



IHAB
INITIATIVE HÔPITAL AMI DES BÉBÉS - FRANCE

**Formulaire d'auto-évaluation
pour les services de maternité et de
néonatalogie**



**Organisation
mondiale de la Santé**

**Une démarche qualité élaborée par l'OMS
pour des soins centrés sur l'enfant et sa famille
encourageant, soutenant et protégeant
l'allaitement maternel**

**gérée par IHAB France,
association loi 1901 reconnue d'intérêt général
soutenue par l'UNICEF France**

ACTUALISATION 2018

**Les questions et critères relatifs aux 12 recommandations
sont inchangés et datent de l'actualisation française de juin
2016.**

**Les modifications 2018 de ce document concernent uniquement
les contacts, la fiche de renseignements
et les statistiques sur l'alimentation des nouveau-nés.**

Si vous souhaitez plus de précisions, vous pouvez contacter :

Kristina Löfgren Directrice générale d'IHAB France

kristina.lofgren@i-hab.fr

06 95 14 96 13

Le formulaire d'auto-évaluation a été mis au point pour que tout établissement de santé puisse évaluer dans quelle mesure ses pratiques suivent les recommandations de l'OMS pour la qualité de soins offerts aux femmes enceintes, aux nouveau-nés et aux mères.

Ce document est une adaptation pour la France du "*Formulaire d'auto-évaluation des hôpitaux et des Règles Mondiales pour l'Initiative OMS/UNICEF pour des Hôpitaux Amis des Bébéés, Directives de l'UNICEF, mars 1992*", dont la version internationale a été actualisée en 2009 :

http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse_s4/en/

et récemment en 2018 :

Implementation guidance : protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services : the revised Baby-friendly Hospital Initiative. Geneva : World Health Organization ; 2018.

<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation>

Le formulaire d'auto-évaluation a été adapté en France en 2008 aux besoins des nouveau-nés prématurés et/ou malades. Un référentiel international sur l'IHAB en néonatalogie est paru en 2015, disponible sur :

<http://www.ilca.org/main/learning/resources/neo-bfhi/neo-bfhi-package>

Nyqvist KH, Maastrup R, Hansen MN, Haggkvist AP, Hannula L, Ezeonodo A, Kylberg E, Frandsen AL, Haiek LN. *Neo-BFHI: The Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards. Core document with recommended standards and criteria.* Nordic and Quebec Working Group; 2015.

SOMMAIRE

Etat d'esprit IHAB.....	page 3
Actualisation de l'auto-évaluation	page 5
Formulaire d'auto-évaluation	page 7
Déclaration de Mise en Route vers le label.....	page 36
Contacts IHAB-France	page 36

L'état d'esprit IHAB:
des soins centrés sur le nouveau-né et ses parents,
dans un partenariat bienveillant entre parents et
soignants



Trois principes de guidance des équipes, écrits par le groupe de travail IHAB nordique et québécois, décrivent l'état d'esprit IHAB:

- Une attitude de l'ensemble de l'équipe centrée sur les besoins individuels du nouveau-né et de sa mère
- Un environnement et un accompagnement qui permettent aux parents de prendre totalement leur place, dès la naissance
- Un travail en équipe et en réseau pour assurer la continuité des soins en pré, péri et post-natal.

Une équipe IHAB est à l'écoute des futurs parents et les informe en détail des avantages de l'allaitement maternel et de sa pratique. Elle accompagne et soutient tous les parents au moment de la naissance et lors du séjour en maternité (ou néonatalogie), qu'ils aient choisi ou non l'allaitement maternel. La proximité mère-enfant est particulièrement favorisée.

En France, le Label IHAB est décerné à une équipe qui :

- met en œuvre les douze recommandations de l'OMS, dans l'esprit des trois principes [Les-12-recommandations-1.pdf \(i-hab.fr\)](http://i-hab.fr/les-12-recommandations-1.pdf)
- a mis en place un système de recueil des statistiques sur l'alimentation des nouveau-nés
- analyse l'évolution de ses statistiques, de ses taux de compléments et d'arrêt d'allaitement maternel pour orienter sa politique et adapter ses actions dans le service
- a mis en place un travail en réseau avec des liens et actions en dehors de l'établissement, afin d'assurer de façon optimale l'information prénatale et le suivi post-natal.

Le label en France n'exige pas de taux minimal d'allaitement maternel exclusif. Les taux d'allaitement sont comparés aux statistiques départementales en tenant compte des spécificités locales.

Au-delà des chiffres, il est essentiel que les équipes se mobilisent pour un accompagnement centré sur la mère et son bébé, répondant au mieux à leurs besoins.

NB : Le label « Ami des Bébé » international nécessite d'enregistrer un taux d'allaitement maternel exclusif (AME) de la naissance à la sortie de maternité d'au moins 75%. Le taux d'AME international ne prend en compte que les nouveau-nés ≥ 37 SA ; il inclut les taux de compléments sur indication médicale, ainsi que les contre-indications médicales à l'allaitement.

ACTUALISATION DE L'AUTO-EVALUATION JUIN 2016

Cette actualisation de l'auto-évaluation répond à un souhait de clarification, tout en restant au plus près des recommandations mondiales. Elle tient compte du retour d'expériences des équipes.

Concernant la présentation:

- Les critères sont présentés avant les questions d'auto-évaluation, pour chacune des recommandations IHAB.

- Une colonne « en cours » (correspondant aux pratiques en cours d'acquisition) a été ajoutée dans les réponses proposées aux questions d'auto-évaluation.

- Deux icônes ont été ajoutées :



pour signaler toutes les questions qui se réfèrent aux critères IHAB exigés pour l'obtention du label.



pour les questions et critères qui concernent uniquement la néonatalogie.

- Les critères et questions relatives aux nouveau-nés malades et/ou prématurés concernent à la fois les équipes de maternité (de type I, II ou III) et les équipes de néonatalogie. Ils ne sont plus précisés en italique rouge, mais explicités dans le texte.

Les deux principales actualisations, votées en décembre 2015 par le Comité d'attribution du label, portent sur :

-La recommandation 4 (peau à peau)

Le libellé actualisé correspond au libellé de l'OMS « peau à peau mère-bébé immédiat à la naissance et pendant au moins une heure », que la naissance ait lieu par voie basse ou par césarienne.

Trois niveaux de pratiques avaient été instaurés pour guider la progression des équipes concernant le peau à peau mère-bébé en cas de césarienne. La présence du père en salle de césarienne était demandée. Ces éléments ne sont plus exigés pour le label, mais peuvent être des repères de progression des pratiques.

-Les statistiques d'allaitement maternel

En l'absence de promotion nationale pour l'allaitement maternel, il est difficile d'exiger des équipes une progression du taux d'allaitement maternel exclusif en sortie de maternité sur plusieurs années ainsi qu'une diminution du taux d'arrêt d'allaitement.

Ces deux éléments ne sont plus requis pour l'obtention du label. Cependant, il est demandé à chaque service d'analyser l'évolution de ses taux de compléments et d'arrêt d'allaitement maternel pour orienter sa politique et adapter ses actions dans le service.

Pourquoi, comment et quand utiliser le formulaire d'auto-évaluation ?

Le formulaire d'auto-évaluation permet aux équipes d'évaluer dans quelle mesure leurs pratiques suivent les recommandations de l'OMS, notamment en ce qui concerne :

- l'information et le soutien à l'allaitement maternel,
- le respect des besoins des mères et des bébés pendant le travail et l'accouchement,
- l'accueil et l'accompagnement de tous les nouveau-nés (allaités ou non) et de leurs parents,
- le respect du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

Il permet de s'assurer que chaque bébé est traité dans le respect de ses rythmes et besoins et que chaque mère reçoit le soutien qu'elle nécessite.

Présentation du formulaire d'auto-évaluation

Après **l'intitulé de chaque recommandation** (numérotée de 1 à 12) figurent les **critères** IHAB qui sont à satisfaire pour l'obtention du label IHAB. Les évaluateurs IHAB se réfèrent strictement à ces critères.

