



**HAL**  
open science

**Pour un projet d'inscription du pôle Femme Mère  
Enfant de Metz dans une démarche de labellisation  
Initiative Hôpital Ami des Bébés: enquête auprès des  
patientes allaitantes et des sages-femmes coordinatrices**

Bénédicte Bianchin

► **To cite this version:**

Bénédicte Bianchin. Pour un projet d'inscription du pôle Femme Mère Enfant de Metz dans une démarche de labellisation Initiative Hôpital Ami des Bébés: enquête auprès des patientes allaitantes et des sages-femmes coordinatrices. Médecine humaine et pathologie. 2017. hal-03870367

**HAL Id: hal-03870367**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870367v1>**

Submitted on 24 Nov 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

# **Université de Lorraine**

## **École de Sages-Femmes**

**de**

**METZ**

*Pour un projet d'inscription  
du pôle Femme Mère Enfant de Metz  
dans une démarche de labellisation  
Initiative Hôpital Ami des Bébés :*

Enquête auprès des patientes allaitantes et des sages-femmes  
coordinatrices.

Mémoire présenté et soutenu par  
Bénédicte BIANCHIN

Directrice de mémoire : Karine SCHNITZLER,  
Sage-femme enseignante à l'école de sages-femmes de Metz  
Experte de mémoire : Hélène DERHAN, sage-femme

Promotion 2013-2017

## REMERCIEMENTS

Je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont participé, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire.

Je tiens, en tout premier lieu, à remercier Madame Karine Schnitzler, ma directrice de mémoire, pour l'écoute et les conseils qu'elle a bien voulu m'apporter ainsi que pour son regard critique et constructif qu'elle m'a accordé sur mon travail.

Je tiens ensuite à exprimer ma reconnaissance la plus sincère envers Madame Hélène Derhan, mon experte de mémoire, pour le temps qu'elle a bien voulu me consacrer, pour ses précieux conseils et pour la richesse des informations et des documents qu'elle m'a adressés.

Mes remerciements s'adressent aussi à mes parents et beaux-parents, pour leur soutien et leurs nombreuses relectures lors de l'élaboration de ce travail. Je remercie aussi Maxence et Valentin, mes frères, pour leur humour dans les moments difficiles.

Un grand merci à Stéphane, pour son soutien, sa patience et sa présence tout au long de mes études.

Je remercie ma Nonna, pour son fidèle adage italien «*su col morale*» qui m'a motivé à ne jamais baisser les bras.

Enfin, j'adresse mes plus sincères remerciements à Agathe, Léonie, Lucile et Nathalie, pour leur précieuse amitié.

## SIGLAIRE

IHAB :	Initiative Hôpital Amis des Bébé
AM :	Allaitement Maternel
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
SLM :	Substituts du Lait Maternel
UNICEF :	United Nations of International Children's Emergency Fund
CoFAM :	Coordination Française pour l'Allaitement Maternel
HAS :	Haute Autorité de Santé
PNNS :	Programme National Nutrition Santé
EPP :	Evaluation des Pratiques Professionnelles
HAB :	Hôpital Ami des Bébé
EPPI :	Entretien Pérénatal Précoce Individuel
PNP :	Préparation à la Naissance et à la Parentalité
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
DIU :	Diplôme Inter-Universitaire
DAL :	Dispositif d'Aide à la Lactation
HFME :	Hôpital Femme Mère Enfant
CNIL :	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
SMAM :	Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel
UK :	Unité Kangourou
MAP :	Menace d'Accouchement Prématulé

## SOMMAIRE

<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>8</b>
<b>SIGLAIRE.....</b>	<b>8</b>
<b>SOMMAIRE.....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>7</b>
<b>PARTIE 1 : LE PROGRAMME INITIATIVE HÔPITAL AMI DES BÉBÉS.....</b>	<b>8</b>
1.1. PRÉSENTATION DU PROGRAMME.....	8
1.1.1. Les généralités sur le programme Initiative Hôpital Ami des Bébé.....	8
1.1.2. L’histoire et la diffusion du label IHAB.....	8
1.1.3. Les institutions internationales pour la promotion et le soutien de l’IHAB.....	9
1.2. LES 3 PRINCIPES DE LA DÉMARCHE IHAB.....	9
1.2.1. Principe 1 : «Une attitude de l’ensemble de l’équipe centrée sur les besoins individuels de la mère et du nouveau-né».....	9
1.2.1.1. Les besoins et rythmes du nouveau-né.....	10
1.2.1.2. Les besoins maternels.....	10
1.2.2. Principe 2 : «Un environnement et un accompagnement en adéquation avec la philosophie des soins centrés sur la famille».....	11
1.2.2.1. Les valeurs fondamentales aux soins.....	11
1.2.2.2. La mise en place des soins centrés sur la famille.....	12
1.2.3. Principe 3 : «Un travail en équipe et en réseau pour assurer la continuité des soins».....	13
1.2.3.1. Pendant la grossesse.....	13
1.2.3.2. À l’accouchement.....	13
1.2.3.3. Après l’accouchement.....	13
1.3. LES 12 RECOMMANDATIONS INITIATIVE HÔPITAL AMI DES BÉBÉS.....	14
1.3.1. La politique d’accueil et d’accompagnement des nouveau-nés et de leur famille....	14
1.3.2. Donner à tous les soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.....	14
1.3.3. L’information de toutes les femmes enceintes sur les avantages et la pratique de l’allaitement au sein.....	15
1.3.4. La pratique du peau à peau à la naissance.....	16
1.3.5. La pratique et l’entretien de l’allaitement au sein, l’information des mères non-allaitantes.....	16
1.3.6. L’AM exclusif et le don de complément.....	17
1.3.7. La proximité de la mère et du nouveau-né.....	17
1.3.8. L’alimentation à la demande de l’enfant.....	18
1.3.9. L’utilisation des biberons et des sucettes pour les enfants allaités.....	18
1.3.10. Le soutien des mères dès leur sortie de la maternité.....	19
1.3.11. La protection des familles des pressions commerciales par le respect du Code International de Commercialisation des SLM.....	19
1.3.12. L’adoption de pratiques susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et le bon démarrage de l’allaitement maternel.....	19
<b>PARTIE 2 : MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS.....</b>	<b>21</b>
2.1 MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	21
2.1.1 Problématique.....	21
2.1.2 Objectifs et hypothèses de l’étude.....	21
2.1.2.1 Objectifs de l’étude.....	21
2.1.2.2 Hypothèses de l’étude.....	22
2.1.3 Schéma général de l’étude et outils d’enquête.....	22
2.1.3.1 Schéma général de l’étude.....	22

2.1.3.2	Population cible.....	22
2.1.3.3	Élaboration des questionnaires.....	23
2.1.3.4	Organisation des entretiens.....	23
2.1.4	Déroulement de l'étude.....	24
2.1.4.1	Aspects réglementaires et éthiques.....	24
2.1.4.2	Déroulement de l'étude.....	24
2.1.4.3	Aspects logistiques et budget.....	24
2.2	PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	25
2.2.1	Présentation de la population étudiée.....	25
2.2.2	Prise en charge et informations auprès des femmes enceintes ayant un projet d'AM au sein.....	25
2.2.3	La pratique du peau à peau dans le post-partum immédiat.....	26
2.2.4	L'adoption en salle de naissances des pratiques susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et le bon démarrage de l'AM.....	27
2.2.5	La prise en charge et l'information des mères allaitantes en suites de couches.....	27
2.2.6	L'organisation dans les services, résultats des entretiens avec les sages-femmes coordinatrices du pôle Femme-Mère-Enfant.....	29

<b>PARTIE 3 : ÉVALUATION DES RÉSULTATS, DISCUSSION DES PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION.....</b>	<b>30</b>
3.1 INFORMATIONS TRANSMISES ET PRATIQUES EN PLACE EN PÉRIODE PRÉNATALE : DES PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION À METTRE EN ŒUVRE..	30
3.1.1 Recommandation III «Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique».....	30
3.2 LES PRATIQUES ADOPTÉES EN SALLE DE NAISSANCES : DES RÉSULTATS TRÈS SATISFAISANTS POUR LES ACCOUCHEMENTS VOIE BASSE ET À CONFORTER POUR LES CÉSARIENNES.....	32
3.2.1 Recommandation IV «Placer le nouveau-né en peau à peau avec sa mère immédiatement après la naissance pendant au moins une heure et encourager celle-ci à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin».....	32
3.2.2 Recommandation XII «Pendant le travail et l'accouchement, adopter des pratiques susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et un bon démarrage de l'allaitement maternel».....	33
3.3 L'ACCOMPAGNEMENT EN SUITES DE COUCHES : UNE PRISE EN CHARGE « BON ÉLÈVE » MAIS RÉCLAMANT DES AMÉLIORATIONS.....	34
3.3.1 Recommandation V «Indiquer aux mères qui allaitent comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation si elles se trouvent séparées de leur enfant. Donner aux mères qui n'allaitent pas des informations adaptées sur l'alimentation de leur enfant».....	34
3.3.2 Recommandation VI «Privilégier l'allaitement maternel exclusif en ne donnant aux nouveau-nés allaités aucun aliment ni aucune boisson que le lait maternel, sauf indication médicale».....	35
3.3.3 Recommandation VII «Laisser le nouveau-né avec sa mère 24h sur 24».....	35
3.3.4 Recommandation VIII «Encourager l'alimentation à la demande de l'enfant».....	36
3.3.5 Recommandation IX «Éviter l'utilisation des biberons et des sucettes (ou tétines) pour les enfants allaités».....	36
3.3.6 Recommandation X «Identifier les associations de soutien à l'allaitement maternel et autres soutiens adaptés, et leur adresser les mères dès leur sortie. Travailler en réseau».....	37
3.4 L'ORGANISATION DANS LES SERVICES : DES PRATIQUES À METTRE EN PLACE ET À MODIFIER.....	38

3.4.1	Recommandation I «Adopter politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants».....	38
3.4.2	Recommandation II «Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique».....	38
3.4.3	Recommandation XI : «Protéger les familles des pressions commerciales en respectant le Code International de Commercialisation des SLM».....	39
	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>40</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>41</b>
	<b>TABLE DES MATIÈRES.....</b>	<b>44</b>
	<b>SOMMAIRE DES ANNEXES.....</b>	<b>47</b>
	<b>ANNEXES.....</b>	<b>48</b>



## INTRODUCTION

Lors de mes études de sage-femme, j'ai été sensibilisée à l'importance de l'allaitement maternel et de l'enjeu qu'il représente, tant pour le nouveau-né que pour sa mère. Sa mise en place nécessite un accompagnement avant, pendant et après la naissance.

De même, j'ai été fortement impactée par l'importance du lien mère-enfant, de son établissement, de la nécessité à l'encourager et de soutenir toutes les mères (et les conjoints) dans la construction de leur famille. Françoise Dolto, célèbre pédiatre disait «*On ne naît pas parents, on le devient*». La sage-femme, par ses compétences et connaissances, est un acteur majeur dans cet accompagnement de la parentalité.

En tant que future professionnelle, j'ai voulu choisir un sujet de mémoire qui puisse enrichir ma pratique quotidienne ainsi que mes connaissances à ce sujet. Ainsi, mes recherches m'ont amenée à m'intéresser à l'Initiative Hôpital Ami des Bébés. Ce label regroupe, par ses 3 principes et 12 recommandations, des critères promouvant l'accompagnement et le soutien de toutes les mères, des nouveau-nés et de leur famille vers l'autonomie. Il me semblait que la sage-femme ait un rôle fort dans le respect de ces principes et recommandations ainsi que pour soutenir ce projet d'équipe qu'est la labellisation.

Dans cette optique, j'ai voulu réaliser mon enquête au sein de l'Hôpital Femme Mère Enfant du site de Metz, lieu de nombreux de mes stages étudiants. Ainsi, j'ai été amenée à me demander quels sont les critères Initiative Hôpital Ami des Bébés pouvant être considérés comme respectés et quelles sont les pratiques à améliorer afin qu'elles correspondent aux recommandations du label ?

Afin de mieux comprendre l'Initiative Hôpital Ami des Bébés et ses demandes, je décrirai dans un premier temps, son histoire, ses soutiens par les instances nationales et internationales puis citerai les principes et recommandations qu'elle requiert. Dans un second temps, j'aborderai l'étude auprès de soixante-dix patientes allaitantes ayant accouché au sein de l'Hôpital Femme Mère Enfant et auprès des sages-femmes coordinatrices du pôle. Enfin, j'analyserai les résultats en fonction des 12 recommandations Initiative Hôpital Ami des Bébés et proposerai des perspectives d'amélioration afin de permettre le respect optimal de ces recommandations.

# **PARTIE 1 : LE PROGRAMME INITIATIVE HÔPITAL AMI DES BÉBÉS**

## **1.1 PRÉSENTATION DU PROGRAMME**

### **1.1.1 Les généralités sur le programme Initiative Hôpital Ami des Bébés**

Le programme Initiative Hôpital Ami des Bébés (IHAB)<sup>[1]</sup> est destiné aux professionnels de santé spécialisés dans la périnatalité, des secteurs publics et privés. Il concerne donc au premier plan les sages-femmes. C'est un label accordé aux maternités assurant un accompagnement optimal des familles avant, pendant et après la naissance de leur enfant. Il fédère l'équipe soignante autour d'un projet commun.

Le label IHAB correspond à une démarche qualité<sup>[2-3]</sup>. Il permet d'améliorer les pratiques en réorganisant les soins autour de l'enfant et sa famille. Il a pour but d'encourager, soutenir et protéger l'Allaitement Maternel (AM), d'organiser les soins autour des rythmes biologiques du nouveau-né et de la mère tout en assurant une sécurité médicale.

L'objectif de ce label est de soutenir l'AM exclusif et de transmettre une information claire, valide et pertinente pour permettre aux parents hésitant sur le mode d'alimentation de faire un choix éclairé<sup>[4-5]</sup>. Il encourage l'établissement des liens parents-enfants, notamment en insistant sur la mise en place précoce du peau à peau et la proximité mère-enfant. L'IHAB rappelle l'importance du travail en réseau autour de la naissance et apporte un soutien aux parents afin de leur faire acquérir progressivement une autonomie. Que l'allaitement soit maternel ou artificiel, le soutien et l'accompagnement sont au centre de cette démarche de qualité.

### **1.1.2 L'histoire et la diffusion du label IHAB**

En 1981, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) adopte le Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel (SLM)<sup>[6-7]</sup>. L'IHAB est basée sur le respect de ce code qui promeut et protège l'AM et s'assure de l'utilisation correcte des SLM.

En 1989, l'OMS et l'United Nations of International Children's Emergency Fund (UNICEF) proclament la Déclaration Conjointe intitulée *«Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel – Le rôle spécial des services liés à la maternité»*<sup>[8]</sup>. Cette déclaration regroupe 10 conditions pour le succès de l'AM. Dans son introduction, nous pouvons lire : *«Pour entreprendre et poursuivre avec succès l'allaitement au sein, les mères ont besoin d'un soutien actif, durant leur grossesse et après l'accouchement, non seulement de la part de leur famille et de leur communauté, mais également de la part de l'ensemble des services de santé. L'idéal serait que tous les personnels de santé auxquels ont accès les femmes enceintes et les accouchées - aient la volonté d'encourager l'allaitement maternel, - soient capables de donner les informations voulues, - et possèdent une connaissance pratique approfondie de l'allaitement au sein»*(Annexe I).

En 1990, la Déclaration d’Innocenti sur la protection, l’encouragement et le soutien de l’AM est signée par l’OMS et l’UNICEF<sup>[9-10]</sup>. Elle appuie la nécessité d’encourager l’AM dans le monde et donne 5 objectifs importants : désigner un coordonnateur national, créer un comité national multisectoriel, faire en sorte que les maternités respectent les «*10 conditions pour le succès de l’allaitement maternel*», mettre en œuvre intégralement le Code, promulguer des lois protégeant le droit des femmes d’allaiter leur enfant.

En juin 1991, lors de la réunion de l’Association Internationale de Pédiatrie à Ankara, l’IHAB est lancée au niveau international<sup>[11]</sup>.

En 2000, l’IHAB est mise en place en France. La Coordination Française pour l’Allaitement Maternel (CoFAM) est chargée de labelliser les maternités<sup>[12]</sup>.

En 2016, vingt-neuf pays sont concernés par le label et trente maternités françaises sont labellisées<sup>[13]</sup>(Annexe II).

### 1.1.3 Les institutions internationales pour la promotion et le soutien de l’IHAB

De nombreuses institutions internationales et nationales citent et encouragent le label IHAB. L’importance de l’IHAB est appuyée en 2003 par les recommandations de l’OMS concernant l’alimentation adéquate du nourrisson et du jeune enfant qui encouragent l’AM exclusif jusqu’à 6 mois et la poursuite de cet allaitement, après l’introduction de l’alimentation complémentaire, pendant au moins 2 ans<sup>[14]</sup>.

Au niveau national, le label IHAB est cité dans «*La démarche qualité autour du soutien de l’allaitement maternel*» rédigée par la Haute Autorité de Santé (HAS)<sup>[15-16]</sup>. Il est souligné par le Plan National Nutrition Santé (PNNS) 2011-2015<sup>[17]</sup>. Les réseaux de périnatalité soutiennent et travaillent en collaboration avec le programme. Les critères et recommandations IHAB peuvent servir de base à des Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP)<sup>[15-16]</sup>.

## 1.2 LES 3 PRINCIPES DE LA DÉMARCHE IHAB

Le label IHAB est décerné aux maternités qui respectent les 3 principes fondamentaux et les douze recommandations (Annexes III,IV).

### 1.2.1 Principe 1 : «Une attitude de l’ensemble de l’équipe centrée sur les besoins individuels de la mère et du nouveau-né »<sup>[18-20]</sup>

Ce premier principe encourage un accompagnement respectueux et individualisé de la mère et du nouveau-né. Afin de respecter au mieux ce principe, la sage-femme doit être formée et sensibilisée aux rythmes et besoins du nouveau-né et attentive aux besoins spécifiques de chaque mère.

### 1.2.1.1 Les besoins et rythmes du nouveau-né

Le terme nouveau-né désigne un enfant qui vient de naître jusqu'à son vingt-huitième jour de vie. La sage-femme sait interpréter ses différents comportements et initie les parents à la compréhension des besoins de leur enfant. Les soignants insisteront sur le respect du sommeil et du rythme des tétées dans l'organisation des soins.

La sage-femme explique aux parents que les pleurs du nouveau-né sont à considérer comme des signaux permettant à l'enfant d'exprimer ses besoins : la faim, l'inconfort, la douleur, la quête d'attention, la fatigue ou simplement le besoin de décharger ses émotions.

Le sommeil est un besoin vital à respecter. Il est important d'expliquer aux parents les caractéristiques spécifiques chez le nouveau-né car il est étroitement lié au rythme des tétées<sup>[21]</sup>(Annexe V).

Selon le professeur hollandais PRECHTL<sup>[22]</sup>, il existe 5 états de vigilance chez le nouveau-né : l'éveil calme, l'éveil agité, l'éveil agité avec des cris, le sommeil agité, le sommeil calme. Il est donc important pour les parents de connaître ces états de vigilance car seules les périodes d'éveil calme et d'éveil agité sont propices aux tétées (Annexe VI). De plus, la sage-femme décrit aux parents les signes qui montrent le nouveau-né prêt à téter. Toutes ces informations vont permettre aux couples d'être autonomes dans les soins à leur enfant<sup>[23-24]</sup>.

### 1.2.1.2 Les besoins maternels

Ingrid BAYOT, sage-femme, déclare : «*Accompagner, c'est rejoindre, plutôt que de convaincre*». Dès lors, l'accompagnement de la mère encourage, accepte et soutient les décisions éclairées. Il respecte les valeurs et projets de chaque patiente<sup>[25]</sup>.

L'allaitement ne doit pas être réduit à sa seule fonction alimentaire. Il est au sommet d'une pyramide de quatre étages où chacun d'entre eux construit et soutient le niveau supérieur. Cette pyramide a pour but d'adapter l'accompagnement de chaque patiente. Elle a été construite par Ingrid BAYOT<sup>[26]</sup>(Annexe VII).

Le premier étage correspond au réseau et au soutien dont peuvent bénéficier la mère et le couple. L'établissement d'une structure sociale autour du couple mère-enfant permet une disponibilité maternelle et parentale. Ce soutien évite la solitude, l'épuisement, l'isolement de la mère pouvant être à l'origine de l'arrêt de l'AM, voire à long terme, de l'apparition de troubles psychologiques. La réflexion autour du soutien dont pourra bénéficier la mère est un sujet important à aborder en anté-partum, notamment lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

La culture occidentale des dernières décennies encourageait l'utilisation de la pouponnière, la limitation des soins du nouveau-né à l'alimentation et à l'hygiène, le risque de le rendre capricieux s'il est trop stimulé et qu'il n'est qu'un être passif ne pouvant s'exprimer qu'en

pleurant. L'étage 2 promeut la proximité mère-enfant et réintroduit les notions d'affection, de proximité sensorielle, encourage le peau à peau. Tous permettent la mise en place d'un AM performant, l'observation des besoins et une disponibilité optimale pour répondre aux besoins du nouveau-né.

L'étage 3 de cette construction introduit la notion de rythme du nouveau-né. Les rythmes neurologiques, alimentaires, les états de vigilance ainsi que les compétences et réflexes de ce dernier sont à connaître des sages-femmes. Savoir décrire les signes d'éveil du nouveau-né, le bien-être et le stress aux parents leur permettent de se sentir en phase et autonomes face à leur bébé. Ces trois premiers étages, bien construits, soutiennent celui de l'allaitement.

Le critère «à la demande» de l'allaitement est la clef pour un bon démarrage ainsi que pour entretenir au mieux la lactation. Il doit être mentionné et expliqué aux parents dès la volonté d'allaiter exprimée, mis en place lors du séjour à la maternité, entretenu et encouragé dès le retour au domicile.

La sage-femme a pour rôle d'accompagner la patiente dans l'ascension de cette pyramide. La présence, l'écoute et l'empathie sont donc au cœur de ce principe.

### 1.2.2 Principe 2 : «Un environnement et un accompagnement en adéquation avec la philosophie des soins centrés sur la famille»<sup>[18-20]</sup>

Ce deuxième principe a deux buts distincts mais d'égales importances : le respect des droits des parents et des enfants ainsi que la mise en place d'un environnement favorisant les soins centrés sur la famille.

#### 1.2.2.1 Les valeurs fondamentales aux soins

Les valeurs fondamentales aux soins sont la dignité, le respect, le partage de l'information, la participation et la collaboration. Ces valeurs, encouragées et respectées dans les services labellisés IHAB sont issues de textes législatifs et de déclarations internationales et nationales.

