge du nourrisson /enfant	Enceinte? Date prévue de l'accouchement
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

Évaluation de la formation en allaitement [REDACTED]

1. Comment avez-vous pris connaissance de la formation en allaitement [REDACTED] ?

- Café-rencontre en allaitement Bouche-à-oreille Affiche/Dépliant
 Autre _____

2. Qu'est-ce qui vous a poussé à venir?

3. Veuillez préciser et noter de 1 à 10 les aspects de la formation suivants :

Note sur 10

Contenu du cours		
Présentation du cours		
Coordination		
Ressources		
Lieu		
Nourriture		
Garderie		
Je me sens plus à l'aise et prête à offrir du soutien mère à mère en matière d'allaitement		

4. Qu'avez-vous aimé le plus sur la formation?

5. Qu'avez-vous aimé le moins sur la formation?

6. Quel a été l'apprentissage le plus important pour vous?

7. Qu'aimeriez apprendre d'autre qui vous permettrait d'offrir du soutien en allaitement en tant que marraine?

8. Autres commentaires?

Merci d'avoir participé à cette évaluation.

Vos commentaires restent confidentiels et serviront à organiser les formations futures.

Évaluation de la formation [REDACTED] — Jour 1 (page 1)

Pour chaque question d'un même thème, veuillez indiquer (√) la note qui s'applique le mieux, sur une échelle de 1 (correspondant à la plus basse note) à 5.

QUESTIONS	ÉCHELLE DE NOTATION				
Thème : Les bienfaits de l'allaitement	1 Pas beaucoup	2	3	4	5 Beaucoup
Après la formation d'aujourd'hui, quel est votre degré de connaissance sur les bienfaits de l'allaitement?					
À ce moment précis, quel serait votre degré d'aisance pour parler des bienfaits de l'allaitement avec une mère?					
Après la formation d'aujourd'hui, les connaissances acquises sur ce sujet sont-elles applicables à votre rôle en tant que [REDACTED]?					
La présentation de l'information était-elle claire et facile à suivre?					
Thème : L'importance du soutien des marraines bénévoles	1 Pas beaucoup	2	3	4	5 Beaucoup
Après la formation d'aujourd'hui, quel est votre degré de connaissance sur l'importance du soutien des marraines bénévoles?					
À ce moment précis, quel serait votre degré d'aisance pour parler avec une mère de l'importance du soutien des marraines bénévoles?					
Après la formation d'aujourd'hui, les connaissances acquises sur ce sujet sont-elles applicables à votre rôle en tant que [REDACTED]?					
La présentation de l'information était-elle claire et facile à suivre?					
Thème : Le miracle du lait maternel	1 Pas beaucoup	2	3	4	5 Beaucoup
Après la formation d'aujourd'hui, quel est votre degré de connaissance en matière de lait maternel?					
À ce moment précis, quel serait votre degré d'aisance pour parler avec une mère de lait maternel?					
Après la formation d'aujourd'hui, les connaissances acquises sur ce sujet sont-elles applicables à votre rôle en tant que [REDACTED]?					
La présentation de l'information était-elle claire et facile à suivre?					

Vos initiales _____

Évaluation de la formation [REDACTED] — Jour 1 (page 2)

Pour chaque question d'un même thème, veuillez indiquer (√) la note qui s'applique le mieux, sur une échelle de 1 (correspondant à la plus basse note) à 5.

QUESTIONS	ÉCHELLE DE NOTATION				
	1 Pas beaucoup	2	3	4	5 Beaucoup
Thème : Être prête à commencer					
Après la formation d'aujourd'hui, vous sentez-vous bien informée sur ce qu'il vous faut faire pour commencer dans votre rôle en tant que [REDACTED] ?					
À ce moment précis, vous sentez-vous à l'aise de commencer dans votre rôle en tant que [REDACTED] ?					
Les connaissances acquises sur ce sujet sont-elles applicables à votre rôle en tant que [REDACTED] ?					
La présentation de l'information était-elle claire et facile à suivre?					
Coordination :	1 Pas beaucoup	2	3	4	5 Beaucoup
La personne coordinatrice était-elle bien informée et bien organisée?					
A-t-elle permis une période de questions et de discussion?					
Était-elle invitante et intéressante?					

