

Implanter le programme IHAB dans son établissement : méthodologie et créativité des équipes

Alice BOCOgnano

Sage-femme, coordinatrice IHAB à la maternité du CH de la Ciotat, formateur en périnatalité

Pourquoi faisons-nous ce que nous faisons et pouvons-nous le faire plus efficacement ? Il s'agit probablement des premières questions qu'un professionnel de périnatalité se pose lorsqu'il souhaite se positionner face à la démarche Initiative pour un Hôpital Ami des Bébé (IHAB).

Si la réponse à cette question est : oui, en référence aux **recommandations de bonnes pratiques** je peux faire différemment et l'IHAB semble être un cadre soutenant.

La question suivante est : **comment faire ?**

Pour un professionnel de santé, conduire une démarche qualité peut ne pas être une évidence. Dans le cas de l'IHAB, les outils mis à la disposition des équipes tels que le questionnaire d'autoévaluation ainsi que le référentiel des recommandations sont déjà une excellente base de travail. Cependant, **une méthodologie d'implantation** du programme reproductible pourrait fournir une « feuille de route » aux coordinateurs de projet. De l'engagement dans la démarche à l'obtention du label, quelles étapes vont devoir franchir les professionnels pour parvenir au **changement des pratiques** de soins ?

Quelles réflexions vont-ils devoir mener ensemble pour **intégrer** la philosophie des soins centrés sur l'enfant et sa famille (SCEF) dans laquelle s'inscrit l'IHAB ?

Comment vont-ils pouvoir préserver **l'identité de l'équipe** et favoriser **la créativité des professionnels** afin que ce projet soit le projet de tous ?

ETAPE 1 : ANALYSER, ÉVALUER...

Dans cette première étape, les professionnels doivent **identifier un problème ou une nouvelle connaissance** déclenchant la nécessité de change-

ment. **Le déclencheur peut alors être :**

→ Un **retour négatif des parents** en termes d'accueil et d'accompagnement en s'appuyant sur les questionnaires de sortie et/ou des plaintes. Ex : seulement 20% des parents disent avoir reçu une information sur les bénéfices du « peau à peau » (PAP).

→ Un problème de gestion des **risques** en s'appuyant sur un audit. Ex : 60% des parents sont en mesure de décrire comment un NN devrait être couché en sécurité.

→ Un **problème clinique** mis en évidence par une étude clinique. Ex : 30% des NN allaités ont une perte de poids excessive.

→ De **nouveaux résultats** de recherche. Ex : le remplissage vasculaire excessif de la femme en travail est un facteur de risque de perte de poids excessive chez son nouveau-né.

→ De **nouvelles guidances** cliniques. Ex : le référentiel IHAB.

→ De **nouvelles approches** dans les soins. Ex : la philosophie des soins centrés sur l'enfant et sa famille.

→ Un **risque managérial**. Ex : fusion de 2 établissements et nécessité de créer de la cohésion.

→ Une **préoccupation financière**. Ex : rester compétitif dans une région dans laquelle de nombreux établissements sont labellisés.

Le **référentiel IHAB** est un excellent support pour faire un **bilan de départ**.

Il est utile d'objectiver que quelque chose ne fonctionne pas grâce à des données factuelles. Ceci permet aux professionnels de prendre conscience de la nécessité de changer. **Une enquête auprès des familles** permet de documenter qu'une pratique dysfonctionne. Ex : je n'y comprends plus rien, votre collègue m'a dit de faire l'inverse. 40% des mères mentionnent des discours contradictoires.

ETAPE 2 : DÉCIDER, S'ENGAGER...

- Est-ce que ce changement est une priorité pour votre structure ?
- S'agit-il d'un problème à fort risque ou un problème très fréquent ?
- Y a-t-il eu une régression dans les résultats ou un évènement critique ?
- De quels moyens aurez-vous besoin ?
- Quelles ressources sont disponibles ?
- Est-ce que cela fonctionne dans d'autres structures ?
- Avez-vous ou êtes-vous en mesure d'obtenir un soutien pluridisciplinaire ?
- Est-ce que d'autres professionnels sont intéressés/excités par le sujet ?