La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948<sup>[27]</sup> reconnaît la dignité comme inhérente à tous les membres de la famille humaine et leurs droits égaux et inaliénables. Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droit. La Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite «Loi Kouchner»<sup>[28]</sup>, assure le droit au respect de sa dignité, de sa vie privée et du secret des informations la concernant à toute personne. L'obtention d'un consentement libre et éclairé de la personne est nécessaire pour tous les actes médicaux et il peut être retiré à tout moment.

L'Article 16 du Code Civil<sup>[29]</sup> assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès son commencement.

Ces textes législatifs permettent la mise en place d'une confiance, d'une relation et d'une collaboration entre les soignants et les parents.

Dans les établissements de santé des chartes sont rédigées et portées à l'attention de tous les professionnels de santé et des patients.

La charte concernant l'adulte hospitalisé [30](Annexe VIII) assure la qualité de l'accueil, des traitements et des soins, une accessibilité à une information loyale, la nécessité du consentement libre et éclairé du patient avant tout acte médical. Toute personne hospitalisée est traitée avec égard, dans le respect de son intimité, de ses croyances et convictions.

La charte de l'enfant hospitalisé [31](Annexe IX) assure le droit à chaque enfant d'avoir ses parents avec lui jour et nuit et encourage ces derniers à rester avec lui en offrant des facilités matérielles. Les enfants et les parents ont le droit de recevoir des informations sur les soins délivrés et l'équipe soignante est formée à répondre à leurs besoins psychologiques et émotionnels. Les traitements et examens non indispensables sont évités, les agressions physiques et émotionnelles ainsi que la douleur sont à réduire au minimum. Le service offre un environnement correspondant aux besoins physiques, affectifs et éducatifs et s'organise afin de respecter une continuité dans les soins pour chaque enfant. De plus, l'intimité de chaque enfant doit être respectée.

#### 1.2.2.2 La mise en place des soins centrés sur la famille

Dans un service labellisé Hôpital Ami des Bébé (HAB), l'environnement présent permet aux parents de prendre leur place, d'entrer dans leur rôle dès la naissance et d'acquérir une autonomie tout en étant accompagnés par les professionnels de santé.

La présence des conjoints est soutenue dès le projet de conception et leur place prend tout son sens dès le séjour en maternité. La présence et l'accompagnement qu'offrent les soignants, guident le conjoint pour trouver sa place dans la famille. Sa possibilité d'accueil, jour et nuit, lui permet de tisser des liens précieux avec leur nouveau-né. Le conjoint participe et réalise les soins, apaise le nouveau-né et est surtout un soutien essentiel, matériel et moral pour la maman.

De plus, il est inclus dans le processus d'allaitement en créant un environnement propice pour la mère et le nouveau-né. Sa présence lors du séjour est à proposer et à encourager avec la possibilité de se restaurer et de dormir dans la chambre contre une participation financière fixée par l'établissement[32-33].

Les professionnels de santé accueillent la famille, l'accompagnent, l'écoutent, tout en respectant son intimité. D'une façon plus technique, les soins et les activités sont adaptés aux rythmes et besoins individuels de chaque enfant et de ses parents dans un climat de bientraitance[19].

Les parents sont à considérer dans leur ensemble et en tant qu'individus. Les besoins des mères et des conjoints sont différents, l'environnement soutenant du service donne la possibilité aux parents d'intégrer totalement leur place, dès la naissance, et de devenir autonomes. L'écoute et le soutien individualisés, présents dans un service labellisé HAB, sont donc au cœur de la construction de la triade familiale.

### 1.2.3 Principe 3 : «Un travail en équipe et en réseau pour assurer la continuité des soins»<sup>[18-20]</sup>

#### 1.2.3.1 Pendant la grossesse

Le travail en réseau est avant tout un travail collaboratif mis en place dès le début de la grossesse. Le pôle labellisé propose des consultations et des services prénataux. Si la femme enceinte n'est pas suivie dans l'établissement, la collaboration est davantage renforcée. Un Entretien Périnatal Précoce Individuel (EPPI) est mené en début de grossesse afin de rechercher d'éventuels risques psycho-sociaux et pour permettre une orientation adéquate et d'optimiser le suivi. En plus de cet entretien, 7 séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) sont réalisées avec une sage-femme. En cas de grossesse à risque médical, social ou psychologique, le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) met en place un suivi effectué par une sage-femme. Un suivi médical plus poussé peut être mis en place avec la participation d'une sage-femme libérale tout au long de la grossesse. D'autres partenaires du réseau périnatal peuvent être interpellés : assistante sociale, diététicienne, médecin spécialiste, psychologue, travailleur social. Toutes les informations, remarques ou prises en charge effectuées lors de la grossesse sont retranscrites dans un dossier de maternité unique remis à la future maman et à la portée de tous les professionnels.

#### 1.2.3.2 À l'accouchement

Les membres du service de salle de naissance transmettent à leurs collègues de suites de naissances, de manière orale et de manière écrite dans le dossier médical, les informations relatives au travail, à l'accouchement, au post-partum immédiat et à l'adaptation néonatale.

Les sages-femmes de maternité seront aussi informées sur les éventuelles utilisations de moyens non médicamenteux pour faciliter le travail et l'accouchement, les procédures invasives, la pratique du peau à peau, le lien mère-enfant, le démarrage de l'AM, la mise en place de l'alimentation artificielle.

#### 1.2.3.3 Après l'accouchement

Les membres du personnel communiquent et transmettent les informations sur les besoins individuels de chaque patiente et de chaque nouveau-né. Ces transmissions sont notifiées dans

les dossiers médicaux. En cas de difficultés, elles sont dirigées vers des professionnels dès leur sortie. Les femmes allaitantes sont informé s des pratiques de l'AM, de l'existence d'associations de soutien à l'AM.

Toutes les mères sont informé s de la possibilité de prendre contact ou d'être contacté s par des sages-femmes libérales ou membres du service de PMI en cas de besoin d'informations ou de conseils.

Il est du devoir de la maternité de transmettre les antécédents et modalités du séjour de la jeune maman et de son enfant aux professionnels présents à la sortie. Ces transmissions sont effectuées de manière orale par un appel téléphonique à la sage-femme libérale et par courrier, avec la rédaction d'une lettre de sortie.

Le partage de l'information, le partenariat entre professionnels et le travail en réseau permettent un accompagnement optimal du couple mère-enfant dès leur retour à la maison et de continuer à soutenir les parents dans leur gain d'autonomie[26].

### 1.3 LES 12 RECOMMANDATIONS INITIATIVE HÔPITAL AMIS DES BÉBÉS (Annexe IV)

#### 1.3.1 La politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille [34-37]

Dans un service labellisé, une politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille est élaborée par les équipes, le comité de pilotage du projet IHAB et les groupes de travail. Cette politique, respectée par tous les professionnels, a pour but de présenter l'état d'esprit Amis des Bébé s et impose des pratiques en accord avec celui-ci. Elle couvre les 3 principes et les 12 recommandations du label[20][34].

Indispensable et fondatrice, la politique est motivée et soutenue par la structure. La politique évoque les protocoles pour l'accueil, l'alimentation en accord avec les critères IHAB et se réfère aux recommandations basées sur des articles scientifiques et publiés par l'HAS et l'OMS[14-15]. Elle doit être accessible à tous les personnels soignants et non-soignants. Afin d'informer les familles, la politique est résumée sous forme de charte affichée dans le pôle et accessible aux parents et futurs parents. La charte est rédigée en langage courant et adaptée afin d'être comprise de tous. De plus, elle peut être traduite en plusieurs langues.

#### 1.3.2 Donner à tous les soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique[34-37]

Tous les membres du personnel d'un service labellisé reçoivent une formation actualisée et selon leur fonction concernant les besoins globaux et les rythmes des nouveau-nés et des mères, la conduite pratique et l'accompagnement de l'AM et de l'alimentation artificielle. De plus, ils



reçoivent une formation sur les bases de l'écoute et de la relation d'aide, sur les recommandations IHAB et la protection de l'AM.

Une formation de base est obligatoire pour tout le personnel impliqué dans les soins aux mères et aux nouveau-nés et dure au moins 20 heures avec au minimum 3 heures de pratique clinique ou compagnonnage. Actualisée, elle couvre les recommandations de l'IHAB et est appropriée à la fonction des soignants. Elle traite en priorité l'observation et la mise en place des tétées, les techniques d'expression manuelle et du tire-lait, les techniques pour donner les compléments, la préparation du biberon avec la mère, l'installation de celle-ci pour donner les biberons, l'écoute et l'information des femmes enceintes et des mères. Chaque nouvel arrivant reçoit une formation dans les 6 mois suivant son arrivée.

L'établissement propose des formations spécialisées en AM : Diplôme Inter-Universitaire (DIU) «lactation humaine – allaitement maternel», diplôme de consultants en lactation certifiés, ainsi que des formations complémentaires (postures d'accouchement, addictologie, parentalité, médecine douce).

Les autres catégories de personnel soignant reçoivent une formation courte selon leur fonction sur les besoins des nouveau-nés, l'importance de l'allaitement et le soutien des mères pour leur permettre d'orienter toutes les mères vers un soutien approprié.

### 1.3.3 L'information de toutes les femmes enceintes sur les avantages et la pratique de l'allaitement au sein<sup>[34-37]</sup>

Lors des consultations et séances de PNP, les futures mamans reçoivent des informations, orales et écrites, sur des points clefs : l'importance de l'AM pour elle-même, pour le nouveau-né et de sa pratique, l'importance du peau à peau dès la naissance, le démarrage précoce de l'allaitement, la proximité mère-bébé sans interruption, le caractère à la demande de l'allaitement, l'entretien de la lactation, la position et la prise adaptée au sein<sup>[38]</sup>(Annexe X), l'exclusivité de l'AM pendant 6 mois, et sa poursuite après la diversification. Elles sont aussi informées sur les moyens non-médicamenteux d'aide pendant le travail et l'accouchement, les risques liés à l'utilisation des tétines et sucettes ainsi que sur l'existence d'associations de soutien à l'AM. A l'issue de ces visites, les futures mères reçoivent des documents, en accord avec la politique, résumant ces informations et comportant les coordonnées des associations concernées.

Le dossier médical mentionne le désir d'allaitement de la mère, s'il s'agit d'un premier allaitement ou si la patiente a rencontré des difficultés lors d'un allaitement précédent. Ces informations auront pour but d'apporter un soutien et une attention particulière à la femme. Les futures mamans seront préservées de toute promotion concernant l'alimentation artificielle et

n'auront pas d'informations collectives quant à cette alimentation, ni quant à la préparation de biberons.

#### 1.3.4 La pratique du peau à peau à la naissance<sup>[34-37]</sup>

Le peau à peau a pour objectif de placer le nouveau-né dans un «*habitat*» qui tente de conserver la continuité sensorielle transnatale. Il a aussi pour but de faciliter l'adaptation, d'activer les réflexes nutritionnels, de faciliter la première tétée mais il permet surtout la rencontre entre la mère et le nouveau-né<sup>[39]</sup>. Il concerne toutes les naissances : voie basse et césarienne sans anesthésie générale. S'il y a eu recours à une césarienne sous anesthésie générale, le peau à peau est proposé le plus tôt possible à la mère, une fois que celle-ci est suffisamment alerte. Dans tous les cas d'accouchements par césarienne, s'il ne peut être réalisé en salle d'opération ou de réveil, il doit être proposé au conjoint en attendant que la mère puisse le réaliser. Tout en veillant à préserver la sécurité de la mère et de l'enfant, il doit être proposé à toutes les mères, même si le nouveau-né est faiblement prématuré, et devrait durer au moins une heure.

Il est considéré comme un soin, sa pratique doit faire l'objet d'un protocole d'accueil du nouveau-né basé sur les recommandations actualisées des instances internationales. Ce soin est inscrit dans des procédures de traçabilité décrivant les mesures de sécurité afin d'éviter le refroidissement, la chute et les obstructions des voies aériennes supérieures des nouveau-nés<sup>[40]</sup>. Ces procédures tracent l'initiation du soin, sa durée, la surveillance, les obstacles et incidents éventuels. Le peau à peau est un moment propice pour aider les mères à reconnaître les signes du bébé prêt à téter.

#### 1.3.5 La pratique et l'entretien de l'allaitement au sein, l'information des mères non-allaitantes<sup>[34-37]</sup>

Toutes les mères reçoivent une aide du personnel du service dès leur arrivée en suites de naissances. Celui-ci évalue les besoins individuels pour chaque nouveau-né dans les 6 heures qui suivent.

Les mères allaitantes se voient expliquer et montrer les installations et positions du nouveau-né au sein ainsi que la bonne prise au sein et les signes d'une succion efficace<sup>[23][38]</sup>(Annexes X). L'expression manuelle du lait et l'utilisation du tire-lait sont expliquées à la jeune maman. Ces critères sont les facteurs clés de la réussite de l'AM d'autant plus si elles se retrouvent séparées de leur bébé. Les informations doivent être transmises de manière orale et écrite, le personnel doit s'assurer de leur bonne compréhension. Une sage-femme compétente en allaitement est disponible en permanence pour conseiller les mères et préparer leur sortie dans les meilleures conditions possibles. De plus, chaque unité comprend un professionnel référent en allaitement.

Une attention et un soutien particulier sont accordés aux mères qui allaitent pour la première fois ou qui ont rencontré des difficultés lors d'un précédent allaitement.

Les mères qui ont décidé de ne pas allaiter sont informées des critères de bonne installation pour donner le biberon. Il s'agit de considérer le don du biberon comme un moment relationnel, de proximité entre le bébé et sa mère. La sage-femme explique et montre les signes du bébé prêt à boire ainsi que la prise adéquate du biberon. Les règles de sécurité et d'hygiène quant à la préparation et à la conservation sont transmises de manière orale et écrite. Hors de la vue des femmes allaitantes, le personnel de santé montre, individuellement ou en groupe, aux mères qui n'allaitent pas comment préparer un biberon et les invite à en préparer un elle-même.

Ces accompagnements personnalisés ont pour objectif de rendre la mère autonome en la mettant en confiance tout en respectant l'intimité du nouveau-né et des parents.

### 1.3.6 L'AM exclusif et le don de complément<sup>[34-37]</sup>

Le dossier médical du nouveau-né doit comporter les données suivantes : l'alimentation au lait maternel, les éventuelles indications médicales à l'alimentation artificielle (ou contre-indication à l'allaitement) ainsi que les caractéristiques du don de compléments (raisons, nature, quantité et mode d'administration).

Les nouveau-nés allaités ne reçoivent que du lait maternel. L'utilisation de complément se fait sur indication médicale ou sur décision éclairée de la mère. Cette décision maternelle doit être impérativement précédée d'une information sur les risques de cette pratique notamment quant aux effets négatifs sur la mise en route de la lactation<sup>[41]</sup>.

Afin d'éviter les indications médicales de don de compléments, la sage-femme anticipe les situations à risque en les repérant. La prise en charge des bébés à risque doit faire l'objet d'un protocole spécifique à l'établissement et connu de tous les soignants. De plus, le personnel veille à utiliser des méthodes alternatives au biberon pour le don de complément.

### 1.3.7 La proximité de la mère et du nouveau-né<sup>[34-37]</sup>

Les mères et leur nouveau-né sont ensemble dans la chambre, jour et nuit. Cette cohabitation permet une mise en place plus facile de l'AM et un apprentissage des soins en toute confiance. Les soins au bébé sont réalisés dans la chambre en présence de la mère ou du conjoint. Le peau à peau, considéré comme un soin, est encouragé par la sage-femme<sup>[39-40]</sup>. Cette dernière informe les parents de l'intérêt de ce contact, explique, montre les positions et les consignes de sécurité concernant le couchage des bébés et des contre-indications du sommeil partagé.

La séparation du couple mère-enfant doit être pleinement justifiée et notifiée dans les dossiers médicaux des deux protagonistes. Des unités kangourou ou des chambres mères-enfants sont accessibles aux familles avec l'accueil du conjoint à tout moment. En cas de séparation, les

mères sont conduites auprès de leur nouveau-né dès que possible, les conjoints sont encouragés à se rendre en néonatalogie dès la naissance. Les parents sont donc accueillis à tout moment dans le respect du confort et de l'intimité.

### 1.3.8 L'alimentation à la demande de l'enfant<sup>[24][34-37]</sup>

Toutes les mères, allaitantes ou non, sont informées des rythmes d'éveil et de sommeil spécifiques au nouveau-né et de la grande attention à y porter ainsi que des signes indiquant que le bébé est prêt à téter.

Les sages-femmes connaissent les signes d'une tétée et d'un allaitement efficace, elles transmettent ces informations aux mères en s'assurant de leur bonne compréhension<sup>[23][38]</sup>. Il n'y a aucune restriction de fréquence et de durée des tétées, le personnel encourage les mères à allaiter leur nouveau-né aussi longtemps et aussi souvent que celui-ci le désire. Les mères sont informées que leur bébé demande souvent à téter et ce, de manière irrégulière. Si le nouveau-né tète peu souvent ou peu efficacement, la mère est encouragée à garder une proximité corporelle (peau à peau)<sup>[39-40]</sup>, à exprimer ou tirer leur lait et à le donner en évitant l'utilisation de la tétine.

Les mères non allaitantes sont informées des quantités et du nombre de biberons à donner en fonction des besoins. Elles proposent les biberons quand leur nouveau-né cherche à téter. Les personnels soignants expliquent et montrent des moyens ludiques de combler les besoins des nouveau-nés (peau à peau, emmaillotage, portage).

### 1.3.9 L'utilisation des biberons et des sucettes pour les enfants allaités<sup>[34-37]</sup>

Le personnel ne donne aucune sucette, ni aucun biberon aux nouveau-nés allaités car il existe un risque de préférence pour la tétine par rapport au sein. L'introduction de la sucette ou de complément à la tétine avant 4 semaines réduit la durée de l'AM<sup>[42]</sup>. Si un complément doit être administré, le personnel montre aux mères des techniques alternatives comme l'utilisation de la tasse, du Dispositif d'Aide à la Lactation (DAL), le don de colostrum à la cuillère ou le don de lait à la seringue. L'utilisation de protège-mamelon (bouts de seins) se fait sur indication précise et de manière accompagnée. La mère est informée de son caractère transitoire et est encouragée à supprimer cette utilisation rapidement, dès le problème résolu.

Lors des soins douloureux chez un nouveau-né allaité, la sage-femme propose de les réaliser lors d'une tétée afin de profiter de l'effet antalgique de la succion. Les soins douloureux aux nouveau-nés non allaités s'effectuent lors de la prise du biberon. En cas de nécessité, hors de la prise de biberon, la sage-femme propose aux parents l'utilisation de saccharose dont la succion a un effet antalgique.

### 1.3.10 Les soutiens des mères dès leur sortie de la maternité<sup>[34-37]</sup>

Le soutien et l'accompagnement ne peuvent se limiter à la maternité, le séjour en service étant de plus en plus court, il faut mettre en place une continuité de soins et de soutiens. Dans un pôle labellisé, il existe un système de suivi coordonné des mères et de leur nouveau-né après la sortie.

Ce système offre un soutien adéquat en proposant des consultations postnatales, des consultations de lactation, des visites à domicile, un suivi tél phonique. Afin d'y parvenir, le pôle travail en collaboration avec tous les partenaires de la périnatalité comme les services de PMI, les sages-femmes et autres professionnels libéraux. Toutes les mères sont informées, à l'oral et à l'écrit, qu'elles peuvent recevoir auprès de ces partenaires, des informations et conseils sur l'alimentation et la croissance. De même, les mères allaitantes sont informées, à l'oral et à l'écrit, de l'existence d'associations de soutien à l'AM. En cas de difficultés d'allaitement à la sortie, les sages-femmes dirigent les mères vers un professionnel compétent en allaitement, dans l'hôpital ou en libéral.

### 1.3.11 La protection des familles des pressions commerciales par le respect du Code International de Commercialisation des SLM<sup>[6-7][34-37]</sup>

Le personnel respecte le Code de Commercialisation (ou Code OMS) et en comprend les enjeux. Ce Code soutient l'image de l'AM, protège les familles des pressions commerciales et évite les conflits d'intérêt. Dans les services labellisés, les SLM sont achetés au prix du marché. Les biberons, tétines, sucettes et SLM sont refusés si gratuits ou à prix réduits.

Aucun représentant ou personnel des firmes de ces matériels n'a de contact avec les femmes enceintes ou les mères. Le personnel refuse tout don de la part des fabricants et distributeurs. Le personnel ne montre pas et ne distribue pas d'articles faisant la promotion des SLM, biberons, tétines, sucettes. Dans chaque service, toutes les nouettes, biberons, tétines sont entreposés dans une pièce hors de la vue des familles, aucune affiche pour ces matériels n'est exposé .

Les financements perçus des fabricants de SLM ne peuvent être utilisés qu'à des fins d'évaluation professionnelle, de recherche ou de formation. La direction de l'établissement déclare chaque projet afin de respecter la transparence et l'absence de conflits d'intérêt. Ces deux valeurs sont demandées par l'IHAB dans la Déclaration de Lien d'Intérêt signée par le pôle (Annexe XI). L'établissement diversifie donc ses sources de financement pour mettre fin à ceux provenant des fabricants de SLM.

### 1.3.12 L'adoption de pratiques susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et le bon démarrage de l'AM<sup>[34-37]</sup>

Elles sont encouragées à être accompagnées par une personne de leur choix, tant au niveau physique et émotionnel, lors du travail et de l'accouchement. Cette personne accompagnante est

accueillie par le personnel. Les femmes ont la possibilité de boire et de manger une légère collation lors du travail.

Les sages-femmes informent, proposent aux femmes et utilisent le plus possible les moyens non-médicamenteux pour soulager la douleur et pouvant améliorer le déroulement du travail et de l'accouchement. Ces moyens peuvent être l'utilisation de l'homéopathie, de l'acupuncture, de la salle nature, la déambulation, la variation des positions lors du travail. Les sages-femmes respectent les préférences des femmes et prennent en compte leur souhait quant aux positions d'accouchement. Si complication, le recours à des procédures invasives et ses raisons sont expliqués aux femmes après analyse de la balance bénéfiques/risques.

Dès l'arrivée de la patiente en salle, le personnel prend en considération son intention d'allaiter. Les sages-femmes connaissent les effets des médicaments utilisés lors du travail et de l'accouchement sur l'AM et sont attentives à l'utilisation de sédatifs, analgésiques ou anesthésiques. Les pratiques pouvant faciliter le lien mère-enfant et le bon démarrage de l'AM (peau à peau précoce et prolongé, tét e d'accueil, mise au sein précoce,...) sont connus des personnels du service<sup>[39-40][43]</sup>.

## **PARTIE 2 : MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS**

### **2.1 MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE**

#### **2.1.1 Problématique**

Le Pôle Femme Mère Enfant de Metz fait partie des établissements publics de référence du territoire Nord-Lorrain et regroupe plusieurs services dont ceux de suivis de grossesses, salle d'accouchements et de suites de couches. En 2016, il compte 3 241 naissances.