Puis suivent les **questions d'auto-évaluation** qui permettent aux équipes d'apprécier leurs pratiques (réponses possibles : oui, non, en cours pour les pratiques en cours d'acquisition).

Certaines questions se réfèrent strictement aux critères à valider. Elles sont signalées par l'icône .

Les autres questions (non précédées d'icône) permettent d'aider les équipes à cheminer dans l'état d'esprit IHAB. Elles ne se réfèrent pas à des critères qui seront évalués. Cependant, IHAB France vous invite à y répondre positivement car elles renforcent l'application du programme IHAB.

La première auto-évaluation permet de faire un état des lieux des pratiques dans le service.

Pour les items auxquels les réponses sont « non » ou « en cours », l'élaboration d'un **plan d'action** et la **réévaluation des pratiques** vont permettre de remplir progressivement tous les critères.

Renouveler régulièrement l'auto-évaluation en cours de démarche permet d'apprécier les progrès et d'adapter le **projet de service**.

NB : Le « père » peut également désigner la personne accompagnante choisie par la mère.

Quels critères et questions concernent les services de néonatalogie?

-**Tous les critères et questions, notamment ceux et celles qui concernent les nouveau-nés malades et/ou prématurés** sont applicables aux services de néonatalogie. Seule la recommandation 12 ne concerne que la maternité.

-Auxquels s'ajoutent les critères et questions qui ne concernent **QUE les services de néonatalogie** et qui sont précédés de l'icône ☀.

L'établissement peut demander le label pour les services de maternité et de néonatalogie ou pour le service de maternité seul. Le service de néonatalogie ne peut pas être évalué seul.

Plus d'informations sur [IHAB - un label de l'OMS et de l'UNICEF pour la bientraitance en maternité \(i-hab.fr\)](#)

FORMULAIRE D'AUTO-EVALUATION

RECOMMANDATION 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.

1. Critères IHAB [voir liste de vérification de la Politique] [Contenu-politique-IHAB-Avril-202056148.pdf \(i-hab.fr\)](#)

Les services ont une **politique écrite** d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille, qui couvre les 12 recommandations IHAB, et encourage, soutient et protège l'allaitement maternel (respect du Code de commercialisation des substituts du lait maternel et des Résolutions subséquentes de l'Assemblée Mondiale de la Santé [AMS]). En accord avec les trois principes, cette politique est centrée sur les besoins individuels du nouveau-né et de sa mère, couvre l'accueil des pères et le travail en équipe et en réseau, en pré, péri et post natal.

Les protocoles relatifs à l'accueil des nouveau-nés, l'allaitement et l'alimentation infantile sont cohérents avec les critères de l'IHAB et se réfèrent à des recommandations basées sur les données probantes de la recherche (EBM) : articles scientifiques, recommandations HAS ou OMS.

La politique et les procédures s'y rattachant sont accessibles pour que tous les personnels soignants (et non soignants) s'occupant des mères et des bébés puissent s'y référer.

La **charte** (résumé de la politique) couvre les 12 recommandations et les trois principes IHAB. Elle est affichée de manière **visible** partout où sont donnés des soins ou des consultations aux femmes enceintes, aux mères et aux nouveau-nés (services de maternité, unités de néonatalogie et de réanimation néonatale).

La charte est écrite dans un langage courant et affichée **dans les langues les plus couramment comprises** par les parents et le personnel (français et au minimum une autre langue).

N°	QUESTIONS	Oui	Non	En cours
1.1 	<p>Le service a une politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille, explicite, formulée par écrit, et visant à encourager, soutenir et protéger l'allaitement maternel</p> <p>La politique est centrée sur les besoins de chaque nouveau-né et de sa mère</p> <p>La politique demande d'aider et de soutenir toutes les mères, qu'elles allaitent ou non</p> <p>La politique couvre <u>toutes</u> les recommandations de l'IHAB</p> <p>La politique couvre l'accueil du père</p> <p>La politique mentionne le travail en réseau, en pré, péri et post-natal (PMI, groupes de mères et associations, généralistes, pédiatres, sages-femmes et gynéco-obstétriciens libéraux)</p>			
1.2 	<p>La politique protège l'allaitement maternel en excluant toute affiche venant des fabricants de substituts du lait maternel, de biberons et de tétines</p> <p>La politique récuse la distribution d'échantillons ou de supports promotionnels de ces produits auprès des femmes enceintes, des parents ET du personnel du service (voir Contenu de la politique (« liste de vérification de la politique ») qui détaille les autres exigences du Code OMS)</p>			
N°	QUESTIONS	Oui	Non	En cours
1.3 	La politique et les procédures éventuelles s'y rattachant sont accessibles dans tous les services du Pôle pour que tous les membres du personnel puissent s'y référer			
1.4 	<p>Le service a une charte, formulée par écrit et destinée aux parents, qui résume la politique</p> <p>La charte couvre les 12 recommandations et les 3 principes IHAB</p> <p>La charte est affichée dans tous les secteurs accessibles aux futurs parents et parents de nouveau-nés : secteurs de naissance, d'hospitalisation, de consultations, hall d'accueil.</p> <p>La charte est affichée dans les langues les plus utilisées par les parents et le personnel (français + au minimum une autre langue)</p>			
1.5 	Les protocoles sur l'accueil des nouveau-nés, sur l'allaitement et l'alimentation des nouveau-nés non allaités, se réfèrent à des données probantes de la recherche			
1.6	Il existe un recueil de données permettant d'évaluer l'application permanente de la politique en maternité (<u>exemples d'indicateurs que l'équipe peut choisir d'analyser</u> : questionnaires de sortie, données statistiques d'alimentation, indicateurs portant sur l'information prénatale, les pratiques en salle de naissance et salle de césarienne, l'utilisation de compléments, de biberons...)			
1.7 	Il existe un recueil de données permettant d'évaluer l'application permanente de la politique en néonatalogie (<u>exemples d'indicateurs que l'équipe peut choisir d'analyser</u> : données statistiques d'alimentation, fréquence et durée du peau à peau, utilisation de tire-laits, de biberons...)			

RECOMMANDATION 2

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

2. Critères IHAB

[voir **Formation des professionnels pour l'IHAB, Plan de formation et Fiche d'organisation de la Pratique Clinique**] [Formations - IHAB France \(i-hab.fr\)](http://Formations-IHAB-France-i-hab.fr)

La/les cadre(s) du/des service(s) déclare(nt) que tous les **personnels soignants et non soignants** qui sont en contact avec des femmes enceintes, des mères et/ou des nouveau-nés ont reçu une information explicite sur la politique et qu'il leur est demandé de la mettre en pratique. Ils peuvent décrire comment cette information est donnée.

Une liste mentionnant les formations effectuées montre que $\geq 80\%$ des **personnels soignants¹** qui sont en contact permanent avec les femmes enceintes, les mères et/ou les nouveau-nés, et qui font partie du service depuis au moins 6 mois, ont reçu une formation actualisée (soit dans l'établissement, soit avant leur arrivée dans l'établissement). Le calendrier de formation prévu pour le personnel entré récemment en fonction est disponible pour l'évaluation.

La formation destinée aux **personnels soignants¹** inclut :

- les besoins globaux et les rythmes de **tous** les nouveau-nés et de leur mère
- la conduite pratique de l'allaitement maternel et l'accompagnement des mères qui allaitent
- la conduite pratique de l'alimentation artificielle et l'accompagnement des mères qui n'allaitent pas
- les bases de l'écoute et la relation d'aide
- les recommandations 1 à 11 de l'IHAB
- dont la protection de l'allaitement maternel (Code OMS et Résolutions AMS subséquentes)
-  les besoins spécifiques des enfants prématurés et/ou malades et l'accompagnement de leurs mères, qu'elles allaitent ou non.

Les grandes lignes de cette formation sont inscrites dans le plan de formation qui est disponible pour l'évaluation.

Cette formation d'au moins **20 heures** comprend un minimum de **3 heures de pratique clinique** pour développer les connaissances et compétences indispensables pour aider les mères adéquatement.