Si quelque chose manquait à propos de l'un des thèmes présentés aujourd'hui, sur quoi aimeriez-vous avoir plus d'information?

Quels sont les sujets que vous aimeriez voir aborder dans les prochaines rencontres [REDACTED] ?

Évaluation de la formation [REDACTED] — Jour 2 (page 1)

Pour chaque question d'un même thème, veuillez indiquer (√) la note qui s'applique le mieux, sur une échelle de 1 (correspondant à la plus basse note) à 5.

QUESTIONS	ÉCHELLE DE NOTATION				
	1 Pas beaucoup	2	3	4	5 Beaucoup
Thème : Aider la mère qui allaite					
Après la formation d'aujourd'hui, vous sentez-vous à l'aise avec les aspects relevant de l'aide à la mère qui allaite?					
À ce moment précis, vous sentez-vous à l'aise de parler avec une mère sur ce que suppose l'aide à son égard?					
Après la formation d'aujourd'hui, les connaissances acquises sur ce sujet sont-elles applicables à votre rôle en tant que [REDACTED]?					
La présentation de l'information était-elle claire et facile à suivre?					
Thème : Les défis les plus courants	1 Pas beaucoup	2	3	4	5 Beaucoup
Après la formation d'aujourd'hui, quel est votre degré de connaissance sur les défis les plus courants en matière d'allaitement?					
À ce moment précis, vous sentez-vous à l'aise de parler avec une mère des défis les plus courants en matière d'allaitement?					
Après la formation d'aujourd'hui, les connaissances acquises sur ce sujet sont-elles applicables à votre rôle en tant que [REDACTED]?					
La présentation de l'information était-elle claire et facile à suivre?					
Thème : Apprentissage de la tétée pour les bébés	1 Pas beaucoup	2	3	4	5 Beaucoup
Après la formation d'aujourd'hui, quel est votre degré de connaissance sur la façon dont les bébés apprennent à téter?					
À ce moment précis, vous sentez-vous à l'aise de parler avec une mère de la façon dont son bébé apprend à téter?					
Après la formation d'aujourd'hui, les connaissances acquises sur ce sujet sont-elles applicables à votre rôle en tant que [REDACTED]?					
La présentation de l'information était-elle claire et facile à suivre?					

Évaluation de la formation [REDACTED] — Jour 2 (page 2)

Pour chaque question d'un même thème, veuillez indiquer (√) la note qui s'applique le mieux, sur une échelle de 1 (correspondant à la plus basse note) à 5.

QUESTIONS	ÉCHELLE DE NOTATION				
Coordinateur :	1 Pas beaucoup	2	3	4	5 Beaucoup
La personne coordinatrice était-elle bien informée et bien organisée?					
A-t-elle permis une période de questions et de discussion?					
Était-elle invitante et intéressante?					

Si quelque chose manquait à propos de l'un des thèmes présentés aujourd'hui, sur quoi aimeriez-vous avoir plus d'information?

Quels sont les sujets que vous aimeriez voir aborder dans les prochaines rencontres [REDACTED]?

Évaluation de la formation [REDACTED] — Jour 3 (page 1)

Pour chaque question d'un même thème, veuillez indiquer (✓) la note qui s'applique le mieux, sur une échelle de 1 (correspondant à la plus basse note) à 5.

QUESTIONS	ÉCHELLE DE NOTATION				
Thème : Lorsque la mère ou l'enfant est malade	1 Pas beaucoup	2	3	4	5 Beaucoup
Après la formation d'aujourd'hui, quel est votre niveau de connaissance des problèmes relevant d'une situation où la mère ou l'enfant est malade?					
À ce moment précis, vous sentez-vous à l'aise de parler avec une mère des problèmes relevant d'une situation où la mère ou l'enfant est malade?					
Après la formation d'aujourd'hui, les connaissances acquises sur ce sujet sont-elles applicables à votre rôle en tant que [REDACTED]?					
La présentation de l'information était-elle claire et facile à suivre?					
Thème : Alimentation complémentaire	1 Pas beaucoup	2	3	4	5 Beaucoup
Après la formation d'aujourd'hui, quel est votre degré de connaissance sur l'alimentation complémentaire?					
À ce moment précis, vous sentez-vous à l'aise de parler avec une mère d'alimentation complémentaire?					
Après la formation d'aujourd'hui, les connaissances acquises sur ce sujet sont-elles applicables à votre rôle en tant que [REDACTED]?					
La présentation de l'information était-elle claire et facile à suivre?					
Thème : Initiative Amis des bébés et Code de l'OMS	1 Pas beaucoup	2	3	4	5 Beaucoup
Après la formation d'aujourd'hui, connaissez-vous bien l'Initiative Amis des bébés et le Code de l'OMS?					
À ce moment précis, vous sentez-vous à l'aise de parler avec une mère de l'Initiative Amis des bébés et du Code de l'OMS?					
Après la formation d'aujourd'hui, les connaissances acquises sur ce sujet sont-elles applicables à votre rôle en tant que [REDACTED]?					
La présentation de l'information était-elle claire et facile à suivre?					