L'inscription de l'Hôpital Femme Mère Enfant (HFME) dans une démarche de labellisation, permettrait de fédérer l'équipe soignante autour d'un projet de service centré sur le nouveau-né et sa famille. Les bénéfices de ce label impacteraient les familles accueillies et les professionnels de santé, particulièrement pour les sages-femmes. Il améliorerait et valoriserait le rôle des professionnels en tant qu'accompagnant, en générant des échanges, une dynamique d'évolution et en renforçant l'esprit d'équipe. Choisir une maternité labellisée IHAB, c'est potentialiser les chances de bienveillance, bénéfique à tous les bébés et aux mères, allaitantes ou non. La mise en place d'un label IHAB apporterait un atout supplémentaire au Pôle Femme Mère Enfant.

Dans l'idée de débiter un processus de labellisation, nous pouvons nous demander, d'après les pratiques en vigueur actuellement dans l'établissement, quels sont les critères IHAB pouvant être considérés comme acquis ? Quelles sont les pratiques à améliorer afin qu'elles correspondent aux critères ?

#### **2.1.2 Objectifs et hypothèses de l'étude**

##### **2.1.2.1 Objectifs de l'étude**

Les objectifs de notre étude sont les suivants :

##### Objectifs principaux :

- Rechercher les informations reçues par les patientes sur l'AM, les rythmes du nouveau-né, du début de la grossesse à la sortie du service de maternité.
- Evaluer la promotion de l'AM, l'accueil des familles, l'accompagnement de la mise en place du lien mère-enfant et des parents vers l'autonomie.

##### Objectifs secondaires :

- Favoriser la mise en place d'une politique d'accueil et d'accompagnement du nouveau-né et de sa famille par le personnel de soin.
- Apporter d'éventuelles améliorations concernant les pratiques et prises en charge professionnelles afin qu'elles correspondent aux critères IHAB.

### 2.1.2.2 Hypothèses de l'étude

L'enquête réalisée permettra d'affirmer ou d'infirmer les hypothèses suivantes :

- Les patientes de l'HFME et leur conjoint, sont accompagnés et informés sur les rythmes de vie spécifiques des nouveau-nés et l'AM tout au long de leur grossesse, à l'accouchement et lors du séjour en maternité. Cet accompagnement et les informations sont délivrés par les sages-femmes et autres acteurs de périnatalité.
- Les professionnels de périnatalité au sein de l'HFME encouragent la mise en place précoce du lien mère-enfant et le séjour sans séparation du couple mère/enfant.
- Les protocoles en vigueur dans l'établissement sont en adéquation avec les critères IHAB.
- L'HFME s'inscrit dans une démarche de promotion de l'accompagnement et de soutien de l'AM.
- Le travail en réseau (professionnels hospitaliers HFME, PMI, associations, professionnels libéraux) est assuré en pré-, per- et post-natal.

### 2.1.3 Schéma général de l'étude et outils d'enquête

#### 2.1.3.1 Schéma général de l'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle, descriptive, analytique. L'étude fut transversale monocentrique au sein de l'HFME de Metz du 16 janvier 2017 au 2 mai 2017 et réalisée auprès de 70 accouchées et des sages-femmes coordinatrices du pôle. Des entretiens directifs ont été réalisés et ont eu pour but le recueil des informations reçues par les patientes et les pratiques mises en place concernant l'AM, l'accueil, le lien mère-enfant pendant la grossesse et jusqu'à la sortie du pôle. Les résultats obtenus ont été par la suite corrélés aux douze critères de l'IHAB.

#### 2.1.3.2 Population cible

Nous avons décidé d'effectuer l'enquête sur un échantillon de 70 patientes répondant aux critères suivants :

##### Critères d'inclusion maternels :

Majeure ; francophone ; consentante ; ayant bénéficié d'un suivi répondant aux obligations légales du suivi de grossesse ; ayant accouché par voie basse ou par césarienne à terme dans le service de salle de naissances de l'HFME de Metz. Les patientes allaitent. L'entretien a lieu à partir du deuxième jour de leur accouchement lors du séjour mère-enfant, sans séparation, dans le service de suites de couches de l'HFME de Metz ; aucune complication majeure rencontrée durant le séjour.



### Critères d'inclusion néonataux :

Singleton ; eutrophe ; né à terme ; adaptation à la vie extra-utérine physiologique ; état clinique n'ayant pas nécessité de geste de réanimation ou de transfert ; absence de malformation ou de pathologie qui perturbe la mise en place d'un AM ou du peau à peau, allaités au sein.

Concernant les entretiens des sages-femmes coordinatrices, leur accord a été requis, et l'entretien réalisé en fonction de leur emploi du temps respectif.

#### 2.1.3.3 Élaboration des questionnaires

Afin de mener nos entretiens directifs, nous avons élaboré des grilles à l'aide de plusieurs supports.

Nous avons obtenu un entretien téléphonique avec Madame Martine ROESCH, sage-femme coordinatrice à la clinique Adassa à STRASBOURG, labellisée depuis 2008. Cet entretien comprenait 71 questions ouvertes rédigées à l'aide des douze recommandations IHAB(Annexe XII).

Le 8 novembre 2016, nous avons participé à la 3<sup>ème</sup> Journée National IHAB à PARIS où nous avons rencontré de nombreux professionnels sensibilisés à l'esprit HAB et participé aux interventions prévues(Annexe XIII).

Tout au long du travail d'élaboration du questionnaire, nous étions en contact avec Madame Hélène DERHAN qui est titulaire d'un DIU «lactation humaine – allaitement maternel». Madame DERHAN nous a remis des documents relatifs aux critères IHAB.

Suite à ces interventions et à la réception de nombreux documents et protocoles, nous avons pu prendre connaissance des pratiques réalisées dans leurs services labellisés. Les informations recueillies lors de ces conférences et rencontres ont permis d'améliorer nos connaissances sur l'état d'esprit IHAB et de perfectionner nos questionnaires et leurs objectifs.

Ainsi, la grille d'entretien à destination des patientes comprend cinquante-deux questions. Elle est divisée en 10 parties, représentant les recommandations 2 à 10 et la recommandation 12 de l'IHAB(Annexe XIV).

Les grilles d'entretien à destination des sages-femmes coordinatrices ont été adaptées selon leur service et abordaient les recommandations 1 à 11 de l'IHAB(Annexes XV, XVI, XVII).

#### 2.1.3.4 Organisation des entretiens

La pertinence de la grille d'entretien auprès des patientes a été testée auprès de 5 personnes et a permis d'évaluer le temps nécessaire au recueil des informations. La durée des entretiens a été évaluée à dix minutes par patiente interrogée. Afin de limiter les biais de mémorisation, un accès au dossier médical des patientes était possible en cas de doute lors de l'entretien.

La durée des entretiens avec les sages-femmes coordinatrices du pôle a été évaluée entre dix et vingt minutes.

## 2.1.4 Déroulement de l'étude

### 2.1.4.1 Aspects réglementaires et éthiques

Les grilles d'entretien ont été validées par notre directrice de mémoire le 10 novembre 2016. Après envoi et étude du protocole de recherche, la demande d'autorisation de mise en place de mon travail de recherche et d'accès aux dossiers médicaux fut acceptée par Madame Yvette WALLERICH, cadre du Pôle Femme Mère Enfant, le 14 novembre 2016.

Un formulaire de Déclaration Normale fut rempli et envoyé à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) le 4 janvier 2017, dans le but de protéger l'anonymat des patientes et le recueil des données et des antécédents personnels.

Un formulaire de consentement fut rédigé, précisant le but de l'étude, la libre participation et le libre abandon des patientes à l'enquête, le caractère confidentiel des informations personnelles et des réponses, ainsi que nos coordonnées. Après information sur notre travail de recherche, le formulaire de consentement fut confié, lu, rempli et signé en deux exemplaires par la patiente. Un exemplaire resta à charge de la patiente, le deuxième conservé dans nos archives (Annexe XVIII).

### 2.1.4.2 Déroulement de l'étude

Après un rendez-vous avec la sage-femme coordinatrice du service de maternité de l'HFME le 10 janvier 2017, nous avons débuté l'enquête auprès des patientes, le 16 janvier 2017. Les entretiens auprès des patientes furent terminés le 22 mars 2017.

Un entretien avec la sage-femme coordinatrice du service de grossesses pathologiques et du plateau ambulatoire eut lieu le 7 avril 2017. L'entretien avec la sage-femme coordinatrice du service de suites de couches se déroula le 27 avril 2017. L'entretien avec la sage-femme coordinatrice du plateau technique de salle de naissances se déroula le 2 mai 2017.

L'élaboration des questionnaires, la réalisation des entretiens et le traitement et l'analyse des données ont été effectués par le même opérateur. Après chaque journée d'entretiens, les données recueillies furent retranscrites à l'aide du logiciel en ligne Google Form et exploitées à l'aide du logiciel de tableur Excel.

### 2.1.4.3 Aspects logistiques et budget

En raison de vingt-quatre allers-retours, les frais de déplacement s'élèvent à 86,4 euros. Les frais d'impression (100 grilles d'entretien et 100 formulaires de consentement) étaient de 100 euros, soit un coût global pour cette étude de 186,4 euros.

## 2.2 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

### 2.2.1 Présentation de la population étudiée

Tableau 1 : Caractéristiques des patientes interrogées (N=70) – HFME (janvier à mars 2017)

	Effectif (%)
<b>Parité</b>	
Primipares (n=70)	37 (53)
Multipares (n=70)	33 (47)
<b>Voie d'accouchement</b>	
Voie basse (n=70)	57 (81)
Césarienne sans anesthésie générale (n=70)	11 (16)
Césarienne sous anesthésie générale (n=70)	2 (3)
<b>Premier allaitement maternel</b>	
Oui (n=70)	40 (57)
Non (n=70)	30 (43)
<b>Difficultés rencontrées lors d'un précédent allaitement maternel</b>	
Oui (n=30)	13 (43)
Non (n=30)	17 (57)
<b>Pathologies ou traitements pouvant interférer avec l'allaitement maternel</b>	
Oui (n=70)	0 (0)
Non (n=70)	70 (100)

n = effectif

### 2.2.2 Prise en charge et informations des femmes enceintes ayant un projet d'AM

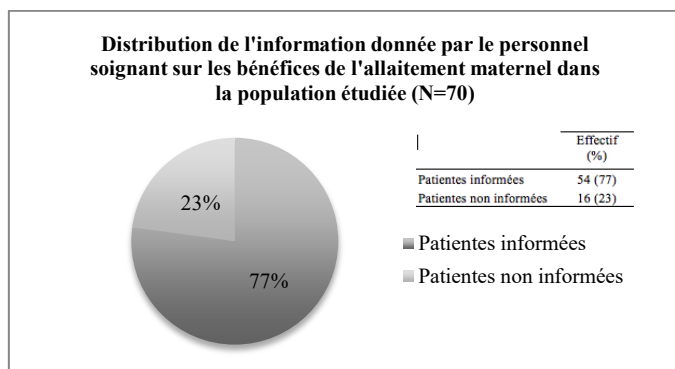


Figure 1 : Distribution de l'information donnée par le personnel soignant sur les bénéfices de l'AM

Tableau 2 : Répartition de l'échange d'informations sur l'AM selon le type de consultation prénatale

	HFME		Libéral		Totaux
	SF	GO	SF	GO	
	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)
Type de suivi prénatal (n=70)	20 (29)	14 (20)	8 (11)	28 (40)	70 (100)
Allaitement maternel abordé en consultation (n=70)	19 (27)	10 (14)	8 (11)	11 (16)	48 (68)
Signalement d'un premier allaitement maternel (n=40)	14 (35)	4 (10)	4 (10)	4 (10)	26 (65)
Signalement de difficultés rencontrées* (n=13)	1 (8)	1 (8)	2 (15)	2 (15)	6 (46)

n = effectif ; HFME = Hôpital Femme Mère Enfant ; SF = Sage-Femme ; GO = Gynécologue-Obstétricien ; \*Lors d'un précédent allaitement maternel

Tableau 2bis : Abord de l'AM selon le type de suivi prénatal (N=70)

	HFME		Libéral	
	SF (n=20)	GO (n=14)	SF (n=8)	GO (n=28)
	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)	Effectif (%)
Allaitement maternel abordé en consultation	19 (95)	10 (71)	8 (100)	11 (39)

n = effectif ; HFME = Hôpital Femme Mère Enfant ; SF = Sage-Femme ; GO = Gynécologue-Obstétricien

Tableau 2ter : Signalement d'un premier AM chez les primo-allaitantes selon le type de suivi (n=40)

	HFME		Libéral	
	SF (n=14) Effectif (%)	GO (n=9) Effectif (%)	SF (n=4) Effectif (%)	GO (n=13) Effectif (%)
<b>Signalement d'un premier allaitement maternel au personnel chargé du suivi</b>	14 (100)	4 (44)	4 (100)	4 (31)
<b>Signalement d'un premier allaitement maternel selon le lieu de suivi</b>	18 (72)		8 (47)	

n = effectif ; HFME = Hôpital Femme Mère Enfant ; SF = Sage-Femme ; GO = Gynécologue-Obstétricien

Tableau 3 : Répartition des informations sur l'AM délivrées lors des SPNP

	Effectif (%)
<b>Participation aux Séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité</b>	
Oui (n=70)	46 (66)
Non (n=70)	24 (34)
<b>Information sur l'importance de l'allaitement maternel</b>	
Oui (n=46)	43 (93)
Non (n=46)	3 (7)
<b>Information des risques pour l'allaitement maternel liés à l'utilisation des tétines et des sucettes</b>	
Oui (n=46)	29 (63)
Non (n=46)	17 (37)
<b>Information sur l'alimentation artificielle</b>	
Oui (n=46)	5 (11)
Non (n=46)	41 (89)

n = effectif

Tableau 4 : Distribution des informations et des documents sur l'AM remis à l'issue des consultations ou SPNP

	HFME		Libéral		Totaux
	SF Effectif (%)	GO Effectif (%)	SF Effectif (%)	GO Effectif (%)	
<b>A l'issue des consultations ou des SPNP</b>					
Remise de documents sur l'allaitement maternel et sa pratique (n=70)	11 (16)	10 (14)	7 (10)	12 (17)	40 (57)
Information orale sur l'existence d'associations de soutien à l'allaitement maternel (n=70)	11 (16)	7 (10)	6 (8)	13 (19)	37 (53)
Transmission écrite des coordonnées des associations de soutien à l'allaitement maternel (n=37)	6 (16)	7 (19)	5 (14)	10 (27)	28 (76)

n = effectif ; SPNP = Séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité ; HFME = Hôpital Femme Mère Enfant ; SF = Sage-Femme ; GO = Gynécologue-Obstétricien

Tableau 5 : Autres professionnels ou associations de périnatalité rencontrés pendant la grossesse (Annexe XIX)

### 2.2.3 La pratique du peau à peau dans le post-partum immédiat

Tableau 6 : Organisation de la pratique du peau à peau à la naissance par le personnel selon la voie d'accouchement

	Effectif (%)
<b>Accouchement voie basse</b>	
Explications et proposition de placer le nouveau-né en peau à peau immédiatement après la naissance	
Oui (n=57)	51 (89)
Non (n=57)	6 (11)
Contact peau à peau ayant duré plus d'une heure	
Oui (n=51)	45 (88)
Non (n=51)	6 (12)
<b>Césarienne sans anesthésie générale</b>	
Explications et proposition de placer le nouveau-né en peau à peau	
Oui (n=11)	6 (55)
non (n=11)	5 (45)
Présence du conjoint autorisée en salle de césarienne pour accueillir le nouveau-né	
Oui (n=11)	3 (27)
Non (n=11)	8 (73)
Modalités de réalisation du peau à peau	
Au retour en chambre (n=6)	1 (17)
Dès la naissance, pendant moins d'une heure (n=6)	0 (0)
Peau à peau effectué par le conjoint puis par la patiente à son retour en chambre (n=6)	5 (83)
Dès la naissance, pendant plus d'une heure (n=6)	0 (0)
<b>Césarienne sous anesthésie générale</b>	
Explications et proposition de placer le nouveau-né en peau à peau	
Oui (n=2)	1 (50)
Non (n=2)	1 (50)
Modalités de réalisation du peau à peau	
Au retour en chambre (n=1)	0 (0)
Peau à peau effectué par le conjoint puis par la patiente à son retour en chambre (n=1)	1 (100)
En salle de réveil, suffisamment réveillée (n=1)	0 (0)

n = effectif

## 2.2.4 L'adoption en salle de naissances des pratiques susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et le bon démarrage de l'AM

Tableau 7 : Adoption des pratiques susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et le bon démarrage de l'AM en salle de naissances

	Effectif (%)
<b>Possibilité pour la patiente d'être accompagnée par la personne de son choix</b>	
Oui (n=70)	67 (96)
Non (n=70)	3 (4)
<b>Proposition et explications de méthodes non-médicamenteuses susceptibles d'aider pendant le travail</b>	
Oui (n=70)	44 (63)
Non (n=70)	26 (37)
<b>Possibilité d'adopter une position aménagée pendant le travail et/ou l'accouchement</b>	
Oui (n=70)	31 (44)
Non (n=70)	39 (56)
<b>Aide à la mise au sein en salle de naissances</b>	
Oui (n=57)	50 (88)
Non (n=57)	7 (12)

n = effectif

## 2.2.5 La prise en charge et l'information des mères allaitantes en suites de couches

Tableau 8 : Distribution des informations sur la pratique de l'AM et l'entretien de la lactation en suites de couches

	Effectif (%)
<b>Mode d'alimentation du nouveau-né</b>	
Hésitation rencontrée sur le mode d'alimentation du nouveau-né	
Oui (n=70)	67 (96)
Non (n=70)	3 (4)
Obtention d'un choix éclairé après discussion avec le personnel	
Oui (n=3)	3 (100)
Non (n=3)	0 (0)
<b>Présence du personnel auprès des patientes pour la mise en place de l'allaitement au sein pendant le séjour</b>	
Observation de l'installation et de la position du nouveau-né au sein	
Oui (n=70)	68 (97)
Non (n=70)	2 (3)
Explication à la patiente de la bonne prise au sein	
Oui (n=70)	67 (96)
Non (n=70)	3 (4)
Explication à la patiente de la succion efficace	
Oui (n=70)	66 (94)
Non (n=70)	4 (6)
Explication à la patiente de l'expression manuelle et/ou de l'utilisation du tire-lait	
Oui (n=70)	44 (63)
Non (n=70)	26 (37)
Informations et conseils à la patiente pour gérer la montée de lait	
Oui (n=37)	35 (95)
Non (n=37)	2 (5)
<b>Prise en charge des premiers allaitements maternels, des difficultés rencontrées lors de l'allaitement maternel (précédent ou actuel) (n=56)</b>	
Proposition aux patientes d'une visite d'un professionnel référent en allaitement maternel	
Oui (n=56)	42 (75)
Non (n=56)	14 (25)
Proposition et explications d'aides provisoires à disposition des patientes	
Oui (n=56)	26 (46)
Non (n=56)	30 (54)
Aides provisoires proposées et expliquées aux patientes*	
Dispositif d'Aide à la Lactation au doigt (n=26)	2 (8)*
Utilisation de la cuillère (n=26)	0 (0)*
Utilisation de la seringue (n=26)	25 (96)*
Utilisation de la tasse (n=26)	0 (0)*
Autres (n=26)	0 (0)*

n = effectif ; \*Pourcentage total différent de 100%

Tableau 9 : Prise en charge par le personnel des patientes ayant fait une demande de complément (n=35)

	Effectif (%)
<b>Patientes informées des risques du don de complément pour l'allaitement maternel</b>	
Oui (n=35)	32 (91)
Non (n=35)	3 (9)
<b>Proposition et explication d'autres alternatives au don de compléments</b>	
Oui (n=35)	32 (91)
Non (n=35)	3 (9)

n = effectif

Tableau 10 : Prise en charge en cas de difficulté lors de l'AM lors d'une demande de complément par la patiente (n=35)

	Alternatives à la tétine expliquées Effectif (%)	Aucune alternative à la tétine expliquée Effectif (%)	Total Effectif (%)
Proposition d'aides provisoires	25 (71)	0 (0)	25 (71)
Absence de proposition d'aides provisoires	7 (20)	3 (9)	10 (29)
Total	32 (91)	3 (9)	35 (100)

n = effectif

Tableau 11 : Organisation des pratiques professionnelles pour favoriser la cohabitation mère-enfant 24 heures sur 24

	Effectif (%)
<b>Soins médicaux ou douloureux au nouveau-né réalisés en chambre</b>	
Oui (n=70)	33 (47)
Non (n=70)	0 (0)
Pas de réalisation de soins médicaux ou douloureux au nouveau-né (n=70)	37 (53)
<b>Présence de la mère auprès du nouveau-né pendant les soins médicaux ou douloureux</b>	
Oui (n=33)	33 (100)
Non (n=33)	0 (0)
<b>Patientes informées de l'intérêt de la pratique du peau à peau en service</b>	
Oui (n=70)	53 (76)
Non (n=70)	17 (24)
<b>Explications données aux patientes sur les bonnes positions du peau à peau le nouveau-né et pour elle-même</b>	
Oui (n=70)	43 (61)
Non (n=70)	27 (39)

n = effectif

Tableau 12 : Informations données par le personnel sur l'alimentation à la demande

	Effectif (%)
<b>Explication à la patiente des signes du bébé prêt à téter</b>	
Oui (n=70)	51 (73)
Non (n=70)	19 (27)
<b>Explication à la patiente des rythmes éveil/sommeil du nouveau-né</b>	
Oui (n=70)	52 (74)
Non (n=70)	18 (26)
<b>Explication à la patiente de l'importance des rythmes éveil/sommeil du nouveau-né</b>	
Oui (n=52)	48 (92)
Non (n=52)	4 (8)
<b>Explication à la patiente de l'importance de l'absence de restriction de fréquence et de durée des tétées</b>	
Oui (n=70)	67 (96)
Non (n=70)	3 (4)

n = effectif

Tableau 13 : Propositions et explications de moyens alternatifs pour apaiser le nouveau-né en dehors des tétées

	Effectif (%)
<b>Propositions et explications de moyens alternatifs pour apaiser le nouveau-né</b>	
Oui (n=70)	51 (73)
Non (n=70)	19 (27)

n = effectif

Tableau 14 : Informations données afin d'éviter l'utilisation des tétines et sucettes chez les enfants allaités

	Effectif (%)
<b>Information des risques pour l'allaitement maternel liés à l'utilisation des tétines et des sucettes</b>	
Oui (n=70)	42 (60)
Non (n=70)	28 (40)
<b>Patientes ayant eu recours à l'utilisation d'un protège-mamelon</b>	
Oui (n=70)	21 (30)
Non (n=70)	49 (70)
<b>Informations et explications sur l'utilisation d'un protège-mamelon (indications, durée limitée, risques pour l'allaitement au sein)</b>	
Oui (n=21)	20 (95)
Non (n=21)	1 (5)
<b>Proposition d'une succion ou d'une tétée antalgique lors de la réalisation de soins médicaux ou douloureux</b>	
Oui (n=33)	10 (30)
Non (n=33)	23 (70)

n = effectif

Tableau 15 : Information donnée en SPNP et en suites de couches sur les risques pour l'AM liés à l'utilisation de la sucette et des tétines (N=70)

	Délivrée en SPNP Effectif (%)	Non Délivrée en SPNP Effectif (%)	Total Effectif (%)
Délivrée en service de suites de couche	23 (33)	19 (27)	42 (60)
Non délivrée en service de suites de couche	6 (9)	22 (31)	28 (40)
<b>Total</b>	<b>29 (42)</b>	<b>41 (58)</b>	<b>70 (100)</b>

n = effectif

Tableau 16 : Informations sur les associations de soutien de l'AM et le travail en réseau avec les acteurs de périnatalité lors du séjour en suites de couches

	Effectif (%)
<b>Information orale sur l'existence d'associations de soutien de l'allaitement maternel</b>	
Oui (n=70)	31 (44)
Non (n=70)	39 (56)
<b>Transmission écrite des coordonnées des associations de soutien de l'allaitement maternel</b>	
Oui (n= 31)	22 (71)
Non (n=31)	9 (29)
<b>Information orale sur la possibilité de prendre contact avec des professionnels de périnatalité après le retour à domicile</b>	
Oui (n=70)	64 (91)
Non (n=70)	6 (9)
<b>Transmission écrite des coordonnées des professionnels de périnatalité</b>	
Oui (n=64)	50 (78)
Non (n=64)	14 (22)

n = effectif

Tableau 17 : Informations sur l'existence d'associations de soutien à l'AM en période prénatale et en suites de couches (N=70)

	Délivrée en prénatal Effectif (%)	Non délivrée en prénatal Effectif (%)	Total Effectif (%)
Délivrée en suites de couche	24 (34)	7 (10)	31 (44)
Non délivrée en suites de couche	13 (19)	26 (37)	39 (56)
<b>Total</b>	<b>37 (53)</b>	<b>33 (47)</b>	<b>70 (100)</b>

n = effectif

## 2.2.6 L'organisation dans les services, résultats des entretiens avec les sages-femmes coordinatrices du pôle Femme Mère Enfant

Les résumés des entretiens avec les sages-femmes coordinatrices du pôle Femme Mère Enfant sont à retrouver dans l'ANNEXE XX.