La formation concernant l'accompagnement et le respect des besoins de la mère et du bébé pendant le travail et l'accouchement (recommandation 12) n'est pas incluse dans les 20h demandées. Son organisation est laissée à l'appréciation des équipes.

Sur un échantillon des **personnels soignants¹ du service** :

- au moins 80 % confirment qu'ils ont reçu une formation comme décrite ci-dessus ou, s'ils travaillent dans le service depuis moins de six mois, qu'ils ont au moins été informés de la politique et qu'il leur a été demandé de la mettre en application,
- au moins 80% répondent correctement aux questions qui leur seront posées sur les besoins du nouveau-né, la mise en route et l'accompagnement de l'allaitement maternel,
- au moins 80% peuvent décrire deux sujets qui devraient être discutés avec une femme enceinte qui envisage de nourrir son enfant autrement qu'avec du lait maternel.

Les **autres catégories de personnels soignants²** ainsi que les **personnels non soignants³** ont reçu une formation adaptée à leur fonction qui couvre les connaissances et compétences nécessaires pour qu'ils contribuent à l'application de la politique du service. Cela est vérifiable sur documents.

Sur un échantillon des **autres personnels soignants²** et des **personnels non soignants du service³**,

- au moins 70 % confirment qu'ils ont reçu des informations concernant l'accueil des nouveau-nés et l'allaitement maternel depuis qu'ils travaillent dans l'établissement,
- au moins 70% peuvent décrire une raison pour laquelle l'allaitement maternel est important,
- au moins 70% peuvent mentionner une pratique du service qui encourage le lien mère-enfant et l'allaitement maternel,
- au moins 70% peuvent mentionner une chose qu'ils peuvent faire pour soutenir toutes les mères.

¹ Les professionnels de santé qui donnent des informations et des soins cliniques aux femmes enceintes, mères et/ou nouveau-nés (médecins, sages-femmes, infirmières, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, aides-soignantes...)

² Les professionnels de santé qui pratiquent certains soins aux femmes enceintes, mères et/ou nouveau-nés (kinésithérapeutes, anesthésistes, IADE, IBODE, diététiciennes, psychologues, internes, infirmières de liaison psychiatrique, addictologues, manipulateurs radio...)

³ Les professionnels non soignants qui sont en contact avec les femmes enceintes, mères et/ou nouveau-nés dans un certain aspect de leur travail, mais qui ne procurent pas de soins cliniques (secrétaires, personnel chargé de l'entretien et du service des repas, assistants sociaux, brancardiers, bibliothécaires, photographes, bénévoles...).

Ces distinctions sont évidemment un peu arbitraires. Les évaluateurs apprécieront sur place à quelle catégorie affecter certains de ces personnels.

N°	QUESTIONS	Oui	Non	En cours
2.1 	Tous les membres du personnel connaissent la politique mise en place dans le service. Il est demandé à tous les professionnels de la respecter et de la mettre en pratique			
2.2 	Dès leur arrivée, tous les nouveaux professionnels qui s'occupent de femmes enceintes, mères et/ou nouveau-nés reçoivent une information concernant la politique du service Les nouveaux personnels soignants ¹ reçoivent une formation dans les six mois suivant leur arrivée dans le service, à moins qu'ils ne soient déjà formés			
2.3 	Les personnels soignants ¹ du service ont reçu une formation couvrant les points suivants : -les besoins globaux et les rythmes de tous les nouveau-nés et de leur mère - la conduite pratique de l'allaitement maternel et l'accompagnement des mères qui allaitent - la conduite pratique de l'alimentation artificielle et l'accompagnement des mères qui n'allaitent pas - les bases de l'écoute et la relation d'aide - les recommandations 1 à 11 de l'IHAB - dont la protection de l'allaitement maternel (Code OMS)			

<p>2.4</p>  	<p>La formation des professionnels soignants de néonatalogie aborde les besoins spécifiques des enfants prématurés et/ou malades et l'accompagnement de leurs mères, qu'elles allaitent ou non</p>			
<p>2.5</p> 	<p>Un document écrit, propre à l'établissement, précise le plan de formation, le programme de la formation et son organisation, notamment pour que tous les nouveaux professionnels en bénéficient dans les 6 mois qui suivent leur arrivée. [voir Formation des professionnels pour l'IHAB]</p> <p>L'organisation de la Pratique Clinique est formalisée dans le même document</p>			
<p>2.6</p> 	<p>La formation dure au moins 20 heures et comprend un minimum de trois heures de Pratique Clinique [Voir la fiche d'Organisation de la Pratique Clinique]</p>			
<p>2.7</p> 	<p>Les autres catégories de personnels soignants² ainsi que les personnels non soignants³ bénéficient d'une formation adaptée à leur fonction qui leur apporte les connaissances et compétences nécessaires pour soutenir et orienter toutes les mères, qu'elles allaitent ou non</p> <p>Les autres catégories de personnels soignants² ainsi que les personnels non soignants³ sont capables de répondre à des questions de base sur l'allaitement maternel et d'orienter les mères vers un soutien approprié</p>			
<p>2.8</p>	<p>L'établissement permet à certains professionnels de suivre des formations spécialisées en allaitement maternel (DIULHAM, IBCLC)</p>			

RECOMMANDATION 3

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

Informez les femmes enceintes hospitalisées à risque d'accouchement prématuré ou de naissance d'un enfant malade des bénéfices de l'allaitement et de la conduite de la lactation et de l'allaitement.

3. Critères IHAB

L'organisation de l'information prénatale dans l'établissement et en réseau, décrite dans la fiche de renseignements, montre comment sont délivrées les informations à **toutes les femmes enceintes**.

Le contenu minimum de l'information prénatale est écrit dans la politique.

Cette information prénatale, donnée par oral et par écrit, traite de l'importance (10 points-clés) :

- ✓ de l'allaitement maternel, tant pour le bébé que pour la mère,
- ✓ du contact peau-à-peau immédiat à la naissance,
- ✓ du démarrage précoce de l'allaitement,
- ✓ de la cohabitation mère-bébé 24h/24,
- ✓ de l'allaitement à la demande du bébé (dès qu'il cherche à téter),
- ✓ des tétées fréquentes pour assurer une lactation suffisante,
- ✓ d'une position et d'une prise du sein adaptées,
- ✓ de l'allaitement maternel (sans autre boisson ou aliment) pendant les 6 premiers mois en évitant (quand c'est possible) l'utilisation des biberons et des sucettes
- ✓ de la poursuite de l'allaitement maternel après 6 mois avec la diversification alimentaire
- ✓ et des moyens disponibles pour aider l'accouchement (précisés dans la Recommandation 12).

Une information **écrite** sur un groupe de soutien entre mères est transmise à **toutes les femmes enceintes**.

Sur un échantillon de femmes enceintes de plus de 6 mois qui ont bénéficié d'au moins deux visites prénatales dans l'établissement, **au moins 70%** :

- confirment qu'un membre du personnel soignant a discuté avec elles individuellement de l'allaitement maternel **ou** leur a proposé une réunion en groupe qui traite de ce sujet
- confirment qu'on leur a donné une information écrite sur un groupe de soutien entre mères (allaitement, parentalité)
- connaissent les moyens non-médicamenteux pour aider l'accouchement (précisés dans la Recommandation 12)
- peuvent décrire deux des sujets suivants :
 - ✓ l'importance du contact peau-à-peau avec leur enfant,
 - ✓ l'importance de garder leur bébé près d'elles 24h/24h,
 - ✓ l'importance d'allaiter sans complément pendant les 6 premiers mois (bénéfices de l'allaitement et risques potentiels des compléments non justifiés)

Le(s) cadres du(des) service(s) (maternité et/ou néonatalogie) déclare(nt) qu'au moins **80% des femmes enceintes hospitalisées à risque d'accouchement prématuré ou de naissance d'un enfant malade et des mères dont l'enfant est hospitalisé en néonatalogie** ont reçu (en prénatal ou post-partum précoce) **les 4 informations suivantes** :

- ✓ l'importance du lait maternel pour le bébé prématuré ou malade (lait de mère et/ou de lactarium),

- ✓ la possibilité de nourrir leur enfant avec leur lait tiré, aussi longtemps qu'il ne peut pas téter,
- ✓ l'importance du contact peau à peau dès que possible,
- ✓ l'importance de la proximité mère-bébé pendant toute la durée de l'hospitalisation (hospitalisation mère-bébé, visites possibles 24h/24, soins à leur bébé dès que possible...).