Qui décide de s'engager et pour quelles raisons ? Peu importe au final, ce qui est essentiel c'est de **comprendre la démarche...**

Les données collectées doivent être présentées aux bonnes personnes et de façon compréhensible. Dans ce projet, il existe **3 niveaux d'engagement :**

→ **L'institution** qui a pour objectif d'améliorer la qualité des soins et de maintenir une dynamique dans l'équipe. Son implication va se traduire également sur l'aspect financier (coût de la formation, temps dédié au projet, coût de la certification),

→ **Les coordinateurs de projet** assurent la démarche qualité, le suivi des indicateurs, la mise en place de la méthodologie, l'organisation de la pratique clinique supervisée, la communication),

→ **Les professionnels de terrain** assurent le changement de pratiques, participent à la rédaction des procédures, sont formés, participent au comité de pilotage,...).

Si c'est l'équipe qui propose le projet, « Vendez-le » à votre institution :

→ Recueillez le plus d'informations possibles sur **le coût de la problématique** et le coût qu'engendre l'absence de modification.

→ Calculez **le coût du changement** sans oublier le temps de coordination et d'implication pour tous les professionnels : revue de la littérature, enquête, formation, visite de certification, équipement.

→ Mettez en évidence un des bénéfices attendus pour l'établissement : l'amélioration de la qualité et de l'image de la structure.

Réunir l'équipe pour présenter la démarche et réfléchir ensemble :

Depuis 2012, IHAB-France a inclus 3 principes fondamentaux qui définissent l'état d'esprit de la démarche IHAB et guident les professionnels

ainsi que les familles vers un partenariat réussi. L'IHAB est un programme qui entre dans la philosophie des soins centrés sur l'enfant et sa famille.

Présenter la démarche, le projet, c'est se situer dans la philosophie des soins centrés sur l'enfant et sa famille (SCEF).

La philosophie des soins centrés sur l'enfant et sa famille est basée sur des données scientifiquement validées. Elle tend à :

- Respecter **la physiologie de la grossesse et de la naissance,**
- Favoriser les **processus d'attachement,**
- Renforcer **les compétences parentales** et l'autonomie de la famille

→ Expliquer les **12 recommandations** et les **3 principes** en s'appuyant sur l'EBM (Evidence based medicine) et la philosophie des SCEF.

→ Définir ensemble **l'identité de l'équipe, les valeurs communes** des professionnels qui la composent. Ex : le respect du choix des familles et assurer la sécurité des bébés.»

Il est essentiel que l'équipe comprenne bien que dans cette démarche **ce sont les professionnels qui s'engagent, pas les parents**. Ex : nous nous engageons à proposer à toutes les mères d'accueillir leur bébé en PAP à la naissance en dehors d'une nécessité médicale. Cela ne signifie pas que toutes les mères s'engagent à accueillir leur bébé en PAP. Commencer par sonder **les difficultés des professionnels** : quelles sont les situations qui posent problème, dans quels cas ils peuvent se sentir démunis, tant au niveau clinique que relationnel, **avec les parents ou en équipe**. Ex : je ne veux pas obliger une mère à prendre son bébé en « peau à peau » à la naissance si elle ne le veut pas.»

Puis envisager avec les **SCEF**, comment on pourrait les accompagner autrement. Accompagner les **décisions éclairées** des familles en s'aidant d'une **guidance de communication** comme celle proposée par l'INPES (Grossesse et accueil de l'enfant - INPES, 2010). Ex : avez-vous réfléchi à la façon d'accueillir votre bébé ? Avez-vous reçu une information concernant le « peau à peau » ? Comment pouvons-nous ensemble envisager l'accueil de votre bébé ?

→ **Rassurer** l'équipe sur sa **capacité à prendre le virage**, à préserver ses valeurs, son identité.

→ **Expliquer** les étapes : autoévaluation, formation, mise en route des nouvelles pratiques, visite de certification.