## **PARTIE 3 : EVALUATION DES RÉSULTATS, DISCUSSION DES PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION**

### **3.1 INFORMATIONS TRANSMISES ET PRATIQUES EN PLACE EN PÉRIODE PRÉNATALE : DES PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION À METTRE EN OEUVRE**

#### **3.1.1 Recommandation III «Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique»**

Des consultations et des services prénatals sont proposés au sein de l'HFME ainsi que des SPNP. Au total, 49% des femmes y ont été suivies. Le travail en réseau est très important en période prénatale. 51% des patientes interrogées en ont bénéficié car suivies en libéral (tableau 2)(recommandation 3, Annexe XX). Au total, 78% des patientes ont rencontré une sage-femme (tableau 5, Annexe XIX).

Malgré un suivi très diversifié, 68% des sondées ont abordé l'AM lors des consultations. A l'HFME, 95% des femmes suivies par une sage-femme et 71% des suivies par un gynécologue-obstétricien l'ont abordé. En libéral, 100% des patientes suivies par une sage-femme libérale ont abordé l'AM, contre 39% des suivies par un médecin. Ces résultats sont satisfaisants pour les sages-femmes mais le sujet de l'AM devrait être abordé au moins une fois pendant le suivi de grossesse (tableau 2bis).

65% des primo-allaitantes ont signalé, lors de leur suivi de grossesse, qu'il s'agissait d'un premier AM. 100% des femmes suivies par une sage-femme mais seulement 44% de celles suivies par un médecin (soit 72% des femmes suivies à l'HFME) l'ont signalé. Contre seulement 47% en suivi libéral (100% des suivies par une sage-femme libérale et 31% des suivies par un médecin) (tableau 2ter).

30 patientes ont déjà allaité, 13 patientes ont rencontré des difficultés lors d'un précédent allaitement. Au sein de ces 13 patientes, moins de la moitié (46%) ont évoqué leurs difficultés au professionnel responsable du suivi de grossesse. Ce résultat est faible par rapport à l'enjeu qu'il représente : celui de mettre en confiance la patiente et de prévenir les difficultés pour le prochain allaitement (tableau 2). Les résultats concernant le sujet de l'abord de l'AM sont satisfaisants. Toutefois, les résultats des femmes suivies par un gynécologue-obstétricien libéral restent faibles. Le sujet de l'AM doit être abordé pour chaque patiente au moins une fois lors du suivi de grossesse.

Plus de la moitié des femmes sondées ont participé à des SPNP (66%). Lors de ces séances, la majorité ont été informées de l'importance de l'AM lors des 6 premiers mois, un nombre restreint a reçu des informations sur l'alimentation artificielle, ce qui correspond aux demandes de la recommandation 3. Seul un peu plus de la moitié de ces participantes ont reçu une information sur les risques pour l'AM liés à l'utilisation des tétines et des sucettes. Ce résultat



reste faible malgré une séance dédiée à l'allaitement et les enjeux de ces risques pour le bon démarrage de l'AM (tableau 3).

A l'issue des consultations (tous suivis confondus) et des SPNP, seulement 57% des patientes ont reçu des documents sur l'AM et sa pratique. La moitié des femmes ont été informées de l'existence d'associations de soutien à l'AM (76% des informées en ont tout de même reçu les coordonnées) mais seulement une a pris contact avec ces associations (tableau 3). Une demi-journée sur l'AM est mise en place en partenariat avec le service de PMI une fois par an, dans le cadre de la SMAM (recommandation 3, Annexe XX).

*La recommandation III n'est pas pleinement remplie, des axes d'amélioration peuvent être mis en place afin de parfaire les pratiques et ainsi correspondre aux critères IHAB.*

*Nous continuons à appuyer le travail en réseau pour unifier la prise en charge des patientes.*

*Afin de pouvoir aborder l'AM et de rechercher un premier allaitement ou des difficultés avec chaque patiente, l'allaitement sera abordé systématiquement lors du premier contact avec l'HFME (notamment lors de la consultation du 9<sup>ème</sup> mois pour les patientes suivies en libéral). Pour faciliter le recueil de ces informations, nous proposons l'ajout, dans le dossier médical de grossesse, des items «allaitement maternel abordé», «premier allaitement maternel», «déroulement de l'allaitement précédent», «difficultés rencontrées lors d'un précédent allaitement», «pathologies, traitements pouvant interférer avec l'allaitement maternel».*

*Lors du premier contact et de la SPNP dédiée à l'AM, nous aborderons systématiquement l'importance de l'AM exclusif pendant les 6 premiers mois, la conduite pratique de l'allaitement au sein, les risques liés à l'utilisation de la sucette et du biberon pour l'AM et des méthodes non-médicamenteuses d'aide pendant le travail et l'accouchement. A leur issue, nous informerons les patientes de l'existence d'associations de soutien à l'AM et leur transmettrons leurs coordonnées ainsi que des documents sur la pratique de l'AM.*

*Nous proposons de prolonger la demi-journée pour la promotion de l'AM et la mise en place d'ateliers à destination des patientes. Le tout en partenariat avec l'école de sages-femmes de Metz. Nous projetons la mise en place d'une réunion d'information sur l'AM bimensuelle. Cette intervention serait réalisée en collaboration avec les professionnels hospitaliers, libéraux et le service de PMI.*

## 3.2 LES PRATIQUES ADOPTÉES EN SALLE DE NAISSANCES : DES RÉSULTATS TRÈS SATISFAISANTS POUR LES ACCOUCHEMENTS VOIE BASSE ET À CONFORTER POUR LES CÉSARIENNES

### 3.2.1 Recommandation IV «Placer le nouveau-né en peau à peau avec sa mère immédiatement après la naissance pendant au moins une heure et encourager celle-ci à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin»

Après un accouchement voie basse, 88% des patientes ont pu bénéficier de la pratique du peau à peau immédiatement après la naissance et encouragée pendant plus d'une heure (tableau 6). Ces résultats, presque excellents, ne sont pas à 100% en raison de l'état maternel après l'accouchement, notamment la réalisation de suture sans analgésie péridurale et pouvant être douloureuse. Néanmoins, le peau à peau aura pu être réalisé avec le père, le temps du soin. Ce moment propice à la mise en place du lien mère-enfant après un accouchement voie basse est grandement encouragé au sein de l'HFME (recommandation 4, Annexe XX).

Lors de césarienne sans anesthésie générale, 27% des conjoints ont été autorisés à accueillir le nouveau-né en salle de césarienne. Ce résultat peu élevé est dû au caractère d'urgence de l'intervention et à l'absence de consensus entre les professionnels. Concernant la pratique du peau à peau, 55% des enfants nés par césarienne sans anesthésie générale ont pu en bénéficier. Ce contact ne peut être réalisé en salle de réveil en raison de la température ambiante trop basse. Il est mis en place, après proposition, avec le père dans une salle adaptée et est prolongé avec la mère lors du retour en service (tableau 6)(recommandation 4, Annexe XX).

Le pourcentage faible de patientes interrogées ayant eu une anesthésie générale (3%) ne nous permet pas de nous faire une idée générale sur la pratique du peau à peau. Nous déclarons seulement que le peau à peau fut réalisé avec le second parent pour un bébé sur deux et prolongé avec la mère en service (tableau 6).

Ces pratiques respectent le protocole en vigueur dans le service. Le peau à peau est considéré comme un soin et fait donc l'objet d'un protocole identique pour chaque voie d'accouchement. Il précise les indications, contre-indications, les modalités de surveillance et de position des protagonistes lors de ce soin. Sa réalisation fait l'objet d'une fiche de suivi et de surveillance lors du séjour en salle de naissances (recommandation 4, Annexe XX).

*Ces pratiques mises en place correspondent aux recommandations IHAB et doivent être encouragées. Le niveau de réalisation de peau à peau post césarienne correspond au niveau 1 : critère du label national.*

*Nous encourageons la poursuite de l'aide apportée aux accouchées, à la mise au sein et à reconnaître les signes du bébé prêt à téter. Dans les cas de césariennes et en dehors de toutes contre-indications ou urgences vitales, nous proposons la présence du conjoint en salle d'accueil des nouveau-nés. Nous poursuivons la proposition systématique du peau à peau avec le conjoint dans une salle dédiée à cet effet ainsi que sa poursuite en chambre avec la maman.*

### 3.2.2 Recommandation XII «Pendant le travail et l'accouchement, adopter des pratiques susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et un bon démarrage de l'allaitement maternel»

La majorité des patientes admises en salle de naissances ont pu être accompagnées par la personne de leur choix afin d'être aidées physiquement et émotionnellement lors du travail et de l'accouchement (tableau 7). Les patientes ne peuvent manger de collation lors du travail mais ont l'autorisation de boire de manière fractionnée (recommandation 12, Annexe XX). 63% des femmes sondées se sont vu proposer et expliquer des méthodes non-médicamenteuses susceptibles d'aider pendant le travail et l'accouchement telles que la déambulation, l'acupuncture et l'accès à la salle nature. 44% des parturientes interrogées estiment avoir pu bénéficier d'une position aménagée pendant le travail et/ou l'accouchement. Après un accouchement voie basse, une grande majorité des patientes ont pu bénéficier d'une aide pour la mise au sein dans le post-partum immédiat (tableau 7).

Lors de la réunion multidisciplinaire quotidienne, le désir d'allaitement est pris en compte dans la prise en charge médicamenteuse à mettre en place. Les sages-femmes, de part leurs compétences et connaissances connaissent les effets des médicaments, habituellement utilisés lors du travail et de l'accouchement, sur l'AM. De plus, la balance bénéfice/risque est toujours réalisée en cas de procédure invasive et la patiente toujours informée des raisons de recourir à cette procédure (recommandation 12, Annexe XX).

*La possibilité d'accompagnement en salle de naissances, l'aide à la mise au sein et la considération du désir d'allaiter lors d'une prise en charge médicamenteuse ont de très bons résultats. Ces pratiques respectent les besoins de la mère et du nouveau-né. La proposition de pratiques non-médicamenteuses et de l'adoption de positions aménagées peut être encore améliorée.*

*La rédaction de la politique IHAB est indispensable pour valider les critères de cette recommandation. Nous envisageons la possibilité pour la patiente en travail de manger une collation si elle le désire. Nous encourageons la poursuite des formations des sages-femmes sur les méthodes non-médicamenteuses susceptibles d'aider pendant le travail ainsi qu'une possible*

*formation sur les positions d'accouchements. Nous proposons l'expression du colostrum avant les césariennes itératives afin qu'il puisse être donné par le conjoint dès la naissance.*

### 3.3 L'ACCOMPAGNEMENT EN SUITES DE COUCHES : UNE PRISE EN CHARGE « BON ÉLÈVE » MAIS RÉCLAMANT DES AMÉLIORATIONS

3.3.1 Recommandation V «Indiquer aux mères qui allaitent comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation si elles se trouvent séparées de leur enfant. Donner aux mères qui n'allaitent pas des informations adaptées sur l'alimentation de leur enfant»

Les besoins des mères et des nouveau-nés sont évalués dès leur arrivée dans le service. Une fiche de suivi pour leur accueil est établie dans le dossier médical. Elle est identique pour les mères allaitantes et non allaitantes (recommandation 5, Annexe XX).

La totalité des femmes ayant hésité à allaiter leur enfant ont émis un choix éclairé après discussion avec les membres du personnel. La présence du personnel auprès des patientes pour la mise en place de l'AM est quasi-optimale : la majorité des patientes a reçu des informations et explications sur l'installation et la position au sein, la bonne prise au sein, les signes d'une succion efficace. 95% des patientes ayant eu leur montée de lait ont reçu des informations pour gérer cette dernière. 63% des patientes se sont vues expliquer l'expression manuelle ou l'utilisation du tire-lait. 56 patientes sont soit primo-allaitantes, soit ont rencontré des difficultés lors d'un allaitement précédent ou actuel. Elles font l'objet d'une attention et d'un soutien particuliers. 46% se sont vues proposer et expliquer des aides provisoires comme le DAL, ou l'utilisation d'une seringue (tableau 8).

Les critères d'installation, de prise adéquate, les règles de sécurité et d'hygiène et la préparation des biberons sont expliqués de manière orale et écrite aux mères non-allaitantes (recommandation 5, Annexe XX).

*Ces résultats, très satisfaisants correspondent aux critères IHAB mais doivent être améliorés pour être optimaux.*

*Nous proposons l'utilisation d'une fiche de suivi du nouveau-né distincte selon le mode d'alimentation. Nous encourageons la poursuite du soutien et de l'accompagnement particuliers aux primo-allaitantes et aux femmes ayant eu des problèmes pour allaiter. Un protocole sur l'expression manuelle du lait est en cours de rédaction, sa pratique sera encouragée et expliquée systématiquement par la sage-femme lors de l'examen quotidien. Les aides provisoires proposées et expliquées aux femmes en difficulté doivent être diversifiées (utilisation de la*

*cuillère, de la tasse, de la tulipe). Il serait intéressant de montrer aux femmes non-allaitante la préparation du biberon lors d'un atelier, hors de la vue des patientes allaitantes.*

3.3.2       Recommandation VI «Privileier l'allaitement maternel exclusif en ne donnant aux nouveau-nés allaités aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale»

Le taux d'enfants supplémentés reste important. Les pratiques sont à réévaluer et à améliorer. Un protocole concernant les indications, les raisons, la nature, les quantités et modalités d'administration du complément est en cours d'élaboration. Le personnel est censé connaître les situations à risques de supplémentation et les prévenir. Tout don de complément est notifié dans les dossiers médicaux de la patiente et du nouveau-né en plus de la raison, nature, quantité et mode d'administration du complément (recommandation 6, Annexe XX).

La moitié des patientes a fait une demande de supplémentation lors de leur séjour. 91% d'entre-elles ont été informées des risques du don de complément pour l'AM et se sont vues proposer et expliquer des alternatives (tableau 9). Ainsi, 71% des demandeuses ont reçu une alternative provisoire à la tétine du biberon (DAL ou don de lait à la seringue) (tableau 10).

*Cette recommandation n'est pas respectée.*

*Nous encourageons la proposition et l'explication systématiques des aides provisoires aux femmes demandeuses de compléments, ainsi que leur diversification. L'application du nouveau protocole de service permettra une amélioration de ces résultats.*

3.3.3       Recommandation VII «Laisser le nouveau-né avec sa mère 24h sur 24»

La mère et le nouveau-né restent ensemble 24 heures sur 24. Le second parent peut être accueilli jour et nuit. Les parents sont informés des consignes de sécurité pour le couchage des nouveau-nés et des contre-indications du sommeil partagé (recommandation 7, Annexe XX).

Il existe, au sein de l'HFME une UK. En cas de séparation justifiée, les parents peuvent rendre visite à leur enfant quand ils le désirent. Le conjoint est encouragé à voir et à toucher son bébé à tout moment (recommandation 7, Annexe XX). 47% des nouveau-nés inclus ont eu au moins un soin médical ou douloureux lors de leur séjour. Chacun de ces examens s'est déroulé en chambre en présence de la mère. 76% des patientes ont été informées de l'intérêt du peau à peau et de sa réalisation en service, 61% se sont vues expliquer les critères de bonne installation (tableau 11).

*Nous pouvons considérer ces résultats comme conformes aux critères IHAB.*

*Nous encourageons la proposition et l'explication systématique de la pratique du peau à peau en service le respect de ses indications, contre-indications, critères de bonne installation et éléments de surveillance.*

#### 3.3.4 Recommandation VIII «Encourager l'alimentation à la demande de l'enfant»

94% des patientes étaient informées des signes d'une succion efficace et 63% ont reçu des explications sur l'expression manuelle et/ou l'utilisation du tire-lait (tableau 8).

76% des patientes ont été encouragées à garder une proximité corporelle avec le nouveau-né par la pratique du peau à peau (tableau 11). 73 % des patientes sondées ont reçu des explications sur les signes indiquant que leur bébé est prêt à téter. 74% ont reçu une information sur les rythmes d'éveil et de sommeil des nouveau-nés et 92% d'entre-elles ont été sensibilisées à l'attention à porter à ces rythmes. 96% des patientes ont été informées de l'importance de l'absence de restriction de fréquence et de durée des tétées, donc du caractère «à la demande» de l'AM (tableau 12). Les critères d'installation, de prise adéquate, les règles de sécurité et d'hygiène et la préparation des biberons sont expliqués de manière orale et écrite aux mères non-allaitantes. 73% d'entre elles ont pu bénéficier d'explications sur les moyens alternatifs pour apaiser le nouveau-né (peau à peau, portage, emmaillotage)(tableau 13).

*Nous pouvons considérer que ces pratiques en vigueur répondent aux critères IHAB.*

*Nous encourageons les pratiques systématiques du peau à peau et de l'expression manuelle du lait en service. Nous proposons de sensibiliser toutes les mères aux rythmes d'éveil et de sommeil du nouveau-né et à l'importance d'y être attentif. Aussi, nous encourageons la formation du personnel sur les moyens alternatifs pour apaiser le nouveau-né (portage, emmaillotage) et leur démonstration aux patientes.*

#### 3.3.5 Recommandation IX «Éviter l'utilisation des biberons et des sucettes (ou tétines pour les enfants allaités)»

71% des demandeuses de complément ont reçu une alternative provisoire au biberon (DAL ou don de lait à la seringue)(tableau 10).

60% des patientes ont reçu en suites de couche, une information sur les risques pour l'AM liés à l'utilisation des tétines et des biberons (tableau 14). Au total, un tiers des patientes n'ont jamais eu cette information, ni en SPNP, ni en service (tableau 15). Ce taux est encore important malgré le risque avéré pour l'allaitement au sein.

30% des mères ont eu recours à l'utilisation d'un protège-mamelon lors de leur séjour. 95% ont été informées sur son utilisation (indications, caractère transitoire, risques pour l'AM) (tableau 14).

Lors des soins douloureux, tous les nouveau-nés ont bénéficié d'une succion antalgique, le plus souvent par administration de saccharose par voie orale. Seulement 30% d'entre eux ont pu en profiter lors d'une tétée (tableau 14)(recommandation 9, Annexe XX). Même si ce résultat respecte les critères IHAB, le taux de réalisation de soins douloureux lors d'une tétée reste moindre.

*Cette recommandation n'est pas totalement adoptée. Nous proposons d'expliquer à nouveau, aux femmes allaitantes les risques liés à l'utilisation de la sucette et du biberon pour l'AM lors du séjour (notamment par la distribution d'une fiche les résumant).*

*Nous encourageons la proposition, l'explication et la diversification des aides provisoires et alternatives au complément. De même, nous soutenons la poursuite de la réalisation des soins douloureux au nouveau-né lors des tétées (ou biberon pour les alimentations artificielles).*

### 3.3.6 Recommandation X «Identifier les associations de soutien à l'allaitement maternel et autres soutiens adaptés, et leur adresser les mères dès leur sortie. Travailler en réseau»

Le pôle possède un système de suivi coordonné des mères après leur sortie par le travail en réseau avec les différents acteurs de périnatalité comme les sages-femmes libérales et les services de PMI. Ainsi, des campagnes et des actions pour le soutien de l'AM sont mises en place grâce à ce travail collaboratif (résumé 10, Annexe XX).

91% des patientes étaient informées oralement des lieux où elles peuvent trouver de l'aide et des conseils pour l'alimentation et la croissance de leur bébé et 78% en possèdent les coordonnées (tableau 16). Même si le travail en réseau est assuré avec les professionnels, il reste moindre avec les associations de soutien à l'AM et groupes de soutien. En effet, 44% des patientes ont été informées en suites de couche de l'existence de ces associations et groupes de soutien (tableau 16). Au total, 37% des mères n'ont jamais eu notion de leur existence (tableau 17).

*Nous ne pouvons affirmer que ces résultats correspondent aux critères IHAB. Avant leur sortie, nous informerons toutes les mères allaitantes de l'existence d'associations de soutien et de groupe de parole pour l'AM. Cette information, orale et écrite, sera complétée par la transmission de leurs coordonnées. Les femmes en difficultés seront être encouragées à consulter une personne compétente en allaitement dans la semaine suivant sa sortie du service.*

### 3.4 L'ORGANISATION DANS LES SERVICES : DES PRATIQUES À METTRE EN PLACE OU À MODIFIER

3.4.1 Recommandation I «Adopter une politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants»

Malgré des efforts pour la cohérence des protocoles en vigueur avec les recommandations des instances nationales et internationales (HAS, OMS), il n'existe aucune politique formulée par écrit pour l'accueil et l'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille (recommandation 1, Annexe XX).