L'entretien est tracé dans le dossier de la mère. Cette organisation est décrite dans la politique.

Sur un échantillon de mères (en maternité et/ou néonatalogie) dont le nouveau-né est hospitalisé:

- au moins 50 % confirment qu'un membre du personnel soignant les a rencontrées pour préparer l'arrivée de leur bébé, en anténatal ou dès l'hospitalisation de leur bébé
- au moins 50% peuvent décrire deux des trois sujets suivants qui ont été discutés avec elles en anténatal ou dès l'hospitalisation de leur bébé:
 - ✓ l'importance du contact peau à peau,
 - ✓ l'importance du lait maternel pour le bébé prématuré ou malade,
 - ✓ la possibilité de nourrir leur enfant avec leur lait tiré, aussi longtemps qu'il ne peut pas téter le sein.

N°	QUESTIONS	Oui	Non	En cours
3.1 	Des consultations et des services prénatals sont proposés dans l'établissement et/ou dans des antennes de l'établissement Si "Non", le travail en réseau doit être davantage renforcé Des actions sont mises en place pour informer toutes les femmes enceintes suivies en dehors de l'établissement (travail en réseau...)			
3.2 	Toutes les femmes enceintes qui fréquentent les services prénatals de l'établissement sont informées par oral et par écrit des 10 points-clés (cités dans les Critères). Les femmes enceintes de plus de 6 mois qui ont bénéficié d'au moins deux visites prénatales dans l'établissement sont capables de restituer les informations suivantes : - l'importance de l'allaitement, suffisant pour le bébé pendant les 6 premiers mois (sans autre boisson ou aliment) - les risques potentiels de donner des compléments non justifiés ou une sucette - l'importance d'un contact peau à peau - l'importance de garder leur bébé près d'elles 24h/24 -les moyens susceptibles de les aider pendant le travail et l'accouchement (cf recommandation 12)			
3.3	Le dossier prénatal indique si l'allaitement maternel a été discuté avec la femme enceinte (la distribution d'un document n'est pas suffisante)			
3.4 	Il est noté dans le dossier si la femme a eu des difficultés lors d'un allaitement précédent (ou si elle a une pathologie ou un traitement pouvant interférer avec l'allaitement) ou si c'est un premier allaitement. Dans ces situations, une attention et un soutien particulier sont apportés à la femme (cf recommandation 5)			
N°	QUESTIONS	Oui	Non	En cours

<p>3.5</p> 	<p>L'information prénatale, orale et écrite, couvre les 10 points-clés relatifs à l'importance de l'allaitement maternel et sa conduite pratique (cf Critères)</p> <p>Les documents remis aux femmes enceintes ont été sélectionnés et révisés de façon à être en accord avec la politique</p>			
<p>3.6</p> 	<p>Les femmes enceintes sont "protégées" de toute promotion orale, écrite ou en nature (colis promotionnel) pour l'alimentation artificielle</p> <p>L'établissement s'abstient d'informer les femmes enceintes, lors de réunions collectives, sur l'alimentation artificielle et sur la façon de préparer les biberons</p>			
<p>3.7</p> 	<p>Toutes les femmes enceintes sont informées par écrit de l'existence des associations de soutien entre mères (allaitement, parentalité)</p>			
<p>3.8</p> 	<p>Les femmes enceintes présentant une menace d'accouchement prématuré (ou dont le bébé risque d'être hospitalisé) et les mères dont le nouveau-né est hospitalisé :</p> <p>ont un entretien spécifique qui aborde les 4 informations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les bénéfices spécifiques du lait maternel pour l'enfant prématuré ou malade - la possibilité de nourrir leur enfant avec leur lait tiré, en attendant qu'il puisse téter le sein - les bénéfices du contact peau à peau pour elles et pour leur bébé - l'importance de la proximité mère-bébé et père-bébé pendant toute l'hospitalisation (hospitalisation mère-bébé, visites possibles 24h/24, soins à leur bébé dès que possible,...) <p>Cet entretien est tracé dans le dossier de la mère. Cette organisation est décrite dans la politique.</p>			
<p>3.9</p>	<p>La mère et le père reçoivent ces informations plus en détail le jour de la naissance et/ou dès le début de l'hospitalisation de leur enfant</p>			

RECOMMANDATION 4

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.

Pour le nouveau-né né avant 37 SA, il s'agit de maintenir une proximité maximale entre la mère et le nouveau-né, quand leur état médical le permet.

4. Critères IHAB

Sur un échantillon de mères qui ont accouché dans l'établissement **par voie basse ou par césarienne SANS anesthésie générale**, au moins 80 % confirment que leur bébé, nés à 37 Semaines d'Aménorrhée ou plus, a été placé en contact peau-à-peau sur elles, immédiatement à la naissance ou dans les 5 minutes suivantes, **pour une durée d'au moins une heure** à moins d'une raison médicale (EBM) justifiant de différer ce contact.

NB : Les mères peuvent avoir des difficultés à estimer le temps qui s'est déroulé juste après la naissance. Si la durée du peau à peau est notée dans le dossier, cela permet de croiser les informations.

Sur un échantillon de mères qui ont eu une **anesthésie générale** (pour césarienne ou autre raison), au moins 50% confirment (à moins d'une raison médicale EBM justifiant de procéder autrement) qu'on a placé leur bébé en contact peau-à-peau sur elles dès qu'elles étaient suffisamment réveillées et qu'elles ont été encouragées à poursuivre ce contact pendant au moins 1 heure.

Quel que soit le mode d'accouchement, le peau à peau avec la mère est toujours à privilégier. Lorsqu'il n'est pas réalisable avec la mère, le peau à peau est proposé au père et repris avec la mère dès que possible.

Au moins 80% **de toutes les mères** (quel que soit le mode d'accouchement) confirment que, pendant cette première période de contact, elles ont été aidées à reconnaître les signes qui indiquent que leur bébé est prêt à téter et qu'on leur a proposé de l'aide si besoin (*cf explications ci-dessous**).

Sur un échantillon de mères **dont le bébé a nécessité des soins médicaux à la naissance** (qu'il ait été hospitalisé ou non ensuite),

- au moins 80 % déclarent qu'elles (et le père de leur bébé) ont été traitées avec douceur et respect
- au moins 80% déclarent qu'elles ont été informées des raisons justifiées qui ont empêché le contact peau à peau. L'équipe confirme ces raisons.

Les protocoles relatifs à l'accueil des nouveau-nés sont cohérents avec les critères de l'IHAB et se réfèrent à des recommandations basées sur les preuves (EBM) : articles scientifiques, recommandations HAS ou OMS.

La prise en charge des enfants de moins de 37 SA est décrite dans le protocole d'accueil du nouveau-né ; le peau à peau avec la mère est favorisé dès que possible, en toute sécurité.

Des observations de naissances par voie basse et/ou par césarienne ont lieu s'il y a besoin de confirmer le respect des critères de la recommandation 4. Elles montrent que, dans au moins 75% des situations observées, les bébés sont placés en peau-à-peau sur leur mère immédiatement à la naissance (ou dans les 5 minutes suivantes), pendant au moins une heure (ou il existe des raisons justifiées de ne pas le faire);

et il est montré aux mères les signes qui indiquent que leur bébé est prêt à téter;

et on leur offre de l'aide si besoin (*cf explications ci-dessous**).