→ Expliquer le **rôle de chacun** : coordinateurs, professionnels de terrain, direction.

→ Il est important de **recueillir le point de vue**



- de chacun, les difficultés mais aussi les points positifs.
→ Quels **bénéfices les professionnels** peuvent en retirer ? Les parents, les bébés ?

ETAPE 3 : PLANIFIER...

Créer un comité de pilotage (COPIL) :
Assembler un COPIL interdisciplinaire pour avoir une vision la plus large possible et plusieurs sources d'information en fonction des disciplines.

Les compétences et ressources à rechercher chez les membres du COPIL :

- Professionnels de santé exerçant en pré, péri et post-natal mais aussi professionnels de l'accueil et agent de service hospitalier, psychologue.
- A des **liens interdisciplinaires** avec d'autres professionnels ou équipes : médecins, cadres de santé, cadres administratifs.
- Sait **favoriser les échanges** entre professionnels en interrogeant les points de vue, en **identifiant les résistances** (qui sont de puissants moteurs et non des freins !!).
- Professionnels qui émettent des résistances au changement.
- Professionnels spécialisés en **allaitement maternel**, en soins de développement.
- Professionnel sensibilisé aux méthodes **d'amélioration de la qualité** : équipe qualité.
- Utilise l'**outil informatique**.
- **Usagers et associations** de soutien à la parentalité et à l'allaitement.
- Membres du **réseau périnatal**.

Le COPIL se réunit selon un rythme fixé par l'équipe qu'il est nécessaire de respecter pour maintenir le dynamisme. Ex : tous les premiers mardi du mois de 13h30 à 15h30. Chaque compte rendu de COPIL est **diffusé à l'ensemble de l'équipe** afin qu'elle suive l'avancée du projet : ceci est probablement une clef du succès. De même qu'une ambiance de travail ouverte aux propositions de chacun et **conviviale**. **Les résistances au projet** sont généralement liées à une bonne conscience des contraintes. Permettre aux professionnels de les exprimer, c'est **gagner du temps** en mettant en place une organisation qui prend en compte ces contraintes.

Les outils de travail du COPIL :

- Le questionnaire d'auto-évaluation d'IHAB-France.
- Le référentiel de l'OMS sur les 12 recommandations IHAB.
- Les autres bases de données pour collecter les

preuves : Cochrane database, pubmed, presse professionnelle, Medline, ...
→ La formation.
→ Le parcours de soins d'une famille à toutes les étapes (lante, péri et postnatal)
→ Le suivi des indicateurs.

FOCUS

Accéder à la littérature

L'utilisation de techniques de recherche appropriées est une compétence essentielle pour le soignant qui veut s'impliquer dans la pratique basée sur la preuve. L'une des difficultés que les soignants citent souvent, est le temps nécessaire pour rechercher et trouver la littérature. Ils n'ont pas pour habitude de rechercher dans la littérature et sont submergés par la quantité et la variété des éléments de preuve disponibles. Il faut pourtant se familiariser avec les ressources qui sont disponibles pour synthétiser les informations. Plus le soignant utilise ces ressources, plus il lui devient facile d'accéder à la littérature fondée sur des preuves.

Définir **des sous-groupes de travail** en s'appuyant par exemple sur les 12 recommandations ou sur les différentes périodes (pré, péri et post natales). Un ou plusieurs membres du COPIL est référent d'un groupe de travail. Il coordonne son groupe et rapporte l'avancée des travaux au COPIL suivant. Ceci permet d'assurer la coordination entre les différents groupes de travail pour une meilleure cohérence du projet et de respecter un calendrier de projet dynamique.