*Les critères IHAB pour cette recommandation ne sont pas respectés dans l'établissement. En 2016, des EPP sur l'AM ont été réalisés au sein de l'HFME. Les résultats obtenus pourront permettre la rédaction d'une politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille. Cette politique sera accessible au personnel. Résumée sous forme de charte, elle sera affichée à destination des usagers.*

3.4.2 Recommandation II «Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique»

77% des patientes interrogées ont été informées par le personnel des bénéfices de l'AM pour elle et pour son nouveau-né. Globalement, le personnel (tant hospitalier que libéral) est conscient des bénéfices de l'AM et les transmet aux usagées (figure 1).

La formation du personnel est basée sur les besoins globaux, les rythmes du nouveau-né et les conduites pratiques et accompagnements de l'allaitement au sein. Le Code de Commercialisation des SLM et les 12 recommandations sont mentionnés dans cette formation qui dure 14 heures. Elle est censée être accessible à chaque nouvel arrivant dans les 6 mois suivants son arrivée.

Des formations spécifiques en AM ainsi que des formations complémentaires (addictologie, acupuncture, etc) sont disponibles. Les autres catégories du personnel soignant peuvent recevoir une formation spécifique selon leur fonction sur les besoins du nouveau-né, l'importance de l'AM et le soutien des mères. Le personnel non-soignant ne reçoit pas d'informations sur ces thèmes et donc n'est pas compétent pour l'orientation et le soutien des mères, allaitantes ou non (recommandation 2, Annexe XX).

*Les pratiques au sein de l'HFME ne correspondent pas aux critères IHAB malgré une prise de conscience importante des bénéfices de l'AM par le personnel.*



*La rédaction de la politique est indispensable pour valider cette recommandation. Ainsi, nous pourrions sensibiliser l'ensemble du personnel à celle-ci et aux bénéficiaires de l'AM.*

*La durée formation du personnel doit être de 20 heures. Trois heures de pratique ou de compagnonnage sont à mettre en place avec un professionnel référent en AM.*

*Nous proposons d'organiser cette formation deux fois par an afin qu'elle soit accessible et obligatoire pour le nouveau personnel dans les 6 mois suivants son arrivée. Nous y introduisons le thème de l'écoute et de la relation d'aide.*

*Nous pouvons élaborer une fiche à l'attention des professionnels non soignants synthétisant les bases de l'AM et les orientations et soutiens appropriés à proposer aux mères en demande.*

*Nous devons rendre systématique la transmission par le personnel des bénéficiaires de l'allaitement par le biais de fiches et d'affiches à destination des patientes.*

*Nous proposons aussi la mise en place de plages de consultations de lactation avec un professionnel référent en AM.*

### 3.4.3 Recommandation XI « Protéger les familles des pressions commerciales en respectant le Code International de Commercialisation des SLM »

Nous n'avons pas pu être informés de l'organisation des achats des SLM (information détenue par la pharmacie), ni sur les financements et leurs répartitions au sein des services (informations détenues par la direction). Nous savons qu'il n'y a pas de déclaration de Lien d'intérêt demandée par l'IHAB remplie (car aucune demande de labélisation en cours) et que le personnel n'est pas systématiquement informé de l'existence du code OMS, donc de son importance.

La préparation des biberons aux mères non-allaitantes est expliquée que de manière théorique, hors de la vue des mères allaitantes

Les patientes ne reçoivent aucun article faisant la promotion des SLM, biberons et tétines. Aucun contact entre les représentants des firmes de SLM, biberons et tétines et les patientes n'est possible. En théorie, le personnel refuse tout document, échantillon et matériel provenant de ces laboratoires. Les nouettes, biberons et tétines sont entreposés hors de la vue des mères et des familles (recommandation 11, Annexe XX).

*Les pratiques ne sont pas toutes en accord avec les critères IHAB pour cette recommandation.*

*Nous proposons la prise de connaissance de la Déclaration de Lien d'Intérêt demandée par l'IHAB (Annexe XI). Nous encourageons la connaissance et la sensibilisation de tout le personnel au Code OMS et à son importance. Nous appuyons l'importance de récuser tout objet faisant la promotion des laboratoires de SLM, biberons et tétines.*

## CONCLUSION

Au travers de cette enquête, nous avons pu nous rendre compte que seules les recommandations IV, VII, et VIII peuvent être considérées comme respectées et sont donc à encourager. Des pratiques seront à mettre en place ou à améliorer.

Un tel projet demanderait des améliorations, de l'investissement, du temps et un travail de collaboration de la part de tout le personnel mais s'avèrerait payante pour l'établissement. Or, la situation actuelle au sein des hôpitaux peut en être un frein.

L'application des principes et recommandations IHAB au sein de l'HFME serait d'un réel bénéfice. En effet, la mise en place de ce projet commun permettrait de fédérer l'équipe soignante, de potentialiser l'esprit d'équipe et les pratiques autour de l'allaitement et de l'accompagnement des familles vers l'autonomie.

De nos jours, le séjour des mères en maternité est bref. L'accompagnement et le soutien des familles se poursuivent au-delà de ce séjour et sont rendus possibles grâce au travail en réseau déjà en place dans l'établissement.

La satisfaction des mères interrogées quant leur accompagnement et leur soutien lors de mon étude montre que l'HFME est conscient et préoccupé par le bon démarrage de l'allaitement maternel. Il est donc fondamental de continuer à sensibiliser les professionnels de santé des bienfaits de l'allaitement pour l'enfant et sa mère.

Nous pourrions affirmer qu'une ébauche à ce projet de labellisation est en cours. En 2016, des EPP portant sur l'allaitement maternel et sa pratique ont été réalisés dans l'établissement. L'analyse et l'exploitation de leurs résultats permettraient une prise de conscience et une modification des pratiques de la part de tout le personnel. Ainsi, certaines recommandations pourront être respectées

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Amis-des-bebes. Tout sur IHAB, [en ligne]. (Consulté le 27/12/2016). Disponible sur : <https://amis-des-bebes.fr/tout-sur-ihab.php>
- [2] Amis-des-bébés. Devenir « ami des bébés » en France, [en ligne]. (Consulté le 27/12/2016). Disponible sur : <http://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-ihab/Devenir-Ami-des-Bebes-dec-2014.pdf>
- [3] IHAB. Introduction et critères du label, présentation de la démarche qualité « Amie des bébés ». 2013 août ; p60 - p64.
- [4] Pilliot M. Amis des Bébé ? Un slogan ?. In : Laurent C, Lofgren K, Delma MA, Herriot D. Deuxième journée nationale IHAB. 4 novembre 2014 ; Paris, France. Paris : IHAB ; 2015.
- [5] McFadden A, Renfrew M. Enabling breastfeeding for mothers and babies. Cochrane Library [internet]. 2017 feb [cited 2017 april 11] ; Available of : <http://www.cochranelibrary.com/app/content/special-collections/article/?doi=10.1002%2F14651858.10100214651858>
- [6] WHO. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, [en ligne]. (Consulté le 27/12/2016). Disponible sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40474/1/9242541605.pdf?ua=1>
- [7] Code international de commercialisation des substituts du lait maternel de l’OMS. (Version à jour de mai 1981)
- [8] WHO. Dé laration Conjointe de l’OMS et de l’UNICEF, Protection, encouragement et soutien de l’allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité, [en ligne]. (Consulté le 27/12/2016). Disponible sur : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39875/1/9242561304\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39875/1/9242561304_fre.pdf)
- [9] UNICEF. Dé laration Innocenti sur la protection, la promotion et l’encouragement de l’allaitement maternel, [en ligne]. (Consulté le 27/12/2016). Disponible sur : [https://www.unicef.org/french/nutrition/index\\_24807.html](https://www.unicef.org/french/nutrition/index_24807.html)
- [10] Amis-des-bebes. Dé laration Innocenti sur l’alimentation du nourrisson et du jeune enfant (version à jour du 22 novembre 2005), [en ligne]. (Consulté le 27/12/2016). Disponible sur : <https://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-reference/Declaration-Innocenti-2005.pdf>
- [11] Amis-des-bebes. IHAB au niveau international, son évolution en quelques dates, [en ligne]. (Consulté le 27/12/2016). Disponible sur : <https://amis-des-bebes.fr/tout-sur-ihab.php>
- [12] Coordination Française pour l’Allaitement Maternel. Qui sommes-nous ?, [en ligne]. (Consulté le 27/12/2016). Disponible sur : <http://www.coordination-allaitement.org/index.php/la-cofam/presentation/qui-sommes-nous/4-qui-sommes-nous>
- [13] Löfgren K, dir. Communiqué de Presse. 05/12/2016 ; Paris, France. Paris : IHAB France ; 2016.
- [14] WHO. Allaitement [en ligne]. (Consulté le 27/12/2016). Disponible sur : <http://www.who.int/topics/breastfeeding/fr/>
- [15] HAS. Mission formation : favoriser l’allaitement maternel – Processus – Evaluation. 2006 juin : p3 ;23 ;51-52.

- [16] Pauchet-Traversat AF, Dosquet P. ANAES : Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant : Recommandations. 2002 mai : p10.
- [17] mangerbougerpro. Le PNNS 2011-2015, [en ligne]. (Consulté le 30/12/2016). Disponible sur : [http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/pnns\\_2011-2015-2.pdf](http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/pnns_2011-2015-2.pdf)
- [18] Haiek LN. L'état d'esprit IHAB selon « Les 3 principes ». In : Löfgren K, dir. 3<sup>ème</sup> journée IHAB : de l'allaitement maternel aux soins centrés sur l'enfant et sa famille. 8 nov 2016; Paris, France. Paris : IHAB ; 2016. P6 – P9.
- [19] Gremmo-Féger G, Rousseau S, Pierrat V. Les recommandations de l'IHAB, argumentaire scientifique et critères. In : Löfgren K, dir. Journée de formation sur l'IHAB. 2013 ; Paris, France. Paris : IHAB ; 2013. p1 – p2
- [20] Amis-des-bebes. Les trois principes de la démarche IHAB, [en ligne]. (Consulté le 30/12/2016). Disponible sur : <https://amis-des-bebes.fr/pdf/Les-3-principes-IHAB.pdf>
- [21] Laurent C. Etats de vigilance du nouveau-né. Mise en place du rythme circadien. Sommeil du nourrisson et petit enfant. Les attentes des adultes sont-elles adaptées à leurs capacités ?. In : Laurent C, dir, Formation DIULHAM. 2016-2017 ; Paris, France. Paris : IHAB ; 2016.
- [22] Université de Lyon. Les états de vigilance chez le nourrisson, [en ligne]. (Consulté le 30/12/2016). Disponible sur : [https://sommeil.univ-lyon1.fr/articles/challamel/pp\\_89/p2.php](https://sommeil.univ-lyon1.fr/articles/challamel/pp_89/p2.php)
- [23] Bodeven-Charles C. Les premiers jours. In : La Leche League. Cahier de l'allaitement à la maternité L'Etang La Ville : LLL France ; 2011. P15-p20.
- [24] La Leche League. Comment d'assurer que le bébé reçoit suffisamment de lait : l'allaitement à la demande. In : La Leche League. Cahier de l'allaitement à la maternité L'Etang La Ville : LLL France ; 2011. P54 – p55.
- [25] Bayot I. Ethique et efficacité de la communication autour de l'allaitement. P15.
- [26] Bayot I. Ethique et efficacité de la communication autour de l'allaitement. P29 – p33.
- [27] Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. Préambule, Article 1<sup>er</sup> (version à jour du 10 décembre 1948)
- [28] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Art L1110-2, Art L1110-4, Art L1111-4 (version à jour au 30 janvier 2017)
- [29] Code Civil. Article 16 (version à jour au 30 juillet 1994)
- [30] Ministères de la Santé et des Solidarités. Usagers, vos droits. Charte de la personne hospitalisée. Circulaire du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées. (version à jour 30 janvier 2017)

- [31] UNESCO. Charte de l'enfant hospitalisé [rés mé Confé ence Europé nne « Enfant à l'hôpital » 1988 ; Leiden.
- [32] Bodeven-Charles C. Les premiers jours. In : La Leche League. Cahier de l'allaitement à la maternité L'Etang La Ville : LLL France ; 2011. P16.
- [33] Bayot I. Ethique et efficacité de la communication autour de l'allaitement. P19 – p23 ; p32.
- [34] Amis-des-bebes. Les douze recommandations, [en ligne]. (Consulté le 3/01/2017). Disponible sur : <https://amis-des-bebes.fr/pdf/12-recommandations-IHAB.pdf>
- [35] IHAB. Liste de vérification de la politique Amie des Bébé s. 2013 août ; p41 – p44.
- [36] Gremmo-Féger G, Rousseau S, Pierrat V. Les recommandations de l'IHAB, argumentaire scientifique et critères. In : Löfgren K, dir. Journée de formation sur l'IHAB. 2013 ; Paris, France. Paris : IHAB ; 2013. P7 – p27.
- [37] IHAB. Formulaire d'auto-évaluation et critères IHAB. 2013 août ; p6 – p22.
- [38] La Leche League. Le déroulement de la tétée. In : La Leche League. Cahier de l'allaitement à la maternité L'Etang La Ville : LLL France ; 2011. P22 – p25.
- [39] Newman J. Traduit de l'anglais par Dupras S. The importance of skin to skin contact. Feuillet Newman [Internet]. 2005 janvier [consulté le 04/01/2017] ; 1b : [1p]. Disponible sur : [https://www.lllfrance.org/index.php?option=com\\_k2&view=item&id=947&Itemid=506](https://www.lllfrance.org/index.php?option=com_k2&view=item&id=947&Itemid=506)
- [40] Girard L. Mettre en œuvre le peau à peau en sé urité Les D.O. 2015 mars ; 446 :8-13.
- [41] WHO. Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes. WHO [Internet]. 2009 [cited 2017 jan 4] ; [6 p]. Available from : [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/WHO\\_FCH\\_CAH\\_09.01/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_FCH_CAH_09.01/en/)
- [42] Howard C, Howard F, Lanphear B et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. Pediatrics. 2003 march ; 111.
- [43] Gremmo-Feger G. Accueil du nouveau-né en salle de naissance. In : La Leche League. Cahier de l'allaitement à la maternité L'Etang La Ville : LLL France ; 2011. P11-p14.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	8
<b>SIGLAIRE</b> .....	
<b>SOMMAIRE</b> .....	
<b>INTRODUCTION</b> .....	7
<b>PARTIE 1 : LE PROGRAMME INITIATIVE HÔPITAL AMI DES BÉBÉS</b> .....	<b>8</b>
1.1. PRÉSENTATION DU PROGRAMME.....	8
1.1.1. Les généralités sur le programme Initiative Hôpital Ami des Bébé.....	8
1.1.2. L'histoire et la diffusion du label IHAB.....	8
1.1.3. Les institutions internationales pour la promotion et le soutien de l'IHAB.....	9
1.2. LES 3 PRINCIPES DE LA DÉMARCHE IHAB.....	9
1.2.1. Principe 1 : «Une attitude de l'ensemble de l'équipe centrée sur les besoins individuels de la mère et du nouveau-né».....	9
1.2.1.1. Les besoins et rythmes du nouveau-né.....	10
1.2.1.2. Les besoins maternels.....	10
1.2.2. Principe 2 : «Un environnement et un accompagnement en adéquation avec la philosophie des soins centrés sur la famille».....	11
1.2.2.1. Les valeurs fondamentales aux soins.....	11
1.2.2.2. La mise en place des soins centrés sur la famille.....	12
1.2.3. Principe 3 : «Un travail en équipe et en réseau pour assurer la continuité des soins».....	13
1.2.3.1. Pendant la grossesse.....	13
1.2.3.2. À l'accouchement.....	13
1.2.3.3. Après l'accouchement.....	13
1.3. LES 12 RECOMMANDATIONS INITIATIVE HÔPITAL AMI DES BÉBÉS.....	14
1.3.1. La politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille....	14
1.3.2. Donner à tous les soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.....	14
1.3.3. L'information de toutes les femmes enceintes sur les avantages et la pratique de l'allaitement au sein.....	15
1.3.4. La pratique du peau à peau à la naissance.....	16
1.3.5. La pratique et l'entretien de l'allaitement au sein, l'information des mères non-allaitantes.....	16
1.3.6. L'AM exclusif et le don de complément.....	17
1.3.7. La proximité de la mère et du nouveau-né.....	17
1.3.8. L'alimentation à la demande de l'enfant.....	18
1.3.9. L'utilisation des biberons et des sucettes pour les enfants allaités.....	18
1.3.10. Le soutien des mères dès leur sortie de la maternité.....	19
1.3.11. La protection des familles des pressions commerciales par le respect du Code International de Commercialisation des SLM.....	19
1.3.12. L'adoption de pratiques susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et le bon démarrage de l'allaitement maternel.....	19
<b>PARTIE 2 : MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS</b> .....	<b>21</b>
2.1 MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	21
2.1.1 Problématique.....	21
2.1.2 Objectifs et hypothèses de l'étude.....	21
2.1.2.1 Objectifs de l'étude.....	21
2.1.2.2 Hypothèses de l'étude.....	22
2.1.3 Schéma général de l'étude et outils d'enquête.....	22
2.1.3.1 Schéma général de l'étude.....	22

2.1.3.2	Population cible.....	22
2.1.3.3	Élaboration des questionnaires.....	23
2.1.3.4	Organisation des entretiens.....	23
2.1.4	Déroulement de l'étude.....	24
2.1.4.1	Aspects réglementaires et éthiques.....	24
2.1.4.2	Déroulement de l'étude.....	24
2.1.4.3	Aspects logistiques et budget.....	24
2.2	PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	25
2.2.1	Présentation de la population étudiée.....	25
2.2.2	Prise en charge et informations auprès des femmes enceintes ayant un projet d'AM au sein.....	25
2.2.3	La pratique du peau à peau dans le post-partum immédiat.....	26
2.2.4	L'adoption en salle de naissances des pratiques susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et le bon démarrage de l'AM.....	27
2.2.5	La prise en charge et l'information des mères allaitantes en suites de couches.....	27
2.2.6	L'organisation dans les services, résultats des entretiens avec les sages-femmes coordinatrices du pôle Femme-Mère-Enfant.....	29

<b>PARTIE 3 : ÉVALUATION DES RÉSULTATS, DISCUSSION DES PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION.....</b>	<b>30</b>
3.1 INFORMATIONS TRANSMISES ET PRATIQUES EN PLACE EN PÉRIODE PRÉNATALE : DES PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION À METTRE EN ŒUVRE..	30
3.1.1 Recommandation III «Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique».....	30
3.2 LES PRATIQUES ADOPTÉES EN SALLE DE NAISSANCES : DES RÉSULTATS TRÈS SATISFAISANTS POUR LES ACCOUCHEMENTS VOIE BASSE ET À CONFORTER POUR LES CÉSARIENNES.....	32
3.2.1 Recommandation IV «Placer le nouveau-né en peau à peau avec sa mère immédiatement après la naissance pendant au moins une heure et encourager celle-ci à reconnaître quand son bébé est prêt à têter, en proposant de l'aide si besoin».....	32
3.2.2 Recommandation XII «Pendant le travail et l'accouchement, adopter des pratiques susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et un bon démarrage de l'allaitement maternel».....	33
3.3 L'ACCOMPAGNEMENT EN SUITES DE COUCHES : UNE PRISE EN CHARGE « BON ÉLÈVE » MAIS RÉCLAMANT DES AMÉLIORATIONS.....	34
3.3.1 Recommandation V «Indiquer aux mères qui allaitent comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation si elles se trouvent séparées de leur enfant. Donner aux mères qui n'allaitent pas des informations adaptées sur l'alimentation de leur enfant».....	34
3.3.2 Recommandation VI «Privilégier l'allaitement maternel exclusif en ne donnant aux nouveau-nés allaités aucun aliment ni aucune boisson que le lait maternel, sauf indication médicale».....	35
3.3.3 Recommandation VII «Laisser le nouveau-né avec sa mère 24h sur 24».....	35
3.3.4 Recommandation VIII «Encourager l'alimentation à la demande de l'enfant».....	36
3.3.5 Recommandation IX «Éviter l'utilisation des biberons et des sucettes (ou tétines) pour les enfants allaités».....	36
3.3.6 Recommandation X «Identifier les associations de soutien à l'allaitement maternel et autres soutiens adaptés, et leur adresser les mères dès leur sortie. Travailler en réseau».....	37
3.4 L'ORGANISATION DANS LES SERVICES : DES PRATIQUES À METTRE EN PLACE ET À MODIFIER.....	38

3.4.1	Recommandation I «Adopter politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants».....	38
3.4.2	Recommandation II «Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique».....	38
3.4.3	Recommandation XI : «Protéger les familles des pressions commerciales en respectant le Code International de Commercialisation des SLM».....	39
	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>40</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>41</b>
	<b>TABLE DES MATIÈRES.....</b>	<b>44</b>
	<b>SOMMAIRE DES ANNEXES.....</b>	<b>47</b>
	<b>ANNEXES.....</b>	<b>48</b>



## SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXE I :	«Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel».....	48
ANNEXE II :	Carte de France des services labellisés en décembre 2016 .....	49
ANNEXE III :	Les trois principes de la démarche IHAB.....	50
ANNEXE IV :	Les 12 recommandations.....	51
ANNEXE V :	Le train du sommeil.....	52
ANNEXE VI :	Les états de vigilance du nouveau-né.....	53
ANNEXE VII :	Pyramide d'accompagnement des patientes dans le démarrage de l'allaitement maternel.....	54
ANNEXE VIII :	La charte de l'adulte hospitalisé.....	55
ANNEXE IX :	La charte de l'enfant hospitalisé.....	56
ANNEXE X :	La bonne prise au sein.....	57
ANNEXE XI :	Déclaration de Lien d'Intérêt.....	58
ANNEXE XII :	Questionnaire à destination de la sage-femme coordinatrice de la clinique Adassa de STRASBOURG.....	61
ANNEXE XIII :	Programme de la 3 <sup>ème</sup> journée nationale IHAB.....	64
ANNEXE XIV :	Questionnaire à destination des patientes.....	65
ANNEXE XV :	Questionnaire à destination de la sage-femme coordinatrice du plateau technique.....	68
ANNEXE XVI :	Questionnaire à destination de la sage-femme coordinatrice de maternité..	70
ANNEXE XVII :	Questionnaire à destination de la sage-femme coordinatrice de salle de naissances.....	74
ANNEXE XVIII :	Formulaire de consentement à destination des patientes.....	76
ANNEXE XIX :	Tableau 5.....	77
ANNEXE XX :	Résultats des entretiens avec les sages-femmes coordinatrices.....	78

## **Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel**

Tous les établissements qui assurent des prestations de maternité et des soins aux nouveau-nés devraient :

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.
2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
4. Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication *médicale*.
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

ANNEXE II : Carte de France des services labellisés en décembre 2016



Source : <https://amis-des-bebes.fr>



# Les trois principes de la démarche IHAB

## 1. Une attitude de l'ensemble de l'équipe centrée sur les besoins individuels de la mère et du nouveau-né

Se centrer sur la mère elle-même et sa situation individuelle, avec douceur, compréhension et respect : un service « ami des bébés » encourage la prise de décision éclairée, respecte les valeurs et les projets de chaque mère, accepte et soutient sa décision, prend en compte ses besoins spécifiques et fournit des services individualisés et flexibles.