**Si la mère le souhaite, l'équipe peut l'aider à installer son bébé pour qu'il puisse, quand il est prêt, trouver et prendre le sein. Il ne s'agit aucunement de « mettre le bébé au sein », mais bien d'encourager la mère à observer les compétences de son bébé et à lui faire confiance.*

N°	QUESTIONS	Oui	Non	En cours
4.1 	<u>Les bébés nés par voie basse</u> sont placés en contact peau à peau avec leur mère immédiatement à la naissance (ou dans les 5 minutes suivantes), et leur mères sont encouragées à poursuivre ce contact pendant au moins 1 heure (avec toute la surveillance nécessaire et en l'absence de raison médicale justifiée obligeant à différer ce contact)			
4.2 	<u>Les bébés nés par césarienne SANS anesthésie générale</u> sont placés en contact peau à peau avec leur mère immédiatement à la naissance (ou dans les 5 minutes suivantes), et leurs mères sont encouragées à poursuivre ce contact pendant au moins 1 heure (avec toute la surveillance nécessaire et en l'absence de raison médicale justifiée obligeant à différer ce contact)			
4.3	<u>En cas de césarienne SANS anesthésie générale</u> , le peau à peau : - a lieu avec la mère immédiatement à la naissance - dure pendant toute l'intervention - se prolonge au-delà de l'intervention et dure au moins 1 heure au total depuis la naissance <i>La question 4.3 permet d'apprécier la progression des pratiques, l'objectif étant de répondre « oui » aux 3 items pour satisfaire au Critère.</i>			
4.4	En cas de césarienne (hors AG et hors contexte d'urgence) : Il est proposé au père d'être présent en salle de césarienne pour l'accueil de son enfant			
4.5 	<u>En cas d'Anesthésie générale (pour césarienne ou toute autre raison)</u> , les bébés sont placés en contact peau à peau avec leur mère dès qu'elle est suffisamment réveillée, pour une durée minimum de 1 heure.			
4.6 	Pendant cette première période de peau à peau, toutes les mères, quels que soient leur mode d'accouchement et leur intention d'allaiter ou non, sont aidées à reconnaître les signes qui indiquent que leur bébé est prêt à téter. Une aide leur est proposée si besoin (<i>cf explications dans Critères*</i>)			
4.7 	Il existe un protocole d'accueil des nouveau-nés en salle de naissance et en salle de césarienne qui reprend tous ces points, en particulier l'importance de la bonne position de la mère et de son bébé, les modalités de la surveillance du peau à peau et les raisons médicales de différer le contact peau à peau (liées à la mère et/ou au nouveau-né).			
4.8	La traçabilité de la surveillance du peau à peau est assurée.			
4.9 	La prise en charge des enfants de moins de 37 SA est décrite dans le protocole d'accueil du nouveau-né. Le peau à peau avec la mère est favorisé dès que possible, en toute sécurité.			

N°	QUESTIONS	Oui	Non	En cours
4.10	Quand leur état médical le permet, le premier peau à peau pour les nouveau-nés de moins de 37 SA a lieu : - immédiatement à la naissance (ou dans les 5 minutes qui suivent) - durant la 1 ^{ère} heure qui suit la naissance - entre la 2 ^{ème} et 24 ^{ème} heure qui suit la naissance <i>La question 4.10 permet d'apprécier la progression des pratiques, mais elle ne relève pas d'un Critère.</i>			
4.11	 Les mères dont les bébés nécessitent des soins médicaux à la naissance sont informées des raisons pour lesquelles il est justifié de différer le contact peau à peau.			
4.12	 Les mères séparées de leur bébé (pour des soins médicaux justifiés ou en cas d'hospitalisation en néonatalogie) sont traitées avec douceur et respect.			
4.13	Si la mère ne peut pas rester auprès de son bébé, la présence du père auprès du bébé est encouragée.			

RECOMMANDATION 5

Indiquer aux mères qui allaitent comment pratiquer l'allaitement au sein et comment mettre en route et entretenir la lactation, même si elles se trouvent séparées de leur nouveau-né ou s'il ne peut pas téter.

Donner aux mères qui n'allaitent pas des informations adaptées sur l'alimentation de leur nouveau-né.

5. Critères IHAB

Le(s) cadre(s) du(des) service(s) déclare(nt) que les mères qui allaitent pour la première fois ou qui ont précédemment rencontré des difficultés d'allaitement font l'objet d'une attention et d'un soutien particuliers durant leur séjour. Cela est tracé dans le dossier.

Sur un échantillon de **personnels soignants** du service:

- au moins 80% montrent aux mères comment installer et amener leur bébé à prendre le sein et peuvent le décrire ou le montrer de manière adéquate, ou ils précisent à qui ils adressent les mères pour ces conseils.
- au moins 80% connaissent les critères de bonne prise du sein et de succion efficace.
- au moins 80% apprennent aux mères comment exprimer le lait à la main et peuvent décrire ou montrer une technique adéquate, ou ils précisent à qui ils adressent les mères pour ces conseils.
- au moins 80% apprennent aux mères (qui en ont besoin) comment exprimer le lait avec un tire-lait et peuvent décrire ou montrer une technique adéquate, ou ils précisent à qui ils adressent les mères pour ces conseils.
- au moins 80% savent **comment mettre en route la lactation** d'une mère dont le bébé n'est pas efficace ou s'ils sont séparés l'un de l'autre, pour obtenir un volume de lait optimal (techniques d'expression du lait adaptées, fréquence et durée des expressions).
- au moins 80% montrent aux **mères qui n'allaitent pas** comment donner le biberon à leur bébé et peuvent décrire la prise adéquate du biberon, ou ils précisent à qui ils adressent les mères pour ces conseils.
- au moins 80% montrent à toutes les **mères qui n'allaitent pas** comment préparer un biberon (individuellement ou collectivement), puis proposent à chaque mère d'en préparer un elle-même, ou ils précisent à qui ils adressent les mères pour ces conseils.

L'observation de la démonstration par le personnel soignant

- de l'utilisation d'un tire-lait (pour les mères qui allaitent et qui en ont besoin)

- de la préparation d'un biberon (pour les mères qui n'allaitent pas)

confirme que, dans 75% des cas, ces démonstrations sont précises et complètes.

Il est proposé à chaque mère qui n'allait pas de préparer un biberon à son tour.

Sur un échantillon de mères, y compris celles qui ont accouché par césarienne :

- au moins 80 % déclarent que le personnel soignant leur a offert de l'aide dans les six heures suivant la naissance (ou en cas d'anesthésie générale, dans les six heures suivant le moment où elles ont été en état de réagir).
- au moins 80% de celles qui allaitent peuvent montrer ou décrire l'installation et la bonne position au sein.
- au moins 80% de celles qui allaitent peuvent montrer ou décrire la bonne prise du sein et les signes d'une succion efficace.
- au moins 80% de celles qui allaitent déclarent qu'on leur a montré comment exprimer leur lait à la main.

- au moins 80% de celles qui n'allaitent pas peuvent montrer ou décrire l'installation pour donner le biberon et la prise adéquate du biberon.
- au moins 80% de celles qui n'allaitent pas déclarent qu'on leur a proposé de préparer un biberon
- au moins 80% de celles qui n'allaitent pas connaissent les règles de sécurité et d'hygiène de préparation et de conservation des biberons.

Les critères suivants concernent les bébés prématurés et/ou malades et sont requis pour toutes les équipes (maternité et néonatalogie) :

Sur un échantillon de mères dont le bébé est prématuré et/ou malade :

- au moins 80 % de celles qui donnent leur lait à leur bébé déclarent que le personnel leur a offert de l'aide dans les six heures après la naissance pour démarrer et entretenir la lactation.
- au moins 80% de celles qui donnent leur lait à leur bébé déclarent que le personnel leur a montré comment exprimer leur lait à la main.
- au moins 80 % de celles qui donnent leur lait à leur bébé déclarent que le personnel leur a prêté et prescrit un tire-lait efficace et confortable (avec possibilité de double pompage).
- au moins 80 % de celles qui donnent leur lait à leur bébé déclarent que le personnel leur a dit d'exprimer leur lait au moins 7 fois par 24 heures au début (dont la nuit) pour favoriser une bonne lactation. Cette fréquence a pu être adaptée ultérieurement au cas par cas.