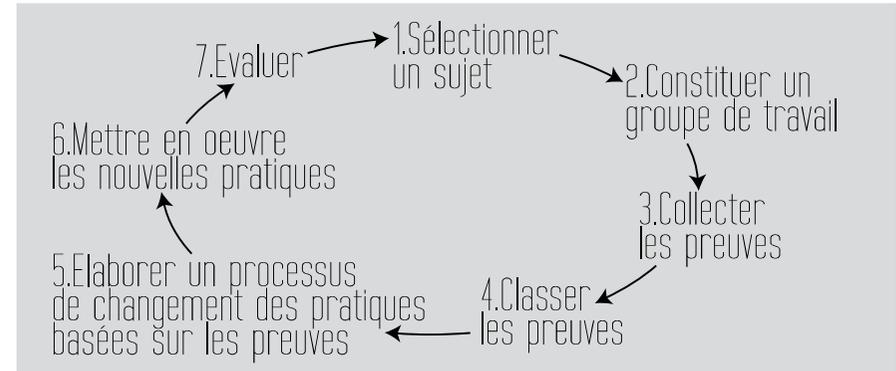
Pour chaque pratique à modifier, le sous-groupe de travail qui en a la charge peut utiliser une méthode standardisée.

UN EXEMPLE : L'IOWA MODEL

Développé par Marita TITLER (directeur de recherche en soins infirmiers, qualité et gestion des résultats au département des services des soins aux patients de l'université de l'Iowa) pour guider la mise en œuvre de la recherche dans la pratique clinique.

L'IOWA Model est une méthodologie d'implantation de pratiques de soins basées sur la preuve (EBP : Evidence based practice). Cette méthodologie permet de combiner les données des recherches, l'expertise médicale et les valeurs des patients. Ce modèle a été utilisé avec succès à l'échelle internationale pour améliorer les pratiques dans une grande variété de milieux de soins.

L'Iowa model implique un processus systématique qui peut être décrit comme une série progressive d'actions.



Les 7 étapes de l'IOWA Model (M Doody C, Doody O. Introducing evidence into nursing practice : using the IOWA model.)

Le sous-groupe de travail va alors élaborer une stratégie d'implantation et produire des outils pour le faire, par exemple : procédures détaillant la manière dont le changement de pratique sera effectué, guidance clinique, outils de traçabilité, ...
Ex : pour la mise en place du « peau à peau » (PAP) en salle de césarienne. Organiser une formation sur les bénéfices du PAP pour les professionnels de bloc opératoire avec un programme détaillé. A l'issue, envisager avec eux la possibilité de le mettre en place : **quelles sont les contraintes** à prendre en compte ?

Lorsque les contraintes à la mise en œuvre d'une nouvelle pratique sont identifiées, la créativité des équipes est stimulée afin de trouver une façon d'adapter l'organisation des soins. Ex de contrainte : les électrodes du scope positionnées sur le torse de la mère peuvent gêner le nouveau-né lorsqu'il sera placé en « peau à peau ». Dans la procédure, cette contrainte est prise en compte : afin de permettre de placer le nouveau-né né par césarienne en PAP dès la naissance, placer les électrodes du scope de façon à libérer le torse de sa mère.

ETAPE 4 : IMPLANTER LE CHANGEMENT DE PRACTIQUES

1. Initier la formation du personnel.

La formation théorique doit être **adaptée à chaque catégorie** de professionnels en fonction de leur rôle auprès des familles. Elle doit leur permettre de mettre en œuvre les nouvelles recommandations. Organiser la pratique clinique supervisée : ateliers, staff, compagnonnage, ...

2. Implanter les nouvelles procédures rédigées par les groupes de travail dans les unités

3. Désigner les membres de l'équipe de déploiement en tant qu'éducateurs, communicateurs, les examinateurs de la pratique, et renforceurs.

4. Démarrer le changement de pratiques.

5. Etre vigilant sur le changement de pratiques et proposer une rétroaction si nécessaire. **Les professionnels ont besoin de savoir que ce qu'ils ont à faire est difficile, que cela prend du temps et qu'ils sont essentiels à ce processus.**

ETAPE 5 : ÉVALUER LES SUCCÈS...

A un intervalle prédéfini, peut-être 6 mois ou 1 an, le COPIL devrait **évaluer le changement**, et faire un retour aux professionnels de l'équipe des résultats constatés.