Évaluation de la formation [REDACTED] — Jour 3 (page 2)

Pour chaque question d'un même thème, veuillez indiquer (✓) la note qui s'applique le mieux, sur une échelle de 1 (correspondant à la plus basse note) à 5.

QUESTIONS	ÉCHELLE DE NOTATION				
Thème : Partage de lait	1 Pas beaucoup	2	3	4	5 Beaucoup
Après la formation d'aujourd'hui, quel est votre degré de connaissance en matière de partage de lait?					
À ce moment précis, seriez-vous à l'aise de parler de partage de lait avec une mère?					
Après la formation d'aujourd'hui, les connaissances acquises sur ce sujet sont-elles applicables à votre rôle en tant que [REDACTED]?					
La présentation de l'information était-elle claire et facile à suivre?					
Accès aux ressources	1 Pas beaucoup	2	3	4	5 Beaucoup
Après la formation d'aujourd'hui, avez-vous connaissance des ressources communautaires disponibles qui pourraient vous aider dans votre rôle en tant que [REDACTED]?					
À ce moment précis, seriez-vous à l'aise de consulter les ressources communautaires disponibles ou d'orienter une mère vers ces ressources ou vers celles issues de la formation?					
Pensez-vous que les ressources issues de la formation pourraient vous aider dans votre rôle en tant que [REDACTED]?					
Coordinateur :	1 Pas beaucoup	2	3	4	5 Beaucoup
La personne coordinatrice était-elle bien informée et bien organisée?					
A-t-elle permis une période de questions et de discussion?					
Était-elle invitante et intéressante?					

Évaluation de la formation [REDACTED] — Jour 3 (page 3)

Pour chaque question d'un même thème, veuillez indiquer (✓) la note qui s'applique le mieux, sur une échelle de 1 (correspondant à la plus basse note) à 5.

QUESTIONS	ÉCHELLE DE NOTATION				
Expérience générale	1 Pas beaucoup	2	3	4	5 Beaucoup
En général, la formation était-elle bien organisée et la transition entre les différents thèmes se faisait-elle bien.					
Après la formation, je me sens plus en confiance par rapport à mes compétences pour aides les mères qui allaitent.					
Les locaux étaient pratiques et adaptés.					
Le service de garderie était utile et fiable.					
La nourriture/les repas étaient convenables.					
La durée de la formation était adéquate.					

Quels sont les sujets que vous aimeriez voir aborder dans les prochaines rencontres [REDACTED] ?

Atelier [REDACTED]

Pré-évaluation mère

Date : _____

Famille no. _____

Bienvenue à l'atelier [REDACTED].

Veillez prendre quelques minutes avant l'atelier pour remplir le formulaire qui suit. L'information recueillie nous permettra de mieux comprendre les besoins de ceux qui utilisent nos services et d'évaluer le bien-fondé de cet atelier, dans le but d'offrir le meilleur service qui soit. Après l'atelier, vous aurez la possibilité de nous faire part de vos commentaires sur l'événement.