N°	QUESTIONS	Oui	Non	En cours
5.1	Le personnel du service offre son aide à toutes les mères à leur arrivée en suites de naissances Le personnel se met à la disposition de la mère qui fait part de son hésitation sur le mode d'alimentation de son bébé (en particulier si elle a donné une tétée en salle de naissance)			
5.2	 Dans les 6 heures qui suivent la naissance, le personnel évalue les besoins de chaque nouveau-né et propose son aide aux mères.			
5.3	Il y a en permanence du personnel compétent en allaitement maternel disponible pour conseiller les mères pendant leur séjour dans l'établissement et pour préparer leur sortie Il y a dans chaque unité un professionnel référent pour l'allaitement (ayant reçu ou non une formation spécialisée)			
5.4	 Le personnel accorde une attention et un soutien particuliers aux mères qui allaitent pour la première fois ou qui ont eu des problèmes pour allaiter			
5.5	 Le personnel accompagne les mères qui allaitent en observant avec elles l'installation mère-bébé, la position du bébé au sein, la prise du sein en bouche et l'efficacité de la succion Les mères qui allaitent peuvent décrire les critères de l'installation pour la tétée, d'une bonne position de bébé au sein, d'une bonne prise du sein en bouche et les signes d'une succion efficace			
5.6	 Le personnel montre à toutes les mères qui allaitent comment exprimer leur lait à la main Le personnel informe toutes les mères qui allaitent et qui en ont besoin de l'expression au tire-lait et leur indique à qui s'adresser si besoin			

N°	QUESTIONS	Oui	Non	En cours
5.7 	Le personnel informe les mères qui ont décidé de ne pas allaiter : - des critères de bonne installation pour donner le biberon, - de la prise adéquate du biberon -des règles de sécurité et d'hygiène pour la préparation et la conservation du biberon			
5.8 	Le personnel montre à toutes les mères qui n'allaitent pas comment préparer un biberon (individuellement ou collectivement), puis propose à chaque mère d'en préparer un elle-même.			
5.9 	Le personnel s'assure auprès de chaque mère qui n'allait pas qu'elle sait donner le biberon à son bébé et accompagne chaque mère pour la prise d'un biberon			
5.10	Si besoin, le personnel accompagne les mères qui n'allaitent pas pour gérer leur montée de lait			
5.11	<p>Les questions 5.11, 5.12 et 5.13 concernent les mères dont le bébé est prématuré et/ou malade (services de maternité et de néonatalogie):</p> <p>Durant les six heures qui suivent la naissance, le personnel rediscute avec les mères qui ne souhaitent pas allaiter et dont le bébé est hospitalisé des bénéfices santé de donner leur lait à leur bébé</p> <p>Le personnel informe les mères qui ne souhaitent pas allaiter que leur bébé recevra (selon le protocole du service) du lait de lactarium</p> <p>Un document sur l'expression du lait est remis aux mères qui tirent leur lait pour leur enfant hospitalisé.</p>			
5.12 	<p>Les questions 5.11, 5.12 et 5.13 concernent les mères dont le bébé est prématuré et/ou malade (services de maternité et de néonatalogie):</p> <p>Le personnel accompagne les mères dont le bébé est transféré en néonatalogie et/ou qui n'est pas en capacité de téter pour mettre en route leur lactation en débutant l'expression du lait dans les 6 heures suivant la naissance</p> <p>Le personnel explique aux mères l'intérêt d'exprimer leur lait au moins 7 fois par 24 heures au début (dont la nuit) pour favoriser une bonne lactation (même si leur bébé ne boit pas tout)</p> <p>Le personnel explique aux mères l'importance d'utiliser à la fois l'expression manuelle et le tire-lait, et montre aux mères comment le faire</p> <p>Le service met à disposition de chaque mère un tire-lait efficace et confortable (avec possibilité de double pompage).</p> <p>Le personnel médical prescrit un tire-lait efficace et confortable aux mères, afin qu'elles apprennent à l'utiliser avant leur sortie</p>			
5.13	<p>Les questions 5.11, 5.12 et 5.13 concernent les mères dont le bébé est prématuré et/ou malade (services de maternité et de néonatalogie):</p> <p>Dans certaines situations où le bébé est transféré en néonatalogie et/ou n'est pas en capacité de téter, le personnel peut accompagner les mères (qui en sont capables et désireuses) à exprimer leur lait manuellement dès la salle de naissance, afin de mettre en route la lactation</p>			

RECOMMANDATION 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.

6. Critères IHAB

[Voir [Statistiques sur l'alimentation des n-nés](#)] [Par où commencer ? - IHAB France \(i-hab.fr\)](#)

Les données statistiques indiquent le nombre de bébés de maternité (nés au cours de l'année écoulée) exclusivement allaités de la naissance à la sortie de maternité.



Les données statistiques indiquent le nombre de bébés de néonatalogie (nés au cours de l'année écoulée) exclusivement allaités à leur sortie de néonatalogie.

Elles précisent les taux de compléments sur indication médicale et sur décision éclairée de la mère.

L'analyse de l'évolution des taux de compléments permet à l'équipe d'adapter ses actions ; le travail mené pour informer les mères est valorisé.

Les protocoles sur les compléments sont connus de tous et conformes aux données scientifiques validées. Ils incluent le repérage et la prise en charge des situations à risque de compléments.

Aucun document ni support quelconque recommandant des substituts du lait maternel ou préconisant un horaire de tétées ou d'autres pratiques inappropriées n'est distribué aux mères.

Sur un échantillon de bébés allaités observés dans les services de maternité, au moins 80% sont nourris exclusivement au lait maternel ou, s'ils reçoivent autre chose, c'est pour une indication médicale notifiée ou parce que la mère l'a expressément décidé, après avoir été bien informée. Toutes ces précisions sont notées dans le dossier.

Au moins 80% d'un échantillon de personnels soignants du service peuvent décrire deux informations qui devraient être discutées avec des mères allaitantes qui envisagent de donner à leur bébé des substituts du lait maternel (compléments ou sevrage).

Au moins 80% d'un échantillon de mères qui allaitent déclarent que leur bébé n'a reçu que du lait maternel ou, s'il a reçu autre chose, que c'est pour une indication médicale expliquée par le personnel soignant ou parce qu'elles l'avaient expressément décidé, après avoir été bien informées.



Les protocoles relatifs à l'alimentation dans le service de néonatalogie prévoient que le lait maternel (donné cru chaque fois que possible) et le lait de lactarium (que l'hôpital dispose ou non d'un lactarium) sont privilégiés pour alimenter les bébés plutôt que les préparations pour prématurés ou autre lait artificiel.

N°	QUESTIONS	Oui	Non	En cours
6.1 	<p>Les données suivantes sont notées dans le dossier médical du nouveau-né :</p> <ul style="list-style-type: none"> - alimentation artificielle sur indication médicale (= contre-indication à l'allaitement) - alimentation au lait maternel (de la mère ou du lactarium) - don de compléments : motif (sur indication médicale justifiée à détailler, ou sur décision de la mère), nature, mode d'administration 			
6.2 	<p>Les nouveau-nés allaités reçoivent exclusivement du lait maternel (aucun autre aliment ni boisson) sauf sur indication médicale notifiée ou sur décision éclairée de la mère</p> <p>Le personnel soignant informe la mère allaitante qui veut donner un complément à son bébé des conséquences de cette pratique, de façon à ce qu'elle prenne une « décision éclairée »</p> <p>Le personnel anticipe les situations à risque de compléments (traçabilité dans le dossier) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - repérage des nouveau-nés « à risque » - expression fréquente du colostrum (ou du lait maternel) et peau à peau - repérage et prise en charge des difficultés d'allaitement <p>Il existe un protocole sur la prise en charge des bébés à risque et sur les indications médicales justifiées des compléments, qui est connu de tous les soignants</p>			
6.3 	<p>Le personnel est attentif à ne pas montrer et à ne pas distribuer aux mères des documents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - recommandant les substituts du lait maternel ou les comparant au lait maternel - recommandant des aliments ou boissons pour nourrissons autres que le lait maternel - préconisant un horaire de tétées ou d'autres pratiques inappropriées 			
6.4  	<p>En plus des questions précédentes, les équipes de néonatalogie doivent répondre aux questions suivantes :</p> <p>Les nouveau-nés reçoivent en priorité le lait de leur propre mère, donné cru chaque fois que possible (sauf indication médicale justifiée et notifiée)</p> <p>Si le lait de leur mère n'est pas disponible ou ne peut pas être obtenu, les nouveau-nés reçoivent en priorité le lait de lactarium (que l'hôpital dispose ou non d'un lactarium), plutôt que des préparations pour prématurés ou autre lait artificiel</p>			

RECOMMANDATION 7

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

7. Critères IHAB

Les observations dans toute unité où il y a des nouveau-nés confirment qu'au moins 80% des mères ont leur nouveau-né auprès d'elles ou, si ce n'est pas le cas, qu'ils ont été séparés pour des raisons justifiées.