- Quels ont été les **coûts** associés au changement ?
- Quel a été l'impact **sur le personnel** : temps, efficacité, perception de l'efficacité ?
- Comment le changement a-t-il été **vécue par les patients et / ou la famille** ?
- Les **résultats** du projet sont-ils atteints ?
- Existe-t-il **des résultats imprévus** ?
- Quelles ont été les **forces et les limites de la méthodologie** ?

Cette étape permet d'inscrire le projet dans la durée... puisqu'il n'a pas de fin...

La temporalité du projet IHAB respecte un rythme irrégulier. Après l'obtention du label, une phase de pause dans l'implantation de nouvelles pratiques semble consolider ce qui a déjà été fait et permet d'éviter les retours en arrière.

Le projet IHAB d'un établissement **ne se conclut pas avec l'obtention du label**. Implanter le programme IHAB est en réalité le projet d'un **changement de culture et de philosophie** de soins. Il s'agit en effet d'intégrer la culture des **pratiques basées sur les preuves** et la philosophie des **soins centrés sur l'enfant et sa famille**.



→ L'effet non attendu mais souhaité de cette démarche qualité est une **plus grande bienveillance dans les équipes**.

Il faut avoir conscience que ceux qui **pratiquent**

FOCUS

les indicateurs...

L'analyse des indicateurs IHAB suivis dans la démarche doit faire l'objet d'une interprétation par le COPIL avant diffusion à l'équipe. Il s'agit d'avoir une vision large des liens de causalité et d'éviter de se centrer sur un seul objet. Ex : Un taux de compléments en dehors d'une indication médicale élevé peut être lié à un défaut d'information sur les rythmes spécifiques du nouveau-né. Les parents démunis devant le comportement de leur bébé l'interprètent comme de la faim et demandent un complément. L'erreur serait que les soignants mettent le focus sur ce taux et refusent de répondre à la demande des parents. Grâce à l'analyse du COPIL, le focus sera placé sur l'information aux parents.

Ce temps essentiel d'analyse et de réflexion de la part du COPIL, permet d'éviter d'exercer des pressions sur les soignants pour atteindre des chiffres visés et par effet rebond permet d'éviter de contraindre les familles.

L'IHAB tous les jours, ce sont les **professionnels de terrain** auprès des familles. Ils vont devoir accepter de modifier leurs pratiques, passer par une période de remise en question, s'engager, apprendre, **sortir de leur zone de confort**, être désorganisés pendant un temps.

A l'image de ces professionnels qui vont **centrer leurs soins sur la famille**, les coordinateurs de projet doivent se centrer sur les soignants afin que ceux-ci se sentent **compétents**, prennent **confiance en leur capacité à faire face au changement**, soient **acteurs du changement**. La méthodologie d'implantation

de l'IHAB doit **intégrer cette attitude des coordinateurs**.

Ces professionnels méritent toute notre attention afin qu'eux-mêmes donnent toute leur attention aux familles.

Bibliographie

1. Formulaire d'auto-évaluation pour les services de maternité et de néonatalogie. IHAB-France, juin 2016.
<http://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-ihab/AUTOEVALUATION-IHAB-juin-2016.pdf>
2. Initiative pour un Hôpital Ami des Bébé – OMS 2009.
http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/en/
3. Grossesse et accueil de l'enfant – INPES, 2010.
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-1.pdf>
4. Family centered care in maternity ward. Celeste Philipps – 2003 – Jones and barlett publishers.
5. Donjte K. Evidence-based practice : understanding the process. Topics in advanced practice nursing. Volume 7 N°4-2007.
6. Tittler M. The evidence for evidence-based practice implementation. Patient safety and quality : an evidence-based handbook for nurses. Volume 1-2001
7. M Doody C. Doody O. Introducing evidence into nursing practice : using the IOWA model. British journal of nursing. Volume 20 N°11, 2011.
8. Haxton D and al. Implement skin-to-skin contact at birth using the IOWA model : applying evidence to practice. Nurs womens health. 2012 Jun-Jul; 16(3):220-9
9. Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé – ANAES - 2000 –
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/methodes.pdf>