1. Comment avez-vous pris connaissance de l'atelier [REDACTED]?
(Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)

<input type="checkbox"/> Famille/Ami	<input type="checkbox"/> Centres de la petite enfance de l'Ontario
<input type="checkbox"/> Site Internet [REDACTED]	<input type="checkbox"/> Hôpital [REDACTED]
<input type="checkbox"/> Sage-femme	<input type="checkbox"/> Docteur/Personnel infirmier
<input type="checkbox"/> Prospectus/Dépliant	<input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____

2. Veuillez indiquer les raisons de votre participation à l'atelier hidden info :
(Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)
 - Je veux plus d'information sur l'allaitement.
 - J'ai besoin d'aide pour résoudre des problèmes en matière d'allaitement.
 - Je veux rencontrer d'autres mères qui allaitent et apprendre de leur expérience.
 - Je recherche davantage de ressources en allaitement auprès de la communauté.
 - Autre (veuillez préciser) _____

3. Avez-vous amené quelqu'un avec vous à l'atelier aujourd'hui?
 - Conjoint Parent Famille Ami Autre personne

4. À quel trimestre de grossesse en êtes-vous actuellement :
 - 1er trimestre 2e trimestre 3e trimestre

5. Quel est le fournisseur de soins que vous voyez le plus souvent durant votre grossesse?
(Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)
 - Médecin Obstétricien Sage-femme Autre (veuillez préciser) _____

6. Nous souhaitons déterminer le type de population que nous touchons par l'intermédiaire de nos ateliers.
Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent :
 - Je vis avec un revenu faible (par ex. j'ai déjà eu affaire avec une banque alimentaire; je ne peux parfois pas payer mon loyer).
 - Je vis dans un logement d'urgence (par ex. je suis sur une liste d'attente de logement, j'ai résidé en centre d'hébergement).
 - Je suis nouvel arrivant au Canada (par ex. je vis au Canada depuis 10 ans, ou moins).
 - L'anglais est ma deuxième langue. Quelle langue parlez-vous le plus souvent à la maison? _
 - Je n'ai pas beaucoup de soutien social (par ex. famille, amis, voisins, groupes communautaires)

7. Quel est votre âge?
 - 15 - 20 21 - 25 26 - 30 31 - 35 36 - 39 40 et +

Atelier [REDACTED]

Pré-évaluation mère

8. Quel est le niveau d'étude complétée le plus élevé?
 Collège Lycée Université Autre _____
9. Quel est votre code postal? _____
10. Est-ce que vous fumez?
 Oui Non
11. Quelle est la structure de votre famille?
 Deux parents Autre membre de la famille vivant au foyer (par ex. parent, tante, oncle, etc.)
 Un seul parent Autre (veuillez préciser)_ _
12. Avez-vous déjà allaité un enfant?
 Oui (durée) Non
13. Pensez-vous allaiter?
 Oui Non Incertaine

14. Veuillez indiquer (√) votre niveau de confiance en réponse aux questions suivantes :

QUESTIONS	Très en confiance	En confiance	Un peu en confiance	Pas en confiance
Vous sentez-vous à l'aise avec votre niveau de connaissance sur l'allaitement?				
Vous sentez-vous capable d'allaiter?				
Vous sentez-vous capable de prévenir ou de résoudre des problèmes liés à l'allaitement?				

15. Veuillez indiquer (√) votre niveau d'aisance par rapport aux questions suivantes :

QUESTIONS	Très à l'aise	À l'aise	Peu à l'aise	Pas à l'aise
Êtes-vous ou seriez-vous à l'aise d'allaiter votre enfant?				
Êtes-vous ou seriez-vous à l'aise d'allaiter votre enfant en public (par ex. dans un centre commercial, un restaurant, un parc, etc.)?				

16. Savez-vous où vous diriger pour obtenir du soutien et accéder à des ressources communautaires en allaitement?
 Oui Non Incertaine

17. Quelles sont vos préoccupations en matière d'allaitement?

Merci d'être venue aujourd'hui et de nous avoir fait part de vos commentaires!

Atelier [REDACTED]

Post-évaluation mère

Date : _____ Famille no. : _____

Coordinateurs : _____ Mère démonstratrice : _____

Merci d'avoir participé à l'atelier [REDACTED].

L'information est recueillie pour nous permettre d'améliorer notre atelier et nous vous remercions de nous y aider. Veuillez prendre quelques minutes pour nous faire part de vos commentaires.

Votre opinion nous tient à cœur et nous aidera à améliorer nos services futurs.