Se centrer sur les besoins du nouveau-né : un service « ami des bébés » comprend le comportement du nouveau-né, respecte son sommeil, tient compte de sa disponibilité avant et pendant tout soin (établir le contact avec lui et le garder, s'arrêter si le nouveau-né pleure ou se met en retrait...) et amène les parents à faire de même.

## 2. Un environnement et un accompagnement en adéquation avec la philosophie des soins centrés sur la famille

Les valeurs fondamentales des soins centrés sur la famille sont la dignité et le respect de la personne, le partage de l'information, la participation et la collaboration.

Un service « ami des bébés » fournit aux parents un environnement soutenant qui leur permet de prendre totalement leur place de parents dès la naissance de leur enfant : possibilité pour les parents d'assumer et de participer à tous les soins de leur bébé, accueil des pères jour et nuit, les professionnels assurant une écoute et un soutien individualisés

## 3. Un travail en équipe et en réseau pour assurer la continuité des soins

Un service « ami des bébés » travaille dans la cohérence entre équipes du même établissement, et en réseau, en pré, péri et post natal. Cela comprend la collaboration entre les professionnels à chaque étape et avec les groupes de soutien de mères et de parents.



**Ces trois principes fondamentaux résument l'état d'esprit de la démarche IHAB et guident les équipes soignantes ainsi que les familles vers un partenariat réussi.**



# Les 12 recommandations

En souligné, ce qui concerne les nouveau-nés prématurés ou malades.

**1.** Adopter une politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.

**2.** Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en oeuvre cette politique.

**3.** Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique. Informé de manière spécifique les femmes enceintes présentant une menace d'accouchement prématuré.

**4.** Placer le nouveau-né en peau à peau avec sa mère immédiatement après la naissance pendant au moins 1 heure et encourager celle-ci à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin. Maintenir une proximité maximale entre la mère et le nouveau-né, quand leur état médical le permet. Ceci inclut la majorité des enfants nés dans un contexte de prématurité modérée, c'est-à-dire nés entre 34 et 37 semaines d'aménorrhée.

**5.** Indiquer aux mères qui allaitent comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation si elles se trouvent séparées de leur enfant. Donner aux mères qui n'allaitent pas des informations adaptées sur l'alimentation de leur enfant. Indiquer aux mères comment mettre en route et entretenir la lactation, alors que leur bébé ne peut pas téter et/ou qu'elles se trouvent séparées de lui.

**6.** Privilégier l'allaitement maternel exclusif en ne donnant aux nouveau-nés allaités aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.

Privilégier le lait de la mère, donné cru chaque fois que possible, et privilégier le lait de lactarium si un complément est nécessaire.

**7.** Laisser le nouveau-né avec sa mère 24h sur 24. Favoriser la proximité de la mère et du bébé, privilégier le contact peau à peau et le considérer comme un soin.

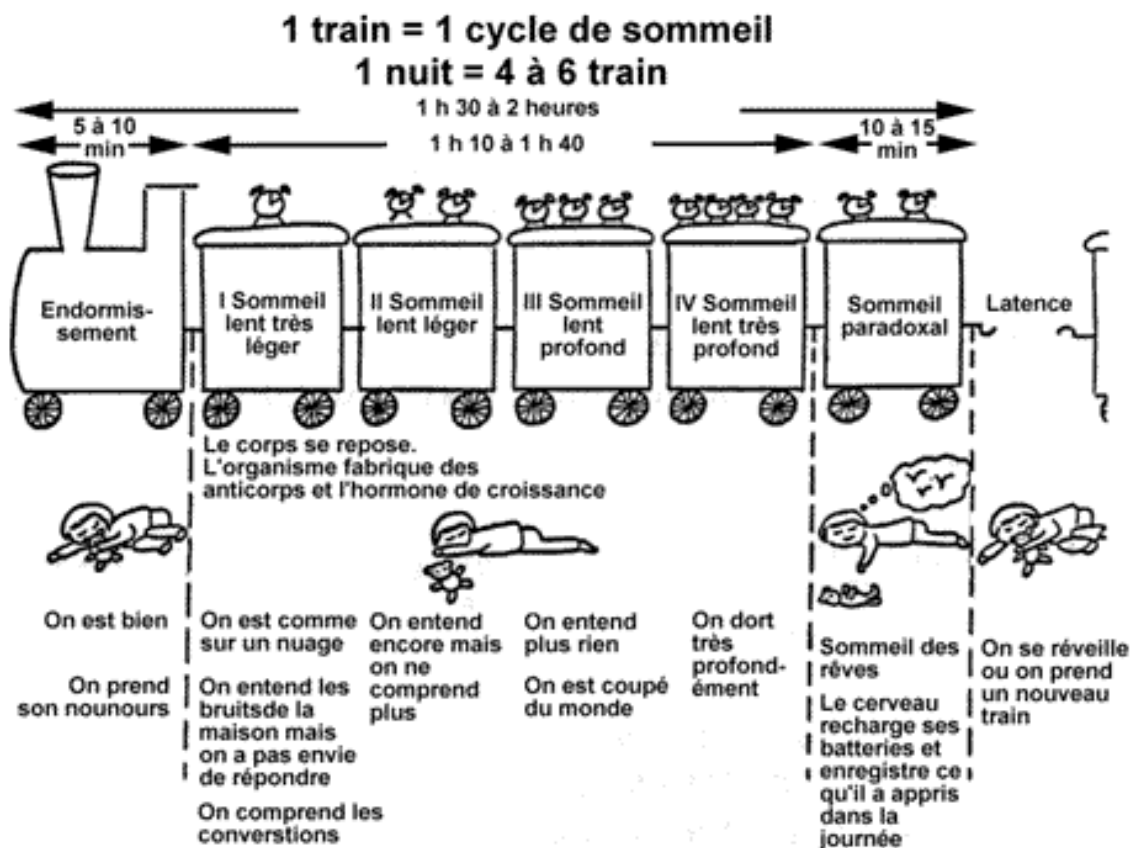
**8.** Encourager l'alimentation à la demande de l'enfant. Observer le comportement de l'enfant. Débuter les tétées au sein dès que l'enfant est stable (Pas de limitation liée au poids ou à l'âge gestationnel). Réfléchir aux stratégies permettant de progresser vers l'alimentation autonome.

**9.** Éviter l'utilisation des biberons et des sucettes (ou tétines) pour les enfants allaités. Réserver l'usage des sucettes aux situations particulières (succion non nutritive...)

**10.** Identifier les associations de soutien à l'allaitement maternel et autres soutiens adaptés, et leur adresser les mères dès leur sortie. Travailler en réseau.

**11.** Protéger les familles des pressions commerciales en respectant le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

**12.** Pendant le travail et l'accouchement, adopter des pratiques susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et un bon démarrage de l'allaitement.



## ANNEXE VI : Les états de vigilance du nouveau-né

### **Stades de vigilance chez le nouveau-né**

Ces états de vigilance ont été classés par Prechtl et coll. (1968) en 5 stades allant du sommeil calme à l'excitation maximale de l'éveil avec pleurs.

#### ***Sommeil calme (stade I)***

Ce sommeil a toutes les caractéristiques du sommeil lent de l'adulte, il est probablement l'équivalent du sommeil lent profond. Il est très stable, n'est généralement interrompu par aucun éveil. Durant cette période, le nouveau-né est immobile, ne présente aucun mouvement corporel en dehors de quelques sursauts, mais il reste tonique. Les poings sont souvent fermés, les bras pliés et ramenés vers le thorax. Le visage est peu expressif, exception faite de petits mouvements de succion périodiques observés généralement juste avant les tétées. Les yeux sont fermés, sans aucun mouvement oculaire. La respiration est régulière, à peine audible. La durée de ce sommeil est très stable, de 20 minutes environ.

#### ***Sommeil agité (stade II)***

Ce sommeil est, dès la période fœtale, l'équivalent du sommeil paradoxal, mais il est interrompu par de fréquents mouvements corporels : mouvements d'éirement, mouvements plus fins à peine perceptibles des doigts et des orteils, mouvements un peu plus amples des jambes et des bras. Le visage du nouveau-né est au cours de ce sommeil très expressif, animé par de multiples mimiques ; du sourire à la tristesse, nous avons reconnu les expressions des six émotions fondamentales : la peur, la colère, la surprise, le dégoût, la tristesse et la joie. Comme chez l'adulte au cours du sommeil paradoxal, on observe chez le nouveau-né, durant le sommeil agité, des mouvements oculaires rapides, une atonie musculaire entre les mouvements corporels ; une respiration plus rapide et plus irrégulière qu'en sommeil calme. Ce sommeil est beaucoup moins stable que le sommeil calme, sa durée varie de 10 à 45 minutes (25 minutes en moyenne).

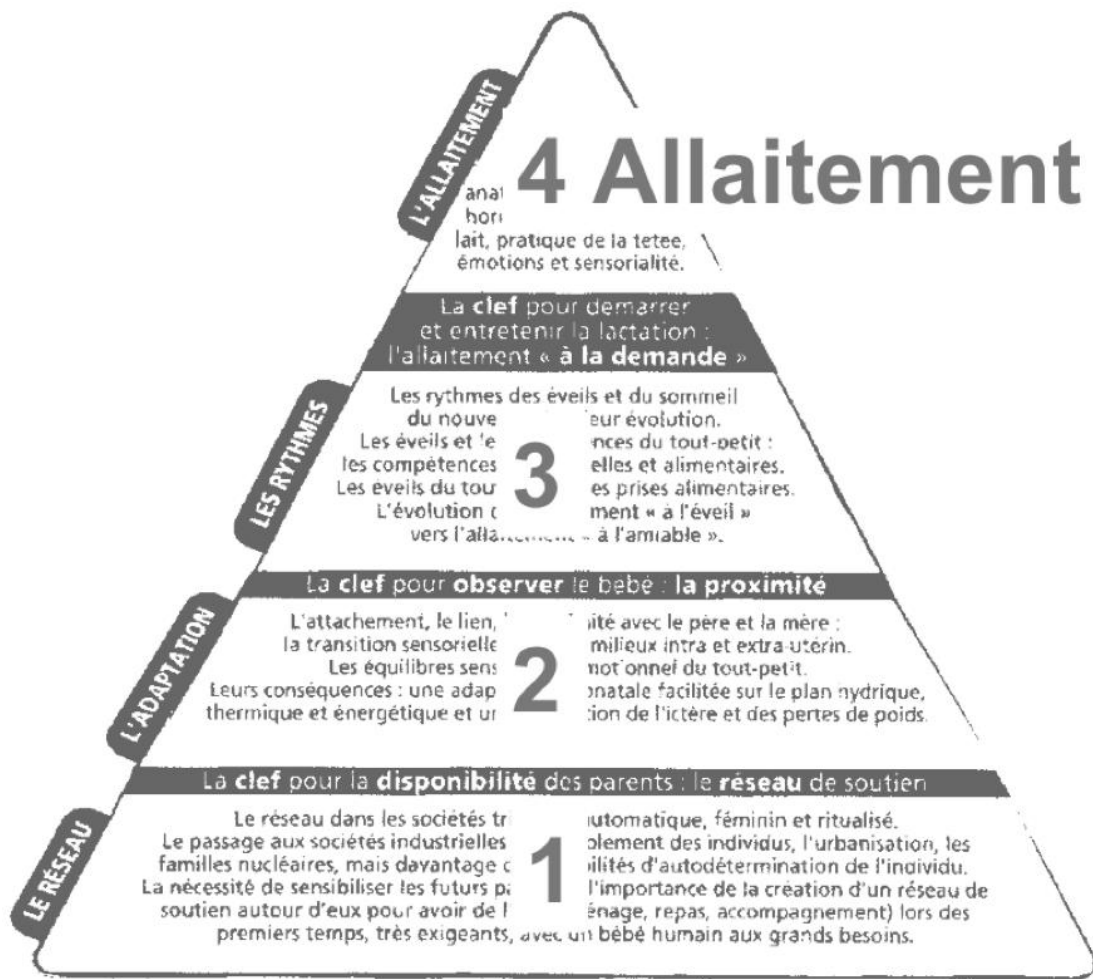
#### ***État de veille calme (stade III)***

L'état de veille calme est un moment d'éveil attentif au cours duquel le nouveau-né peut, dès les premiers jours de vie, être attentif à son environnement. Cet état n'apparaît, au cours des tout premiers jours, que pendant quelques minutes, deux à trois fois par jour.

#### ***États de veille agitée avec ou sans pleurs (stades IV et V)***

Ces deux états sont bien plus fréquents au cours des premiers jours que les éveils calmes. Durant ces périodes, le nouveau-né est peu attentif à son environnement.

ANNEXE VII : Pyramide d'accompagnement des patientes dans le démarrage de l'allaitement maternel







## Charte de la personne hospitalisée Principes généraux



Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.



Les établissements de santé garantissent **la qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.



L'**information** donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.



Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec **le consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.



**Un consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.



Une personne à qui il est proposé de participer à une **recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.



La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.



**La personne hospitalisée est traitée avec égards**. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.



Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que **la confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.



La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un **accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.



La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.



# CHARTRE DE L'ENFANT HOSPITALISÉ

Charte Européenne des Droits de l'Enfant Hospitalisé adoptée par le Parlement Européen le 13 mai 1986. Circulaire du Secrétariat d'Etat à la Santé de 1999 préconise son application.

1 L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.

2 Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.

3 On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles. On informera les parents sur les règles de vie et les modes de faire propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.

4 Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.

5 On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au maximum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.

6 Les enfants doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives, adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge..

7 L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.

8 L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.

9 L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins donnés à chaque enfant.

10 L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.

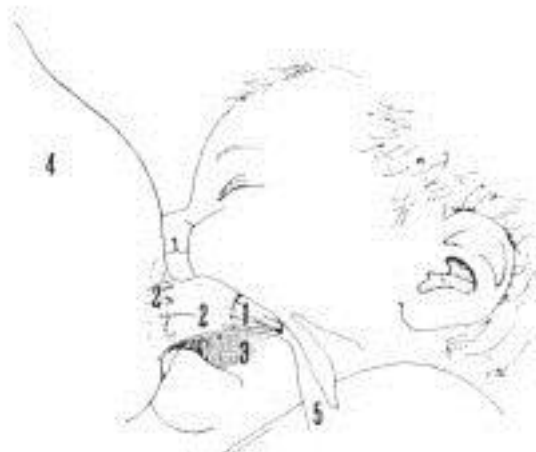


Assistance Publique  
Hôpitaux de Marseille

ANNEXE X : La bonne prise au sein



Tout ce qu'il faut s'efforcer d'éviter. Corps du bébé loin de celui de la mère. Mère penchée en avant. Résultat prévisible : douleurs aux mamelons, dans le dos et les épaules, sécrétion lactée inadéquate.



Allaiter allongée



24

## Déclaration de Lien d'Intérêt pour IHAB France

**En ligne sur notre site :** <http://amis-des-bebes.fr/documents-ihab.php>

**A renvoyer complétée à la coordinatrice des équipes en démarche :** [demarche@i-hab.fr](mailto:demarche@i-hab.fr)

Dans le cadre d'une démarche qualité "Amie des Bébé", les liens à prendre en considération concernent les firmes fabriquant et/ou distribuant **les produits visés par le Code OMS de commercialisation des substituts du lait maternel (et les biberons, les tétines et les sucettes), ci-dessous dénommées firmes de SLM.**

**Vous pouvez aussi noter les liens avec des firmes de dispositifs médicaux ou de matériel de puériculture, dans la mesure où vous pensez qu'elles ont des liens avec les firmes de SLM.**

Si il existe des **contreparties** à ces dons et financements des firmes de SLM (prescriptions, acquisition de matériel, informations données aux familles...), vous les déclarez également.

**Cette déclaration reste strictement confidentielle entre l'équipe (ou l'établissement) qui mène une démarche qualité IHAB et IHAB France.** L'objectif est de prendre conscience de tous les liens établis et de s'assurer qu'ils ne sont pas incompatibles avec l'obtention du label HAB.

**Un lien d'intérêt** avec une firme (financement, matériel donné... avec ou sans contrepartie) devient un **conflit d'intérêt** avec l'accompagnement des familles (et les soins aux nouveau-nés), **quand ce lien empêche d'être centré en premier lieu sur le respect des besoins et des rythmes de l'enfant et de sa famille.** Le lien établi (et/ou ses effets), devient alors plus important. Il arrive même que les soins ne soient plus conformes aux recommandations basées sur les preuves.

"Il existe un **conflit d'intérêt pour les professionnels de santé** lorsque leurs intérêts et leurs engagements compromettent **leur jugement indépendant ou leur loyauté** envers les personnes qu'ils ont le devoir (légal ou éthique) de servir" Rodwin 1993, cité par IBFAN 2006 dans Parrainages et conflits d'intérêts.

**NB : Si un agent de santé reçoit à titre individuel des financements des firmes de SLM**, pour respecter le Code OMS, il doit porter à la connaissance de l'institution à laquelle il appartient "toute contribution reçue que ce soit une bourse d'étude, un voyage d'étude, une bourse de recherche, une participation à une conférence professionnelle, ou des activités analogues." Cette transparence est un premier pas pour sortir du conflit d'intérêt mais elle ne le supprime pas. Le fabricant ou distributeur de SLM doit faire la même déclaration à l'institution de l'agent de santé, s'il respecte aussi le Code OMS. IHAB France ne contrôle pas ces liens d'intérêts particuliers.

## Document à compléter pour IHAB France (2 pages) :

**Nom et coordonnées du Pôle ou service pour lequel la Déclaration de Liens d'Intérêts est établie**

.....

**Nom et coordonnées de l'Association qui reçoit les financements**

*(S'il y a plusieurs associations de service, remplir une déclaration par association)*

.....

**Ou Nom et coordonnées du service de l'établissement qui reçoit les financements**

*(Si autre qu'une association de service, par exemple compte d'établissement ou inter établissements)*

.....

**Je soussigné(e).....**

Reconnais avoir pris connaissance de la décision des membres du Comité d'attribution du label 2012, de déclarer à IHAB France, tout **lien d'intérêt avec** les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétences, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de la démarche qualité IHAB dans laquelle notre équipe et/ou notre établissement est engagé.

Je renseigne cette déclaration en qualité :

- de Président de l'Association
- de trésorier de l'Association
- de membre du Conseil d'Administration
- autre : préciser

le (date) : ...../...../.....

**Signature**

**TSVP**

## LIENS FINANCIERS

Société / Laboratoire	Montant	Affectation	Période de Référencement

## SERVICES RENDUS

De la part de	Nature du service	Début (année)	Fin (année)

## DONS EN NATURE (MATÉRIEL, ÉQUIPEMENTS, PRODUITS DU DONATEUR...)

De la part de	Nature des dons et quantité	Début (année)	Fin (année)

**Autres liens d'intérêt** que vous considérez devoir porter sur cette déclaration :  
(dans le doute, inscrivez ces liens pour discussion)

**Contreparties aux dons et financements des firmes de SLM** (prescriptions, acquisition d'un certain matériel, informations données aux familles...) :

## ANNEXE XII : Questionnaire à destination de la sage-femme coordinatrice de la clinique

### Adassa de STRASBOURG

#### Questionnaire à destination de Mme la Cadre de Santé de la clinique Adassa – Strasbourg

1. Adopter une politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.

- Qui a rédigé la politique ?
- Est-elle le fruit d'un travail commun du personnel ou de personnes spécialement nommés pour la rédiger ?
- Quels sont les « points-clé » de la politique de votre établissement ?
- A quel moment du processus de labellisation la politique fut-elle diffusée au personnel ? A l'ensemble du réseau périnatal ?
- Sous quelle(s) forme(s) et à quel(s) endroit(s) a été affichée la charte à destination du public ?

2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.

- Combien de personnes sont-elles formées dans votre service ? (Résultat en %)
- Qui a bénéficié d'une (ou plusieurs) formation(s) ?
- Certains membres de votre personnel disposent-ils d'un DIU en lactation ou du statut de consultante en lactation ?
- Combien de temps après son arrivée dans le service, une personne peut bénéficier d'une formation ?
- Les médecins de l'établissement, en relation avec les patientes, reçoivent-ils une formation spécifique ?
- De quel(s) type(s) de formation bénéficie le personnel soignant ? Et le personnel non-soignant ?
- Les formations sont-elles dispensées en interne ? Réalisées par un organisme spécifique ?
- Comment sont financées ces formations ?
- A quel intervalle est formé un professionnel de santé ? (Durée entre deux formations, actualisation des connaissances)

3. Informer toutes les femmes des avantages de l'allaitement maternel au sein et de sa pratique qu'elles soient suivies ou non dans l'établissement.

- Quels types d'actions ont été mises en place dans l'établissement pour promouvoir l'allaitement maternel ?
- Proposez-vous des consultations, ateliers, ou réunions sur la lactation aux femmes enceintes ?
- Sont-ils proposés systématiquement ?
- Les actions sont-elles effectuées individuellement ?
- Font-elles partie des Séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité ?
- Lors des SPNP, quels sont les items spécifiques à l'IHAB abordés ?
- Disposez-vous de supports spécifiques à destination des professionnels de santé ? Des femmes enceintes ?
- Si oui, que relatent-ils ?
- En cas de difficulté lors d'un allaitement maternel précédent, proposez-vous des consultations particulières lors de la grossesse ?

4. Placer le nouveau-né en peau à peau avec sa mère immédiatement après la naissance pendant au moins une heure et encourager la mère à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin.

#### Accouchement voie basse

- Le nouveau-né est-il placé en peau à peau avant ou après les soins qui lui sont réalisés ?
- quels soins invasifs réalisez-vous systématiquement (aspiration gastrique, vérification de la perméabilité des choanes,...) ?

#### Cas particuliers de la césarienne

- Où est mis en place le peau à peau avec le papa ?
- Quelles sont les conditions d'accueil du papa ?
- Un professionnel de santé est-il à disposition du papa lors de ce soin ?

#### Césarienne sans anesthésie générale

- A quel moment le nouveau-né est-il placé en peau à peau avec la maman ?
- Existe-t-il des dispositions spécifiques à prendre (position du nouveau-né sur la mère, présence de professionnel aux côtés de la mère lors de ce soin) ?
- La présence du père est-elle systématiquement proposée lors de l'intervention ?
- Où est installé le papa lors d'une césarienne (salle attenante, salle d'intervention,...) ?