En néonatalogie, les observations montrent l'engagement des responsables et de l'équipe pour inciter toutes les mères (et le plus possible les pères) à rester près leur bébé, dans de bonnes conditions de confort.

Sur un échantillon de mères en maternité, au moins 80% déclarent que :

- leur bébé est resté avec elles dans leur chambre depuis qu'il est né ou, si ce n'est pas le cas, qu'il a été séparé pour des raisons justifiées.
- elles ont été informées de l'intérêt du contact peau à peau pendant le séjour en maternité.



Sur un échantillon de mères dont le bébé prématuré et/ou malade est hospitalisé en néonatalogie,

- au moins 80% déclarent qu'on les a incitées à être hospitalisées avec leur bébé **et/ou** que le personnel les a encouragées à venir "s'occuper" de lui aussi souvent qu'elles le voulaient (24h/24).
- au moins 80% déclarent qu'on leur a expliqué l'intérêt du contact peau à peau et qu'on les a aidées à installer leur bébé en peau à peau.
- au moins 80% déclarent qu'elles ont porté leur bébé en peau à peau aussi souvent et aussi longtemps qu'elles le souhaitaient (si son état le permettait).
- au moins 80% déclarent qu'on les a associées aux soins de leur bébé et qu'elles ont pu s'occuper de leur bébé dès qu'elles s'en sont senties capables.

N°	QUESTIONS	Oui	Non	En cours
7.1 	En maternité, la mère et le nouveau-né restent ensemble (dans la même chambre) 24 heures sur 24, sauf si la séparation est pleinement justifiée. Le personnel encourage le contact peau à peau, en insistant sur la bonne position et les consignes de surveillance et en l'absence de contre-indication (référence EBM)			

N°	QUESTIONS	Oui	Non	En cours
7.2 	Le personnel explique à tous les parents l'intérêt du contact peau à peau et l'utilise couramment comme un soin (par exemple pour faciliter l'éveil du bébé et l'encourager à téter en cas de difficultés, pour faciliter son adaptation à la vie extra-utérine, particulièrement pour les bébés vulnérables, pour réduire ses manifestations douloureuses lors d'un soin, ...)			
7.3 	Les soins médicaux et les soins douloureux au bébé sont faits en collaboration avec la mère (ou le père), s'ils le souhaitent, et si possible dans leur chambre Les parents peuvent accompagner activement leur bébé dans un soin potentiellement douloureux : pour ceux allaités par une tétée au sein et pour tous les bébés par un contact peau à peau prolongé			
7.4	En maternité, le père peut être accueilli jour et nuit dans la chambre de sa compagne			
7.5 	Une unité kangourou ou des chambres mères-enfants sont présentes dans l'établissement			
7.6 	Si le bébé vient d'un autre établissement, l'accueil de la mère (en néonatalogie ou maternité) est prévu afin d'assurer la plus grande proximité possible entre elle et son bébé.			
7.7  	En cas de séparation : -la mère est conduite auprès de son enfant dès qu'elle le peut -le père est encouragé à venir à tout moment voir et toucher son enfant Les parents sont incités à venir le plus possible auprès de leur enfant, 24h sur 24, et sont accueillis dans de bonnes conditions de confort et d'intimité			
7.8  	Le personnel de néonatalogie explique aux parents les bénéfices du contact peau à peau et leur montre comment prendre leur bébé en peau à peau dès que son état le permet et dès qu'ils s'en sentent capables Le personnel de néonatalogie montre individuellement à chaque mère (et chaque père) comment installer leur bébé en contact peau à peau (importance de la bonne position et consignes de surveillance); puis s'assure qu'elle (et il) sait le faire seul(e) et correctement Les parents, et en particulier la mère, sont incités à maintenir leur enfant en contact peau à peau le plus souvent et le plus longtemps possible (avec un système de maintien), même 24 h/24 s'ils le souhaitent et si l'état de leur bébé le permet Les parents sont invités à participer aux soins de leur bébé (confort, alimentation, toilette, soins médicaux...) dès qu'ils s'en sentent capables			
7.9	Le personnel dialogue avec les parents sur les besoins des bébés la nuit Le personnel informe les parents de la sécurité du couchage des bébés, adaptée aux circonstances particulières			

RECOMMANDATION 8

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



Observer le comportement de l'enfant prématuré et/ou malade pour déterminer sa capacité à téter. Proposer des stratégies permettant de progresser vers l'alimentation autonome.

8. Critères IHAB

Sur un échantillon de **mères en maternité**:

- au moins 80% déclarent qu'on leur a expliqué comment reconnaître quand leur bébé est prêt à téter et peuvent décrire au moins deux signes indiquant qu'il est prêt à téter.
- au moins 80% de celles qui allaitent déclarent qu'on leur a conseillé d'allaiter leur enfant aussi souvent et aussi longtemps qu'il le désire,
- au moins 80% de celles qui allaitent peuvent restituer les conseils qu'on leur a donnés si leur bébé ne tète pas souvent et/ou pas efficacement (proximité et expression du lait),
- au moins 80% de celles qui allaitent peuvent décrire deux signes indiquant que l'allaitement est efficace,
- au moins 80% de celles qui n'allaitent pas déclarent qu'on leur a conseillé de ne pas forcer leur bébé à finir le biberon et de combler ses besoins autrement.



Sur un échantillon de **personnel soignant de néonatalogie**, au moins 80%:

- connaissent l'importance de respecter le sommeil des bébés prématurés et savent observer les signes discrets de recherche (du sein) du bébé prématuré ou malade,
- savent observer les signes objectifs de la progression de sa succion (particulièrement dans les établissements de type IIB et III)
- savent à quel moment les tétées au sein peuvent débuter (fonction de la capacité du bébé à téter, de sa stabilité cardio-respiratoire, sans limite liée au poids ni à l'âge gestationnel)
- savent décrire les stratégies mises en place dans leur service pour favoriser la progression vers l'alimentation autonome **de tous les bébés et de leurs parents** (au sein ou au biberon).

N°	QUESTIONS	Oui	Non	En cours
8.1 	<p>Le personnel transmet à <u>toutes</u> les mères :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les signes qui indiquent que leur bébé est prêt à téter - les rythmes d'éveil et de sommeil des nouveau-nés - l'importance d'être attentif aux rythmes de leur bébé 			
8.2 	<p>Le personnel connaît les signes d'une tétée efficace et d'un allaitement efficace. Le personnel les explique aux mères avant leur sortie</p> <p>Le personnel encourage les mères à allaiter leur bébé aussi souvent et aussi longtemps qu'il le désire (aucune restriction de fréquence ni de durée des tétées)</p> <p>Les mères sont informées qu'un bébé allaité tête souvent et de manière irrégulière après le premier jour de vie (dans les jours, semaines et mois qui suivent)</p> <p>Si le bébé ne tète pas souvent et/ou efficacement, le personnel conseille aux mères :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de le garder en proximité corporelle (peau à peau...) - d'exprimer et/ou de tirer leur lait et de le lui donner 			
8.3 	<p>Le personnel conseille aux mères qui n'allaitent pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de proposer le biberon quand leur bébé cherche à téter - d'adapter les quantités et le nombre de biberons aux besoins de leur bébé <p>Les mères qui n'allaitent pas savent aussi comment apaiser leur bébé en utilisant d'autres moyens que le biberon</p>			
8.4  	<p>Le personnel de néonatalogie sait à quel moment les tétées au sein peuvent débuter (fonction de la capacité du bébé à téter, de sa stabilité cardio-respiratoire, sans limite liée au poids ni à l'âge gestationnel)</p> <p>Le personnel montre aux mères les petits signes indiquant que leur bébé cherche à téter</p> <p>Le personnel sait observer les signes objectifs de la progression de la succion (particulièrement dans les établissements de type IIB et III)</p> <p>Le personnel apprend aux mères qui n'allaitent pas à donner le biberon à leur bébé dans le respect de ses capacités</p> <p>Le personnel conseille à toutes les mères de respecter les périodes de sommeil de leur bébé (contact peau à peau sans stimulation) et fait de même pour les soins (si possible)</p> <p>Le personnel connaît les stratégies mises en place dans le service pour permettre aux bébés, allaités ou non, et à leurs parents de progresser vers l'alimentation autonome</p>			

RECOMMANDATION 9

Pour les bébés allaités, réserver l'usage des biberons et des sucettes aux situations particulières.