1. Veuillez indiquer (✓) si vous êtes d'accord ou pas avec les affirmations suivantes :

AFFIRMATIONS	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni en désaccord	désaccord	Tout à fait en désaccord	Sans objet
Je me suis sentie bien accueillie et acceptée à l'atelier.						
Les coordinateurs ont fait preuve de respect à mon égard et à l'égard de mon conjoint (le cas échéant) et nous ont écoutés avec intérêt.						
Il y a eu plusieurs occasions me permettant de participer durant l'atelier.						
Les coordinateurs ont répondu à mes questions sur l'allaitement.						
Les coordinateurs étaient bien informés en matière d'allaitement.						
Je recommanderais cet atelier à des amis ou des personnes de ma famille.						

2. L'atelier comportait beaucoup d'activités variées. Faites-nous savoir quelles sont les activités que vous avez trouvées les plus utiles. Veuillez indiquer (✓) votre sentiment par rapport aux situations suivantes :

SITUATIONS	Utile	Non utile	Sans opinion	Commentaires
Parler et discuter des mythes entourant l'allaitement et de ce qui fait de l'allaitement une normalité.				
Pratiquer la mise au sein à l'aide d'une poupée.				
Les sept premiers jours suivant l'accouchement.				
Activité consistant à faire correspondre des problèmes liés à l'allaitement et des solutions (à l'aide de cartes d'activité).				
Démonstration d'allaitement en direct.				

3. Après avoir participé à cet atelier, planifiez-vous d'allaiter?

- Oui Non Incertaine

Atelier [REDACTED]

Post-évaluation mère

4. Après avoir participé à cet atelier, savez-vous où vous diriger pour obtenir du soutien en allaitement et avoir accès à des ressources communautaires?

- Oui Non Incertaine

5. Veuillez indiquer (√) votre niveau de confiance en réponse aux questions suivantes :

QUESTIONS	Très en confiance	En confiance	Un peu en confiance	Pas en confiance
Après avoir participé à cet atelier, avez-vous plus confiance en vos connaissances en allaitement?				
Après avoir participé à cet atelier, avez-vous plus confiance en vos aptitudes à allaiter?				
Après avoir participé à cet atelier, avez-vous plus confiance en vos compétences pour prévenir ou résoudre des problèmes liés à l'allaitement?				

6. Veuillez indiquer (√) votre niveau d'aisance en réponse aux questions suivantes :

QUESTIONS	Très à l'aise	À l'aise	Peu à l'aise	Pas à l'aise
Après avoir participé à cet atelier, êtes-vous ou seriez-vous à l'aise d'allaiter votre enfant?				
Après avoir participé à cet atelier, êtes-vous ou seriez-vous à l'aise d'allaiter votre enfant en public (par ex. dans un centre commercial, un restaurant, un parc, etc.)?				

7. Deux nouvelles choses que j'ai apprises lors de cet atelier :

8. Accepteriez-vous de participer à un atelier de suivi GRATUIT après la naissance de votre bébé? (discussion sur des problèmes particuliers, intégration d'aliments solides dans la nourriture, etc.)

- Oui Non Incertaine

9. Aspects sur lesquels j'aurais aimé en apprendre davantage :

10. Autres commentaires ou suggestions?

Merci d'être venu aujourd'hui et de nous avoir fait part de vos commentaires!

Atelier [REDACTED]

Pré-évaluation Conjoint/Parent/Ami

Date : _____

Famille no. _____

Bienvenue à l'atelier [REDACTED]

Veuillez prendre quelques minutes avant l'atelier pour remplir le formulaire suivant. L'information recueillie nous permettra de mieux comprendre les besoins de ceux qui utilisent nos services et d'évaluer le bien-fondé de cet atelier, dans le but d'offrir le meilleur service qui soit. Après l'atelier, vous aurez la possibilité de nous faire part de vos commentaires sur l'événement.

1. Avec qui êtes-vous venu à l'atelier aujourd'hui?

- Conjoint Enfant Parent Ami Autre

2. Veuillez indiquer (✓) votre niveau de confiance en réponse aux questions suivantes :

QUESTIONS	Très en confiance	En confiance	Un peu en confiance	Pas en confiance
Vous sentez-vous à l'aise avec votre niveau de connaissance sur l'allaitement?				
Vous sentez-vous capable d'aider la personne qui vous accompagne aujourd'hui en matière d'allaitement?				

3. Veuillez indiquer (✓) votre niveau d'aisance en réponse aux questions suivantes :

QUESTIONS	Très à l'aise	À l'aise	Peu à l'aise	Pas à l'aise
Seriez-vous à l'aise si votre conjoint/parent/ami allaitait son enfant en public (par ex. dans un centre commercial, un restaurant, un parc, etc.)?				