#### Césarienne sous anesthésie générale

- A quel moment le nouveau-né est-il placé en peau à peau avec la maman ?
- Quels sont les critères permettant d'estimer que la maman est suffisamment réveillée pour effectuer ce soin ?
- Quelles informations sont données aux parents afin qu'ils puissent reconnaître que leur nouveau-né est prêt à téter ?
- Disposez-vous de protocoles spécifiques pour la pratique du peau à peau pour chaque type d'accouchement ?

- Quels sont les critères énoncés dans la fiche de suivi du peau à peau ?

5. *Indiquer aux mères qui allaitent comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nouveau-né. Donner aux mères qui n'allaitent pas des informations adaptées sur l'alimentation de leur nouveau-né.*

- Existe-t-il un protocole spécifique à l'accueil en suites de couche des mères allaitantes ainsi qu'un pour les mères non-allaitantes ?

#### Allaitement maternel

- Un temps individuel est-il proposé aux femmes afin d'y décrire les positions d'installation, la bonne prise au sein, les signes de succion efficaces ?

- Un temps individuel est-il proposé aux femmes afin d'y expliquer l'expression manuelle du lait, l'utilisation du tire-lait et les rythmes du nouveau-né ?

- En cas de difficultés, quelles sont les aides provisoires mises à disposition et expliquées aux mères (tire-lait, DAL, tasse, seringue) ?

- Un prolongement du séjour en maternité est-il possible en cas de difficultés ?

- Comment les mères sont-elles accompagnées lors de la «montée de lait» ?

#### Allaitement artificiel

- Des séances d'informations sont-elles organisées pour la préparation des biberons, l'installation, la prise adéquate et les règles de sécurité/hygiène ?

- Ces séances sont-elles proposées ou systématiques ?

- Où sont-elles organisées ? A quel moment du séjour en maternité ?

6. *Privilégier l'allaitement maternel exclusif en ne donnant aux nouveau-nés allaités aucun aliment, ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.*

- Quelles actions avez-vous mises en place pour prévenir le recours à la prise de compléments ?

- De quels risques informez-vous la mère quant à la prise de compléments ?

- Qui sont les nouveau-nés à risques ?

- Quelles sont les indications médicales tolérant la prise d'un complément ?

- En service de suites de couche, quelle documentation distribuez-vous aux mamans au sujet de l'allaitement maternel ?

7. *Laisser le nouveau-né avec sa mère 24 heures sur 24.*

- Quelles installations sont présentes en chambre pour permettre à la mère et au nouveau-né de rester ensemble ?

- Quelles installations sont disponibles afin de pouvoir accueillir le papa ?

- Quelles consignes de surveillance donnez-vous aux parents lors de la pratique du peau à peau en service ?

- La présence du nouveau-né 24 heures sur 24 avec la mère est-elle proposée ou systématique ?

- Le nouveau-né peut-il être hébergé en pouponnière de manière ponctuelle ?

- Disposez-vous d'une «Unité Kangourou» ?

8. *Encourager l'alimentation «à la demande» de l'enfant.*

- Quels sont les moyens utilisés afin d'informer les mères des rythmes du nouveau-né ?

- Combien d'heures, maximum, sont tolérées entre deux tétés ?

- Afin d'apaiser leur nouveau-né, quels autres moyens conseillez-vous aux mamans qui n'allaitent pas ?

9. *Eviter l'utilisation des biberons et des sucettes (ou tétines) pour les enfants allaités.*

- Quels arguments/ recommandations transmettez-vous aux mamans afin qu'elles n'aient pas recours à la tétine ou au biberon ?

- En alternative du biberon, quelles autres techniques utilisez-vous pour administrer un complément ?

10. *Identifier les associations de soutien à l'allaitement maternel et autres soutiens adaptés et leur adresser les mères dès leur sortie de l'établissement.*

- Existe-t-il une association interne à votre établissement pour permettre le soutien des mères allaitantes ?

- Par quels moyens (flyers, cartes,...) informez-vous les mamans des associations de soutien disponibles ?

- Disposez-vous d'un réseau spécial avec les professionnels de PMI ou les sages-femmes libérales ?

- Les mamans disposent-elles de permanences ou de consultations au sein de votre établissement en cas de besoin ?

11. *Protéger les familles des pressions commerciales en respectant le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (SLM), aussi appelé Code OMS.*

- Bénéficiez-vous d'aides provenant des laboratoires de substituts de lait maternel afin de financer des bourses, des formations, des conférences, ou à des fins de recherche ?

- Disposez-vous de financements autres que ceux des laboratoires de substituts de lait maternel ?

- Le Code OMS est-il mis à disposition pour lecture dans le service ?



*12. Pendant le travail et l'accouchement, adopter des pratiques susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et un bon démarrage de l'allaitement.*

- Quels moyens non médicamenteux sont à disposition dans votre établissement pour favoriser le travail et l'accouchement physiologique ?
- Quelles alternatives à l'analgésie épidurale disposez-vous ?

## PROGRAMME de la 3<sup>ème</sup> Journée Nationale sur l'IHAB en France, 8 novembre 2016 PARIS

### Matinée

Modérateur : **Pr Pierre BOULOT**  
Gynécologue Obstétricien, Chef du service Pôle Femme Mère Enfant du CHRU de Montpellier

**8h15 accueil des participants**

**08h45-09h00 : Ouverture de la Journée**

**Pr Francis PUECH**, Président de IHAB France  
Président de la Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant  
**Mr Bernard JOMIER**, Adjoint à la Mairie de Paris, chargé de la santé, du handicap et des relations avec l'AP-HP

**09h00-9h15 UNICEF France et IHAB France : accompagner les enfants et leur familles**

**Mr Jean-Marie DRU**, Président du Comité Français pour l'UNICEF

**09h15 – 09h45 IHAB - De l'allaitement maternel aux soins centrés sur l'enfant et sa famille**

**Dr Gisèle GREMMO-FEGER**, Pédiatre, Chef du pôle Mère Enfant CHRU de Brest, Coordinatrice DIUL-HAM, Référente scientifique de l'IHAB

**09h45-10h15 → PAUSE**

**10h15 – 11h15 L'état d'esprit IHAB selon « les 3 principes »**

**Dr Laura HAJEK**, Médecin de famille, Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Canada

**11h15 – 11h45 Naissance dans une maternité IHAB : qualité et sécurité**

**Pr Franck PERROTIN**, Gynécologue Obstétricien, chef de service de la maternité du CHRU de Tours et de la maternité du CH de Chinon

**11h45-13h30 → PAUSE REPAS**  
à l'extérieur de l'Espace Charenton.

### Après-midi

Modérateur : **Pr Dominique TURCK**, Vice-président de IHAB France, Chef du Service de Gastro-entérologie et nutrition pédiatrique de l'hôpital Jeanne de Flandre (CHRU de Lille)

**13h30-14h30 : Implanter le programme IHAB dans son établissement : méthodologie et créativité des équipes**

**Mme Alice BOCOGNANO**, Sage-femme, coordinatrice IHAB à la maternité du CH de la Clotat, formateur en périnatalité  
**Dr Marie-Eve EDUN RENARD**, Pédiatre, service de néonatalogie du CHRU de Lille

**14h30- 15h30 : Les parents : principaux donneurs de soins de leur bébé prématuré**

**Dr Laura HAJEK**, Médecin de famille, Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Canada

**15h30-16h → PAUSE**

**16h-16H45 : Appliquer le référentiel IHAB**

**-à un établissement privé Mr Gérard BARON**, Directeur de la Clinique Belledonne, Saint Martin d'Hères

**-à un CHRU Pr Damien SUBTIL**, Gynécologue Obstétricien, Chef du pôle Femme Mère Nouveau-né du CHRU de Lille

**16H45 – 17h20: IHAB et Santé environnementale**

**Pr Laurent STORME**, Pédiatre, Chef de pôle adjoint, Chef du service de néonatalogie du CHRU de Lille

**17h20 – 17h30 CONCLUSION**

**17h30 Fin de la Journée**

#### INFORMATIONS

Organisation générale et scientifique  
IHAB France, Kristina Löfgren  
Téléphone 04 95 14 96 13  
Email [coordination@ihab.fr](mailto:coordination@ihab.fr)  
[www.amos-des-bebes.fr](http://www.amos-des-bebes.fr)

#### LOGISTIQUE ET INSCRIPTIONS

APÔLES Santé – Terres Neuves  
Téléphone 05 56 75 36 07  
Email [info@apoles-sante.com](mailto:info@apoles-sante.com)

## ANNEXE XIV : Questionnaire à destination des patientes

Entretien Usagère

Numéro d'entretien :

Date :

Lieu :

### Pré-requis

- Parité :
- Voie d'accouchement :
- 1<sup>er</sup> allaitement maternel ?
- Difficultés lors d'un précédent allaitement ?
- pathologies ou traitement pouvant interférer avec l'allaitement ?

### II. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre la politique d'accueil et d'accompagnement du nouveau-né et de ses parents.

1. Des membres du personnel soignant (sage-femme, Infirmière Puéricultrice, Diplômée d'Etat, Aide Soignante, Auxiliaire de Puériculture, étudiant) vous ont-ils informé des bénéfices de l'allaitement maternel ?

### III. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique quelles soient suivies ou non dans l'établissement.

1. Avez-vous effectué vos consultations prénatales dans cet établissement ?
2. Les avez-vous effectuées avec une sage-femme ou un gynécologue-obstétricien ?
3. Lors de vos consultations prénatales :
  - A. Avez-vous abordé l'allaitement maternel ?
  - B. Avez-vous signalé d'éventuelles pathologies ou traitements pouvant interférer avec l'allaitement maternel ?
  - C. Avez-vous signalé s'il s'agissait d'un premier allaitement maternel ?
  - D. Avez-vous signalé d'éventuelles difficultés lors d'un précédent allaitement maternel ?
4. Avez-vous suivi des séances de préparation à la naissance et à la parentalité ?
  - A. Si oui, vous a-t-on informé lors de ces séances de l'importance de l'allaitement maternel ?
  - B. Si oui, vous a-t-on informé lors de ces séances des risques pour l'allaitement maternel liés à l'utilisation de tétines et sucettes ?
  - C. Si oui, avez-vous reçu des informations sur l'alimentation artificielle ?
5. A l'issue de ces consultations ou séances :
  - A. Vous a-t-on remis des documents sur l'allaitement maternel et sa pratique ?
  - B. Vous a-t-on informé oralement de l'existence d'associations de soutien à l'allaitement maternel ?
  - C. Si oui, vous a-t-on communiqué leurs coordonnées par écrit ?
6. Avez-vous rencontré d'autres professionnels de périnatalité lors de cette grossesse ?
7. Si oui, le(s)quel(s) ? (sage-femme libérale, service de Protection Maternelle et Infantile, gynécologue-obstétricien libéral)

### IV. Placer le nouveau-né en peau à peau avec sa mère immédiatement à la naissance pendant au moins une heure et encourager la mère à reconnaître quand son bébé est prêt à téter en proposant de l'aide si besoin.

#### Accouchement voie basse

1. Vous a-t-on expliqué et proposé de placer votre nouveau-né en peau à peau, contre vous, immédiatement après la naissance ?
2. Si oui, ce contact a-t-il duré au moins une heure ?

### Césarienne sans anesthésie générale

1. Vous a-t'on expliqué et proposé de placer votre nouveau-né en peau à peau ?
2. Si oui, à quel moment ?
  - A. A votre retour en chambre.
  - B. Dès la naissance, pendant moins d'une heure.
  - C. Le peau à peau a été effectué par mon conjoint puis par moi-même à mon retour en chambre.
  - D. Dès la naissance, pendant plus d'une heure.
3. Votre conjoint était-il autorisé à être présent dans la salle de césarienne pour accueillir votre nouveau-né ?

### Césarienne sous anesthésie générale

1. Vous a-t'on expliqué et proposé de placer votre nouveau-né en peau à peau ?
2. Si oui, à quel moment ?
  - A. A votre retour en chambre.
  - B. Le peau à peau a été effectué par mon conjoint puis par moi-même à mon retour en chambre.
  - C. Dès que j'étais suffisamment réveillée.

### **V. Indiquer aux mères qui allaitent comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nouveau-né. Donner aux mères qui n'allaitent pas des informations adaptées sur l'alimentation de leur nouveau-né.**

1. Après la naissance, avez-vous hésité sur le mode d'alimentation de votre nouveau-né ?
2. Si oui, des discussions avec le personnel vous ont-elles permis de faire un choix éclairé ?
3. Lors de votre séjour :
  - A. Le personnel a observé l'installation et la position du nouveau-né au sein.
  - B. Le personnel a expliqué la bonne prise au sein.
  - C. Le personnel a expliqué la succion efficace.
4. Avez-vous reçu des explications concernant l'expression manuelle et l'utilisation du tire-lait ?
5. Avez-vous reçu des informations et conseils pour gérer votre montée de lait ?

### Si premier allaitement maternel ou difficultés (allaitement actuel ou précédent allaitement)

6. Vous a-t'on proposé la visite et les conseils d'un professionnel expérimenté en allaitement maternel ?
7. Vous a-t'on proposé et expliqué les aides provisoires à votre disposition ?
8. Si oui, la(es)quelle(s) ? (Dispositif d'Aide à la Lactation au doigt, colostrum à la cuillère, à la seringue, etc)

### **VI. Privilégier l'allaitement maternel exclusif en ne donnant au nouveau-nés allaités aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.**

#### En cas de demande de complément de votre part :

1. Vous a-t'on informé des risques de cette pratique pour l'allaitement maternel ?
2. Vous a-t'on proposé et expliqué d'autres alternatives ?

### **VII. Laisser le nouveau-né avec sa mère 24h/24.**

1. Les soins médicaux ou douloureux au nouveau-né (bilans sanguins, test de dépistage, etc), ont-ils été réalisés dans votre chambre ?
2. Si oui, étiez-vous avec lui ?
3. Vous-a-t-on expliqué l'intérêt du peau à peau en service ?

4. Vous-a-t-on expliqué les bonnes positions du peau à peau pour vous et votre nouveau-né ?

### **VIII. Encourager l'alimentation à la demande de l'enfant.**

1. Lors de votre séjour, vous a-t-on expliqué :
  - A. Les signes de bébé prêt à téter.
  - B. Les rythmes éveil/sommeil du bébé.
  - C. L'importance de ces rythmes.
  - D. L'absence de restriction de fréquence et de durée des tétées.
2. Vous-a-t-on proposé et expliqué des moyens alternatifs pour apaiser votre nouveau-né en dehors des tétées ? (Massage, peau à peau, portage)

### **IX. Eviter l'utilisation des biberons et des sucettes (ou tétines) pour les enfants allaités.**

1. Lors de votre séjour, les professionnels vous-ont-ils informé des risques pour l'allaitement maternel à l'utilisation de la sucette et de la tétée du biberon ?
2. Avez-vous utilisé un protège mamelon/ écran ?
3. Si oui, vous-a-t-on expliqué son utilisation ?
4. Lors de soins médicaux douloureux, vous-a-t-on proposé de réaliser une succion ou une tétée lors de ces gestes ?

### **X. Identifier les associations de soutien à l'allaitement maternel et autres soutiens adaptés et leur adresser les mères dès leur sortie de l'établissement. Travailler en réseau.**

1. Lors de votre séjour, vous a t-on informé oralement de l'existence d'associations de soutien de l'allaitement maternel ?
2. Vous a t-on communiqué leurs coordonnées par écrit ?
3. Lors de votre séjour, vous a-t-on informé oralement de la possibilité de prendre contact avec des professionnels si vous avez besoin d'aide ou de conseils pour l'alimentation et la croissance de votre nouveau-né ? (Sage-femme libérale, service de Protection Maternelle et Infantile, etc)
4. Vous a-t-on communiqué leurs coordonnées par écrit ?

### **XII. Pendant le travail et l'accouchement, adopter des pratiques susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et un bon démarrage de l'allaitement.**

1. Lors de votre accouchement, avez-vous pu être accompagnée par la personne de votre choix ?
2. Vous a-t-on proposé et expliqué des méthodes non-médicamenteuses susceptibles de vous aider pendant le travail ? (Accès à la salle nature, déambulation, ballon, baignoire, homéopathie, acupuncture, etc)
3. Avez-vous pu adopter / bénéficier d'une position amicale lors du travail et de l'accouchement ?

#### Si accouchement voie basse :

4. Vous a-t-on aidé pour la mise au sein en salle de naissances ?

## ANNEXE XV : Questionnaire à destination de la sage-femme coordinatrice du plateau technique

Entretien Sage-Femme coordinatrice de GHR, consultations.

Date :

Lieu :

### II. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.

1. Dans les six mois suivants leur arrivée, une formation actualisée est-elle disponible pour le nouveau personnel ?  
oui hon
2. Sages-femmes, Infirmière Puéricultrice Diplômée d'Etat, Auxiliaires de puériculture (pédiatres et gynécologues-obstétriciens) sont-ils formés sur :
  - A. Les besoins globaux et rythme de la mère et du nouveau-né ?  
oui hon
  - B. La conduite pratique et l'accompagnement de l'allaitement maternel ?  
oui hon
  - C. La conduite pratique et l'accompagnement de l'allaitement artificiel ?  
oui hon
  - D. La protection de l'allaitement maternel (connaissance du « Code OMS\* ») ?  
oui hon
3. Une formation actualisée est-elle disponible pour tous les membres du personnel soignant ?  
oui hon
4. Si oui, cette formation dure-t-elle au moins vingt heures, avec trois heures minimum de pratique ?  
oui hon
5. Une formation spécifique en allaitement maternel (Diplôme Inter-Universitaire, International Board Certified Lactation Consultants) est-elle accessible aux membres du personnel soignant ?  
oui hon
6. Des formations pour un travail et un accouchement plus physiologiques sont-elles accessibles aux membres du personnel soignant ? (*Acupuncture, addictologie, homéopathie, etc*)  
oui hon
7. Les autres catégories de personnel peuvent-ils avoir accès à d'autres formations spécifiques sur les besoins du nouveau-né l'importance de l'allaitement maternel et le soutien des mères ? (*kinésithérapeutes, anesthésistes-réanimateurs, Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat, Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat, diététiciennes, psychologues, endocrinologues, internes, assistantes sociales*)  
oui hon
8. Le personnel non-soignant reçoit-il une information sur l'allaitement maternel, peut-il soutenir et orienter les mères vers une aide appropriée ? (*photographe, Agent de Service Hospitalier, agent CPAM*)  
oui hon

### III. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel au sein et de sa pratique quelles soient suivies ou non dans l'établissement.

1. Des consultations prénatales et services sont-ils proposés dans l'établissement ?  
oui hon
2. Des séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont-elles proposées dans l'établissement ?  
oui hon
3. Un travail en réseau est-il assuré entre l'établissement, les sages-femmes libérales et le service de Protection Maternelle et Infantile en pré, per et post natal ?  
oui hon
4. Les femmes enceintes sont-elles « protégées » de toute promotion sur l'alimentation artificielle ?

oui                      non

5. Des actions sont-elles mises en place dans l'établissement pour promouvoir l'allaitement maternel ?  
oui                      non

6. Si oui, lesquelles ?  
.....  
.....

7. En cas de menace d'accouchement prématuré les femmes enceintes sont-elles informées systématiquement de :

A. L'importance du lait maternel pour le nouveau-né prématuré ou malade ?  
oui                      non

B. La possibilité de tirer son lait et d'alimenter son bébé avec ce lait ?  
oui                      non

C. Des bénéfices du peau à peau ?  
oui                      non

D. Des possibilités de contact père-mère/nouveau-né (visites 24h/24, soins regroupés, hospitalisation mère-enfant) ?  
oui                      non

## ANNEXE XVI : Questionnaire à destination de la sage-femme coordinatrice de maternité

Entretien sage-femme coordinatrice en service de maternité.

Date :

Lieu :

### I. Adopter une politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.

1. Existe-t-il une politique formulée par écrit pour l'accueil et l'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille ?  
oui            non
2. Si oui, cette politique est-elle portée à la connaissance du personnel soignant et accessible pour lecture ?  
oui            non
3. Cette politique :
  - A. Encourage, soutient et protège l'allaitement maternel ?  
oui            non
  - B. Est-elle attentive aux besoins des nouveau-nés et de leur famille ?  
oui            non
  - C. Permet-elle l'accueil et l'accompagnement du père ? (*accueil, repas, hébergement, apprentissage des soins et des rythmes du nouveau-né*)  
oui            non
  - D. Soutient-elle toutes les patientes, allaitantes ou non ?  
oui            non
  - E. Mentionne-t-elle le travail en réseau et son accès en pré, per et post-natal ? (*Protection Maternelle et Infantile, associations, médecins généralistes, sages-femmes libérales, Gynécologues-obstétriciens libéraux, pédiatres*)  
oui            non
  - F. Exclut-elle tout affichage provenant des fabricants de substituts de lait maternel, de tétines, de biberon ? (*Absence d'affiches ou don d'objets promotionnels*)  
oui            non
  - G. Récuse-t-elle la distribution d'échantillons ou de supports professionnels aux patientes et au personnel par les laboratoires ou distributeurs de substituts de lait maternel, tétines ou biberons ?  
oui            non
4. Une charte écrite, traduite en plusieurs langues, résumant cette politiques est affichée de manière visible à destination des parents ?  
oui            non
5. Les protocoles en vigueur dans l'établissement, concernant l'accueil, l'allaitement maternel et artificiel sont-ils cohérents avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé et de l'Organisation Mondiale de la Santé ? \*  
oui            non

### II. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.

1. Les nouveaux membres du personnel reçoivent-ils une information concernant la politique citée dans le critère 1 ?  
oui            non
2. Dans les six mois suivants leur arrivée, une formation actualisée est-elle disponible pour le nouveau personnel ?  
oui            non
3. Sages-femmes, Infirmière Puéricultrice Diplômée d'Etat, Auxiliaires de puériculture (pédiatres et gynécologues-obstétriciens) sont-ils formés sur :
  - a. Les besoins globaux et rythme de la mère et du nouveau-né ?  
oui            non
  - b. La conduite pratique et l'accompagnement de l'allaitement maternel ?  
oui            non
  - c. La conduite pratique et l'accompagnement de l'allaitement artificiel ?  
oui            non
  - d. La protection de l'allaitement maternel (connaissance du « Code OMS ») ?



oui            non

4. Une formation actualisée est-elle disponible pour tous les membres du personnel soignant ?  
oui            non
5. Si oui, cette formation dure-t-elle au moins vingt heures, avec trois heures minimum de pratique ?  
oui            non
6. Une formation spécifique en allaitement maternel (Diplôme Inter-Universitaire, International Board Certified Lactation Consultants) est-elle accessible aux membres du personnel soignant ?  
oui            non
7. Des formations pour un travail et un accouchement plus physiologiques sont elles accessibles aux membres du personnel soignant ? (*Acupuncture, addictologie, homéopathie, etc*)  
oui            non
8. Les autres catégories de personnel peuvent-ils avoir accès à d'autres formations spécifiques sur les besoins du nouveau-né l'importance de l'allaitement maternel et le soutien des mères ? (*kinésithérapeutes, anesthésistes-réanimateurs, Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat, Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat, diététiciennes, psychologues, endocrinologues, internes, assistantes sociales*)  
oui            non
9. Le personnel non-soignant reçoit-il une information sur l'allaitement maternel, pour soutenir et orienter les mères vers une aide appropriée ? (*photographe, Agent de Service Hospitalier, agent CPAM*)  
oui            non

**III. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique qu'elles soient suivies ou non dans l'établissement**

1. Un travail en réseau est-il assuré entre l'établissement, les sages-femmes libérales et la Protection Maternelle et Infantile en pré, per et post natal ?  
oui            non
2. Des actions sont-elles mises en place dans l'établissement pour promouvoir l'allaitement maternel ?  
oui            non
3. Si oui, lesquelles ?  
.....

**V. Indiquer aux mères qui allaitent comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nouveau-né. Donner aux mères qui n'allaitent pas des informations adaptées sur l'alimentation de leur nouveau-né.**

1. Une feuille de suivi pour l'accueil des mères en service est-elle établie ?  
oui            non
2. Si oui, cette feuille est-elle différente pour les mères allaitantes et non-allaitantes ?  
oui            non
3. Les mères allaitantes pour la première fois ou ayant rencontré des difficultés lors d'un allaitement précédent font-elles l'objet d'une attention et d'un soutien particulier durant leur séjour ?  
oui            non
4. Si oui, cela est-il tracé dans leurs dossiers médicaux et de soins ?  
oui            non
5. Un professionnel référent pour l'allaitement maternel est-il présent dans chaque service ?  
oui            non
6. Les mères non-allaitantes se voient-elles expliquer par oral et écrit les critères de bonne installation, la prise adéquate, les règles de sécurité et d'hygiène pour la préparation et la conservation du biberon ?  
oui            non
7. Le personnel montre-t-il à toutes les mères non-allaitantes la préparation du biberon et propose à chacune d'en préparer ?

oui hon

**VI. Privilégier l'allaitement maternel exclusif en ne donnant aux nouveau-nés allaités aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.**

1. Existe-t-il un protocole restreignant l'indication, les raisons, la nature, la quantité et le mode d'administration d'un complément à un nouveau-né allaité ?  
oui hon
2. Le type d'alimentation et de don de complément sont-ils notifiés dans le dossier médical du nouveau-né ?  
oui hon
3. Les situations à risque de compléments sont-elles connues par le personnel de santé ?  
oui hon
4. Les situations à risque de compléments sont-elles transmises dans les dossiers médicaux de la mère et du nouveau-né ?  
oui hon

**VII. Laisser le nouveau-né avec sa mère 24 heures sur 24.**

1. Sauf séparation justifiée, le nouveau-né et sa mère sont ensemble 24 heures sur 24 dans la même chambre ?  
oui hon
2. Existe-t-il une unité Kangourou dans l'établissement ?  
oui hon
3. En cas de séparation justifiée, les parents peuvent-ils rendre visite à leur bébé à n'importe quel moment du jour et de la nuit ?  
oui hon
4. Le père peut-il être accueilli jour et nuit ?  
oui hon
5. Si l'état de la mère ne le permet pas, le père est-il encouragé, dès la naissance à voir et à toucher son nouveau-né ?  
oui hon
6. Le séjour d'une mère rencontrant des difficultés d'allaitement peut-il être prolongé à la demande de la patiente ou à la demande du personnel ?  
oui hon
7. Le personnel informe-t-il les parents des consignes de sécurité pour le couchage du nouveau-né et des contre-indications du sommeil partagé ?  
oui hon

**IX. Eviter l'utilisation des biberons et des sucettes (ou tétines) pour les enfants allaités.**

1. Les soins douloureux aux bébés allaités peuvent-ils être réduits lors d'une tétée ou d'une succion antalgique ?  
oui hon

**X. Identifier les associations de soutien à l'allaitement maternel et autres soutiens adaptés et leur adresser les mères dès leur sortie de l'établissement. Travailler en réseau.**

1. Dès la sortie de l'établissement, le travail en réseau avec les partenaires de périnatalité permet-il le suivi et le soutien de l'allaitement maternel ?  
oui hon
2. Professionnels hospitaliers, de Protection Maternelle et Infantile et libéraux se rencontrent-ils afin de mettre en œuvre des campagnes et/ou actions pour le soutien de l'allaitement maternel ?  
oui hon

**XI. Protéger les familles des pressions commerciales en respectant le Code International de Commercialisation des substituts du lait maternel (SLM) aussi appelé « Code OMS ».**

1. Les SLM et préparations spéciales sont-ils achetés au prix du marché ?  
oui hon

2. Les SLM gratuits ou à prix réduits sont-ils refusés par l'établissement ?  
oui            non
3. Les articles faisant la promotion de SLM, biberons, tétines et sucettes sont-ils offerts aux femmes enceintes ou aux mères ?  
oui            non
4. Les articles faisant la promotion de SLM, biberons, tétines et sucettes sont-ils à portée de vue des femmes enceintes et mères ?  
oui            non
5. Le personnel refuse-t-il tout document, échantillon, matériel de la part des fabricants et distributeurs de SLM ?  
oui            non
6. Un contact (direct ou indirect) est-il possible entre les représentants des firmes de SLM et les femmes enceintes et mères ?  
oui            non
7. Les financements reçus par les fabricants de SLM sont-ils utilisés à d'autres fins que l'évaluation professionnelle, la recherche, le financement de bourses ou de formation ?  
oui            non
8. Les financements proviennent-ils d'autres actionnaires que les fabricants et distributeurs de SLM ?  
oui            non
9. Les nouettes sont-elles entreposées hors de la vue des mères et des familles ?  
oui            non
10. La préparation des biberons est-elle expliquée de manière théorique et pratique aux mères qui n'allaitent pas ?  
oui            non
11. Cette explication est-elle faite hors de la vue des mères allaitantes ?  
oui            non
12. Les membres du personnel ont-t-ils eu connaissance du « Code OMS » et de son contenu ?  
oui            non
13. Le « Code OMS » est-il à disposition dans le service pour lecture ?  
oui            non

## ANNEXE XVII : Questionnaire à destination de la sage-femme coordinatrice de salle de naissances

Entretien sage-femme coordinatrice de salle de naissances.

Date :

Lieu :

### IV. Placer le nouveau-né en peau à peau avec sa mère immédiatement à la naissance pendant au moins une heure et encourager la mère à reconnaître quand son bébé est prêt à téter en proposant de l'aide si besoin.

1. Le peau à peau est-il considéré comme un soin et est réalisé et surveillé de manière protocolaire ?  
oui                      non
2. Existe-t-il des protocoles différents selon la voie d'accouchement ?  
oui                      non
3. Le nouveau-né né par voie basse est-il placé en peau à peau avec sa mère immédiatement après la naissance ?  
oui                      non
4. Sauf contre-indication médicale, le peau à peau est-il poursuivi au moins une heure ?  
oui                      non
5. Le nouveau-né né par césarienne sans anesthésie générale est-il placé en peau à peau avec sa mère immédiatement après la naissance ?  
oui                      non
6. *Si oui, ce contact est-il encouragé jusqu'à la fin de l'intervention ?*  
oui                      non
7. Lors d'une césarienne sans anesthésie générale, le père peut-il être présent en salle de césariennes pour accueillir son enfant ?  
oui                      non
8. Quel niveau peut-on attribuer à la mise en place du peau à peau lors d'une césarienne sans anesthésie générale dans votre service ?  
1 : le peau à peau est proposé au père puis à la mère dès son arrivée en chambre  
2 : le peau à peau est réalisé avec la mère, sans interruption mais dure moins d'une heure.  
le peau à peau est proposé au père puis à la mère dès que possible, avant l'arrivée en chambre.  
3 : le peau à peau est réalisé avec la mère dès la naissance, sans interruption et dure au moins une heure.
9. Le nouveau-né né par césarienne sous anesthésie générale est-il placé en peau à peau avec le père en attendant que la mère soit suffisamment réveillée ?  
oui                      non
10. Le nouveau-né né par césarienne sous anesthésie générale est-il placé en peau à peau avec sa mère dès qu'elle est suffisamment réveillée ?  
oui                      non
11. Quel niveau peut-on attribuer à la mise en place du peau à peau lors d'une césarienne sous anesthésie générale dans votre service ?  
1 : le peau à peau est proposé au père puis à la mère dès son arrivée en chambre.  
2 : le peau à peau est réalisé avec la mère, sans interruption mais dure moins d'une heure.  
le peau à peau est proposé au père puis à la mère dès que possible, avant l'arrivée en chambre.  
3 : le peau à peau est réalisé avec la mère dès qu'elle est suffisamment réveillée et ce contact est encouragé être poursuivi au moins une heure avec toute la surveillance nécessaire et en l'absence de raison médicale justifiée.
12. Il existe un protocole d'accueil en salle de naissances et de césariennes précisant les indications, contre-indications et situations nécessitant une surveillance accrue du peau à peau ?  
oui                      non

13. Si oui, ce protocole décrit-il les modalités du peau à peau ainsi que la bonne position de la mère et du nouveau-né lors de ce soin ?  
oui non
14. Existe-t-il une fiche de suivi du nouveau-né et de son accueil en salle de naissances et de césariennes ?  
oui non

**VII. Laisser le nouveau-né avec sa mère 24 heures sur 24**

1. Si l'état médical de la mère ne le permet pas, le père est-il encouragé, dès la naissance à voir et toucher son nouveau-né ?  
oui non

**XII. Pendant le travail et l'accouchement, adopter des pratiques susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et un bon démarrage de l'allaitement.**

1. La patiente peut-elle demander à être accompagnée par la personne de son choix tout au long du travail ?  
oui non
2. La patiente peut-elle manger une collation et boire pendant le travail si elle le désire ?  
oui non
3. Des méthodes non-médicamenteuses susceptibles d'aider pendant le travail sont-elles disponibles et proposées aux patientes ?  
oui non
4. La prise en charge médicamenteuse pendant le travail et l'accouchement prend-elle en compte le désir d'allaiter de la femme ?  
oui non

**Formulaire de consentement**

**«L'Initiative Hôpital Ami des Bébés et l'inscription du service de maternité de l'Hôpital Femme-Mère-Enfant de Mercy dans une démarche de labellisation»  
BIANCHIN Bénédicte – Ecole de sages-femmes de Metz**

Etudiante sage-femme en dernière année à l'école de Metz, je réalise des entretiens dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude. Le thème est l'Initiative Hôpital Ami des Bébés, mon étude porte sur l'inscription de l'Hôpital Femme-Mère-Enfant de Mercy dans une démarche de labellisation «Hôpital Ami des Bébés».

Je, soussignée (Nom, Prénom) \_\_\_\_\_

déclare avoir reçu ce jour une information sur le protocole de l'étude «L'Initiative Hôpital Ami des Bébés et l'inscription du service de maternité de l'Hôpital Femme-Mère-Enfant de Mercy dans une démarche de labellisation» et consens de mon plein gré à participer à cette étude.

- J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'étude et j'ai été informée de ce qu'on attend de ma part. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé, signé et daté.
- Je suis libre de participer ou non, d'abandonner ma participation à l'étude à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage pour moi.
- Mon nom, les réponses aux questionnaires et mes informations personnelles seront anonymes et confidentiels. Les responsables scientifiques de cette étude et les personnes qui traiteront les données s'engagent à respecter cette confidentialité de données.
- J'accepte que les résultats de cette étude, qui seront toujours anonymes, soient diffusés à des fins scientifiques et en respectant les règles déontologiques de la communauté scientifique.
- Je peux à tout moment demander la consultation des données à caractère personnel collectées. Les responsables du traitement de ces données (BIANCHIN Bénédicte) peuvent être contactés à l'adresse suivante : bianchinbenedicte@gmail.com

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Exemplaire Etudiante

**Formulaire de consentement**

**«L'Initiative Hôpital Ami des Bébés et l'inscription du service de maternité de l'Hôpital Femme-Mère-Enfant de Mercy dans une démarche de labellisation»  
BIANCHIN Bénédicte – Ecole de sages-femmes de Metz**

Etudiante sage-femme en dernière année à l'école de Metz, je réalise des entretiens dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude. Le thème est l'Initiative Hôpital Ami des Bébés, mon étude porte sur l'inscription de l'Hôpital Femme-Mère-Enfant de Mercy dans une démarche de labellisation «Hôpital Ami des Bébés».

Je, soussignée (Nom, Prénom) \_\_\_\_\_

déclare avoir reçu ce jour une information sur le protocole de l'étude «L'Initiative Hôpital Ami des Bébés et l'inscription du service de maternité de l'Hôpital Femme-Mère-Enfant de Mercy dans une démarche de labellisation» et consens de mon plein gré à participer à cette étude.

- J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'étude et j'ai été informée de ce qu'on attend de ma part. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé, signé et daté.
- Je suis libre de participer ou non, d'abandonner ma participation à l'étude à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage pour moi.
- Mon nom, les réponses aux questionnaires et mes informations personnelles seront anonymes et confidentiels. Les responsables scientifiques de cette étude et les personnes qui traiteront les données s'engagent à respecter cette confidentialité de données.
- J'accepte que les résultats de cette étude, qui seront toujours anonymes, soient diffusés à des fins scientifiques et en respectant les règles déontologiques de la communauté scientifique.
- Je peux à tout moment demander la consultation des données à caractère personnel collectées. Les responsables du traitement de ces données (BIANCHIN Bénédicte) peuvent être contactés à l'adresse suivante : bianchinbenedicte@gmail.com

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Exemplaire Patiente

## ANNEXE XIX : Tableau 5

Tableau 5 : Répartition des autres professionnels ou associations de périnatalité rencontrés pendant la grossesse dans la population étudiée

	Effectif (%)
<b>Autres professionnels ou associations de périnatalité rencontrés lors de cette grossesse</b>	
Oui (n=70)	59 (84)
Non (n=70)	11 (16)
<b>Autres professionnels ou associations de périnatalité rencontrés lors de cette grossesse</b>	
Sage-femme libérale (n=59)	50 (85)
Service de Protection Maternelle et Infantile (n=59)	5 (8)
Associations de soutien à l'allaitement maternel (n=59)	1 (2)
Autres (n=59)	3 (5)

n = effectif

Au total, 55 femmes (78%) ont rencontré une sage-femme au moins une fois lors de leur grossesse.

## ANNEXE XX : Résultats des entretiens avec les sages-femmes coordinatrices

Recommandation 1 : Il n'existe pas de politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille formulée par écrit.

Recommandation 2 : Le personnel est formé sur les besoins globaux, rythmes de la mère et du nouveau-né, la conduite pratique et l'accompagnement de l'AM et est conscient de l'importance de sa protection contre les pressions commerciales (respect du Code Commercialisation des SLM). Une formation actualisée est disponible pour tout le personnel soignant. Cette formation dure 14 heures. Des formations spécifiques en AM et pour un travail et un accouchement plus physiologiques sont accessibles aux soignants. Les autres catégories du personnel peuvent recevoir une formation spécifique, le personnel non-soignant ne reçoit pas d'information sur l'allaitement maternel.

Recommandation 3 : l'HFME propose des consultations prénatales et des SPNP. Un travail en réseau est assuré entre l'HFME, les professionnels libéraux et les services de PMI à tout moment de la grossesse et du post-partum. Des actions comme la demi-journée de l'AM sont mises en place dans l'établissement lors de la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel (SMAM).

Recommandation 4 : En salle de naissances, le peau à peau est considéré comme un soin et fait l'objet d'un protocole identique pour chaque voie d'accouchement. Ce dernier précise les indications, contre-indications, modalités de surveillance et la bonne position des protagonistes lors de ce soin. Sa réalisation fait l'objet d'une fiche de suivi. En l'absence de contre-indication et après proposition : le nouveau-né né par voie basse est placé en peau à peau avec sa mère immédiatement après la naissance et encouragé pendant plus d'une heure. Après une césarienne sans anesthésie générale, il est réalisé avec le conjoint et prolongé avec la mère dès son retour en chambre, de même après une césarienne sous anesthésie générale. S'il s'agit d'une césarienne itérative, le conjoint est autorisé être présent en salle d'intervention pour l'accueil de l'enfant.

Recommandation 5 : Une feuille de suivi pour l'accueil des mères en service est établie et est identique pour les femmes allaitantes ou non. Les primo-allaitantes ou ayant rencontré des difficultés lors d'un AM précédent font l'objet d'une attention et d'un soutien particulier. Le suivi de l'allaitement est tracé dans les dossiers médicaux. Les mères non-allaitantes se voient expliquer oralement et par écrit les critères de bonne installation, la prise adéquate, les règles de sécurité et d'hygiène, la préparation des biberons et leur conservation.



Recommandation 6 : Un protocole sur les indications, raisons, natures, quantités et modes d'administration de complément à un nouveau-né allaité est en cours de rédaction. Les situations à risques de supplémentation sont censées être connues du personnel et transmises dans les dossiers médicaux. Les dons de compléments sont notifiés dans les dossiers médicaux.

Recommandation 7 : Mère et nouveau-né sont ensemble 24 heures sur 24. Le père peut être accueilli jour et nuit contre frais d'hôtellerie. Il existe une Unité Kangourou (UK). En cas de séparation, les parents peuvent rendre visite à leur bébé quand ils le désirent. Si l'état de la mère ne le permet pas, le père est encouragé à voir et toucher son enfant dès la naissance. Les parents sont informés par le personnel des consignes de sécurité pour le couchage du nouveau-né et des contre-indications du sommeil partagé.

Recommandation 8 : En cas de Menace d'Accouchement Prématuro (MAP), les femmes enceintes sont informées par le personnel de pédiatrie de l'importance du lait maternel pour le bébé, de la possibilité de le tirer et de le lui donner, des bénéfices du peau à peau et des contacts.

Recommandation 9 : Les soins douloureux aux nouveau-nés peuvent être réalisés lors d'un biberon (pour les nouveau-nés non-allaités), d'une tétée ou d'une succion antalgique. Le personnel ne doit donner ni sucette, ni biberon au nouveau-né allaité.

Recommandation 10 : Des campagnes et actions pour le soutien de l'AM sont en place grâce à la collaboration entre les professionnels hospitaliers, libéraux et de PMI. Le suivi de l'AM est permis grâce à ce travail en réseau.

Recommandation 11 : Les articles faisant la promotion des SLM, biberons, tétines et sucettes ne sont pas distribués aux patientes et tenus hors de leur vue. Aucun contact entre les représentants des firmes et les patientes n'est possible. En théorie, le personnel refuse tout document, échantillon et matériel de ces commerciaux. Les nouettes sont entreposées hors de la vue des mères. Toujours hors de la vue des femmes allaitantes, la préparation des biberons est expliquée de manière théorique aux mères non-allaitantes. Le personnel n'a pas systématiquement eu connaissance du Code OMS.

Recommandation 12 : Pendant le travail et l'accouchement, la patiente peut être accompagnée par la personne de son choix mais ne peut pas manger de collation. Des méthodes non médicamenteuses susceptibles d'aider pendant le travail sont disponibles et la prise en charge médicamenteuse des femmes prend en compte leur désir d'allaiter.

Pour un projet d'inscription du pôle Femme-Mère-Enfant de Metz dans une démarche de labellisation Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB).  
Enquête observationnelle, descriptive, transversale monocentrique réalisée auprès de 70 patientes à l'Hôpital Femme-Mère-Enfant (HFME) de Metz de janvier à mai 2017.

L'IHAB est un label destiné aux professionnels de périnatalité. Il est attribué aux maternités soutenant l'allaitement maternel, l'accompagnement des familles et l'établissement du lien mère-enfant dès la naissance. Le label est attribué aux établissements respectant les trois principes et 12 recommandations IHAB. Quelles sont les pratiques en vigueur à l'HFME correspondant aux recommandations IHAB ? Il s'agit de rechercher les informations reçues par les patientes sur l'allaitement maternel, les rythmes du nouveau-né, dès le début de grossesse.

Nous avons réalisé une étude épidémiologique, observationnelle, descriptive, analytique, transversale monocentrique à l'HFME de Metz du 16 janvier au 2 mai 2017.

Les patientes incluses étaient allaitantes, ont accouché et étaient hospitalisées à l'HFME sans séparation de leur enfant. Les informations furent relevées lors d'entretiens.

70 patientes ont été incluses. 89% ont bénéficié du peau à peau, 77% étaient informées des bénéfices de l'allaitement maternel, 68% l'ont abordé en consultation. 31% n'avaient jamais été informées des risques de la sucette pour l'allaitement, 37% n'avaient jamais été informées de l'existence d'associations de soutien. Le résultat sur le critère principal montrait que les patientes n'étaient pas systématiquement informées conformément aux recommandations IHAB.

Cette étude a montré que neuf recommandations IHAB ne sont pas respectées. Des perspectives d'amélioration sont apportées dans ce travail.

Label ; Allaitement maternel ; Lien mère-enfant

#### Abstract

This potential project is aiming at registering the Woman-Mother-Child's centre of Metz under the denomination Baby Friendly Initiative (BFI). The observational, descriptive and cross-sectional monocentric survey was conducted among 70 female patients at Woman-Mother-Child's Hospital in Metz from January to May 2017.

BFI is a label targeting perinatal care workers. This is granted at all maternity wards which encourage breastfeeding, support families as well as the establishment of the mother-child bond from birth. The label is awarded to institutions which follow the three principles and the twelve recommendations set by BFI. What are the practices which match these requisites ? The goal is to collect information the patients got about breastfeeding, newborn's rhythms, as soon as they were pregnant.

We carried out an epidemiological, observational, descriptive, analytical and cross-sectional monocentric study at the Woman-Mother-Child's Hospital in Metz from January 16<sup>th</sup>, 2017 until May 2<sup>nd</sup>, 2017. Patients involved were breastfeeding, had already given birth and were hospitalised at the Woman-Mother-Child's Hospital without being separated from their children. All the information were collected during interview sessions.

70 female patients questioned. 90% of them benefited from skin-to-skin contact, 77% were informed about advantages of breastfeeding, 68% of them addressed the subject during a consultation. 31% had never been informed about risks regarding breastfeeding pacifiers, 37% of them had never been told about breastfeeding's support groups.

The result based on the main criterion has demonstrated that the patients were not always informed in compliance with BFI's recommendations.

This study showed that nine BFI's recommendations are not respected. Improvements are discussed in this document.

Label ; Breastfeeding ; Mother-child bond