4. Savez-vous où vous diriger pour obtenir du soutien et accéder à des ressources communautaires en allaitement?

- Oui Non Incertaine

Merci d'être venu aujourd'hui et de nous avoir fait part de vos commentaires!

Atelier [REDACTED]

Post-évaluation Conjoint/Parent/Ami

Date : _____ Famille no. : _____

Coordinateurs : _____ Mère démonstratrice : _____

Merci d'avoir participé à l'atelier [REDACTED].

L'information est recueillie pour nous permettre d'améliorer notre atelier et nous vous remercions de nous y aider. Veuillez prendre quelques minutes pour nous faire part de vos commentaires.

Votre opinion nous tient à cœur et nous aidera à améliorer nos services futurs.

1. Veuillez indiquer (✓) si vous êtes d'accord ou pas avec les affirmations suivantes :

AFFIRMATIONS	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni d'accord ni en désaccord	désaccord	Tout à fait en désaccord	Sans objet
Je me suis sentie bien accueillie et acceptée à l'atelier.						
Les coordinateurs ont fait preuve de respect à mon égard et m'ont écoutée avec intérêt.						
Il y a eu plusieurs occasions me permettant de participer durant l'atelier.						
Les coordinateurs ont répondu à mes questions sur l'allaitement.						
Les coordinateurs étaient bien informés en matière d'allaitement.						
Je recommanderais cet atelier à des amis ou des personnes de ma famille.						

2. L'atelier comportait beaucoup d'activités variées. Faites-nous savoir quelles sont les activités que vous avez trouvées les plus utiles. Veuillez indiquer (✓) votre sentiment par rapport aux situations suivantes :

SITUATIONS	Utile	Non utile	Sans opinion	Commentaires
Parler et discuter des mythes entourant l'allaitement et de ce qui fait de l'allaitement une normalité.				
Pratiquer la mise au sein à l'aide d'une poupée.				
Les sept premiers jours suivant l'accouchement.				
Activité consistant à faire correspondre des problèmes liés à l'allaitement et des solutions (à l'aide de cartes d'activité).				
Démonstration d'allaitement en direct.				

3. Après avoir participé à cet atelier, savez-vous où vous diriger pour obtenir du soutien en allaitement et avoir accès à des ressources communautaires?

Oui Non Incertaine

Atelier [REDACTED]

Post-évaluation Conjoint/Parent/Ami

4. Veuillez indiquer (√) votre niveau de confiance par rapport aux questions suivantes :

QUESTIONS	Très en confiance	En confiance	Un peu en confiance	Pas en confiance
Après avoir participé à cet atelier, avez-vous plus confiance en vos connaissances en allaitement?				
Après avoir participé à cet atelier, vous sentez-vous capable d'aider la personne qui vous accompagne aujourd'hui en matière d'allaitement?				

5. Veuillez indiquer (√) votre niveau d'aisance par rapport aux questions suivantes :

QUESTION	Très à l'aise	À l'aise	Peu à l'aise	Pas à l'aise
Après avoir participé à cet atelier, vous sentiriez-vous à l'aise si votre conjoint/parent/ami allaitait son enfant en public (par ex. dans un centre commercial, un restaurant, un parc, etc.)?				

6. Deux nouvelles choses que j'ai apprises lors de cet atelier :

7. Accepteriez-vous de participer à un atelier de suivi GRATUIT après la naissance de votre bébé? (discussion sur des problèmes particuliers, intégration d'aliments solides dans la nourriture, etc.)

Oui Non Incertaine

8. Aspects sur lesquels j'aurais aimé en apprendre davantage :

9. Autres commentaires ou suggestions?

Merci d'être venu aujourd'hui et de nous avoir fait part de vos commentaires!

Café-rencontre [REDACTED]

Bienvenue au café-rencontre [REDACTED]! Cette formule de café-rencontre s'est élargie à deux nouveaux lieux à [REDACTED]. Le Centre de santé communautaire [REDACTED] et le service de santé publique [REDACTED] ont donc décidé de travailler en collaboration pour recueillir les commentaires d'évaluation sur la formule des cafés-rencontre [REDACTED] qui permettra de fournir un meilleur service à la population.

Nous souhaitons recueillir des données sur le café-rencontre [REDACTED] et ses participants. Nous vous invitons à contribuer en remplissant un questionnaire à cet effet, qui ne vous prendra que cinq minutes de votre temps. Vous n'êtes pas obligé de participer et vous pouvez choisir de ne pas répondre à certaines questions ou de ne pas donner votre nom si vous ne vous sentez pas à l'aise de le faire. Vos renseignements resteront confidentiels. Seuls les membres du personnel en santé publique y auront accès. Vos réponses n'auront pas d'incidences sur les services que vous recevez du Centre de santé communautaire [REDACTED] et du service de santé publique [REDACTED].

Si vous avez besoin d'aide pour remplir le questionnaire, veuillez vous adresser au coordinateur. Pour toute question sur la recherche, veuillez contacter [REDACTED], au xxx-xxx-xxxx, poste xx, ou par courriel à [REDACTED].

Merci d'être venue aujourd'hui et de nous avoir fait part de vos commentaires!

Atelier [REDACTED]

Bienvenue à l'atelier [REDACTED]! Cette formule d'atelier s'est élargie à deux nouveaux lieux à [REDACTED]. Le Centre de santé communautaire [REDACTED] et le service de santé publique [REDACTED] ont donc décidé de travailler en collaboration pour recueillir les commentaires d'évaluation sur la formule [REDACTED] de l'atelier qui permettra de fournir un meilleur service à la population. Nous souhaitons recueillir des données sur l'atelier [REDACTED] et ses participants.

Nous vous invitons à contribuer en remplissant un questionnaire à cet effet, qui ne vous prendra que cinq minutes de votre temps. Vous n'êtes pas obligé de participer et vous pouvez choisir de ne pas répondre à certaines questions ou de ne pas donner votre nom si vous ne vous sentez pas à l'aise de le faire. Vos renseignements resteront confidentiels. Seuls les membres du personnel en santé publique y auront accès. Vos réponses n'auront pas d'incidences sur les services que vous recevez du Centre de santé communautaire [REDACTED] et du service de santé publique [REDACTED].

Si vous avez besoin d'aide pour remplir le questionnaire, veuillez vous adresser au coordinateur. Pour toute question sur la recherche, veuillez contacter [REDACTED], au xxx-xxx-xxxx, poste xx, ou par courriel à [REDACTED].

Merci d'être venue aujourd'hui et de nous avoir fait part de vos commentaires!

Remerciements

Le Centre de ressources Meilleur départ souhaite remercier les personnes et les organismes qui nous ont fait part de leurs formulaires d'autorisation et d'évaluation.

Organismes et programmes ayant fourni leur formulaire d'évaluation :

Organisme	Nom du programme	Population cible
Centre de santé communautaire de Guelph	Women Everywhere (WE) Breastfeed	Femmes enceintes et femmes allaitantes de faible niveau socioéconomique
Centre de santé communautaire du centre-ville de Kitchener	Breastfeeding Buddies, région de Waterloo	Femmes enceintes et femmes allaitantes de faible niveau socioéconomique
Ligue La Leche Canada	Mother-to-Mother Breastfeeding Group	Femmes enceintes et femmes allaitantes de faible niveau socioéconomique ou nouvelles arrivantes au Canada
Service de la santé publique de la région du Niagara	Latch On	Femmes enceintes et femmes allaitantes d'un jeune âge
Centre de santé communautaire de Lambton-Nord	Breastfeeding Buddies, Lambton-Nord	Femmes enceintes et femmes allaitantes de faible niveau socioéconomique ou autochtones d'origine.

Ce document a été préparé grâce à des fonds fournis par le gouvernement de l'Ontario. L'information fournie reflète les points de vue des auteurs et ne reflète pas nécessairement les points de vue du gouvernement de l'Ontario. Les ressources et les programmes cités dans ce guide ne sont pas nécessairement approuvés par le Centre de ressources Meilleur départ ou le gouvernement de l'Ontario.

Pour obtenir d'autres informations ou faire part de commentaires, veuillez contacter le Centre de ressources Meilleur départ à meilleurdepart@nexussante.ca.

www.meilleurdepart.org - www.nexussante.ca

2015



by/par health **nexus** santé