9. Critères IHAB

Les **observations dans les services de maternité** confirment qu'au moins 80% des bébés allaités ne reçoivent pas de biberons ni de sucettes

ou, si c'est le cas, que leur mère l'a décidé après avoir été informée des risques possibles liés à leur utilisation ou qu'il y avait une indication médicale à le faire.

Sur un échantillon de **mères qui allaitent**, au moins 80% déclarent que, à leur connaissance, leur enfant n'a reçu ni biberon et ni sucette de la part du personnel.



Sur un échantillon de **personnel soignant de néonatalogie**,

- au moins 80% connaissent les méthodes d'alimentation autres que le biberon et savent décrire dans le détail celles qui sont utilisées dans le service,
- au moins 80% connaissent les circonstances dans lesquelles il est indiqué d'utiliser une sucette* (pour apaiser le bébé et/ou répondre à son besoin d'oralité en l'absence de sa mère).

* *Si la mère est présente et le souhaite, la succion au sein (parmi les autres moyens d'apaiser son bébé : peau à peau, portage...) est toujours privilégiée.*

- au moins 80% savent décrire les risques possibles des sucettes pour les bébés allaités.



Sur un échantillon de **mères qui allaitent et dont le bébé est hospitalisé**,

- au moins 80% déclarent que, s'il a reçu un biberon, c'était avec leur accord pour une raison particulière notifiée, ou à leur demande après information,
- au moins 80% déclarent que, s'il a reçu une sucette, c'était avec leur accord pour une raison particulière notifiée (pour l'apaiser et/ou répondre à son besoin d'oralité en l'absence de sa mère), ou à leur demande après information,
- au moins 80% déclarent que, parmi les moyens d'apaiser leur bébé, le personnel leur a proposé de donner le sein.
- L'étude des procédures du service confirme ces déclarations.

N°	QUESTIONS	Oui	Non	En cours
9.1	 <p>Les bébés nourris au sein ne reçoivent pas de biberon de la part du personnel (ou alors c'est à la demande de la mère, après son information)</p> <p>Les bébés nourris au sein ne reçoivent pas de sucette de la part du personnel (ou alors c'est à la demande de la mère, après son information)</p> <p>Le personnel explique aux mères qui allaitent pour quelles raisons il est préférable de ne pas donner de biberon ou de sucette à leur bébé</p> <p>Si un complément ou du lait maternel doit être administré au bébé, il est donné autrement qu'au biberon (sauf demande des parents, ou bien la manière de le donner est discutée avec les parents). Le personnel montre aux mères d'autres méthodes.</p>			

N°	QUESTIONS	Oui	Non	En cours
9.2	Le personnel privilégie d'effectuer les soins douloureux aux bébés allaités pendant une tétée.			
9.3	L'utilisation du protège-mamelon se fait sur indication notifiée et justifie toujours d'un accompagnement de la mère et, le cas échéant, d'un suivi après la sortie			
9.4	<p data-bbox="204 510 279 566"></p> <p data-bbox="204 566 279 645"></p> <p data-bbox="292 461 1160 533">Le personnel explique et montre aux mères qui allaitent les méthodes d'alimentation autres qu'au biberon utilisables pour leur bébé.</p> <p data-bbox="292 566 1160 638">Le personnel connaît les bénéfices et les risques possibles des sucettes pour les bébés allaités prématurés et/ou malades</p> <p data-bbox="292 667 1160 768">Le personnel connaît les circonstances dans lesquelles il est indiqué d'utiliser une sucette (pour apaiser le bébé et/ou répondre à son besoin d'oralité en l'absence de sa mère).</p> <p data-bbox="292 797 1160 898">Les bébés que leur mère souhaite allaiter reçoivent une sucette uniquement selon les procédures définies dans le service, pour une raison justifiée qui leur a été expliquée et avec leur accord</p> <p data-bbox="292 927 1160 999">Parmi les moyens d'apaiser leur bébé, le personnel propose aux mères qui allaitent de donner le sein, faire du peau à peau et/ou le porter</p>			

RECOMMANDATION 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. Travailler en réseau.

10. Critères IHAB

La/les cadre(s) du/des service(s) déclare(nt) et peut (peuvent) décrire que :

- les mères reçoivent des informations sur les lieux où elles pourront obtenir de l'aide en matière d'allaitement et d'alimentation infantile après leur sortie de l'établissement
- le service encourage la constitution - ou collabore avec - des associations de soutien entre mères et d'autres organisations qui offrent aux mères de l'aide en matière d'allaitement maternel ou d'alimentation infantile
- le personnel soignant encourage **toutes** les mères à consulter dans les 10 jours suivant la naissance un professionnel de santé **et/ou** une personne **compétente en allaitement maternel (pour celles qui allaitent)** qui peut évaluer comment se passe l'alimentation du bébé et apporter l'aide nécessaire



Pour les bébés sortant de **néonatalogie**, une consultation en néonatalogie est programmée dans les 8 jours qui suivent la sortie.

- une information orale et écrite sur les lieux où trouver de l'aide pour l'alimentation et la croissance infantiles (précisant les coordonnées des associations de soutien à l'allaitement maternel et autres soutiens adaptés) est délivrée à **toutes les mères** avant leur sortie de l'établissement.

Au moins 80% d'un échantillon de mères déclarent qu'on leur a expliqué comment demander de l'aide dans les services du Pôle ou d'autres services de santé et comment contacter des groupes de soutien entre mères, si elles ont des questions sur l'alimentation et/ou la croissance de leur bébé après le retour à la maison. Elles peuvent décrire au moins une sorte d'aide qui leur est accessible.

Au moins 80% d'un échantillon de mères qui allaitent déclarent qu'on les a encouragées à contacter un groupe de soutien à l'allaitement dans les 10 jours suivant la naissance, et/ou qu'on leur a donné un RDV pour une consultation d'allaitement maternel dans l'établissement (ou qu'on les a incitées à prendre un RDV à l'extérieur avec une personne compétente identifiée).



Sur un échantillon de mères dont le bébé est sorti de néonatalogie (ou dont la sortie est proche) :

- au moins 80% déclarent qu'on leur a proposé la sortie quand elles se sentaient capables d'assumer les soins à leur bébé (ou que l'on procèdera de cette façon, si la sortie est proche).
- au moins 80% déclarent qu'on leur a donné un RDV de suivi et/ou de consultation dans les 8 jours et qu'on leur a expliqué comment contacter l'équipe de néonatalogie et les groupes de soutien entre mères (ou que cela est prévu si la sortie est proche). Elles peuvent décrire au moins une sorte d'aide qui leur est accessible.

N°	QUESTIONS	Oui	Non	En cours
10.1 	<p>Le Pôle a un système de suivi des mères après leur sortie, par exemple consultations postnatales précoces, consultations de lactation, visites à domicile, suivi téléphonique...</p> <p>Le Pôle a établi une coordination entre ces différents services pour offrir un soutien adéquat à toutes les mères</p>			
10.2 	<p>Le Pôle travaille en réseau avec les partenaires de la périnatalité (services de PMI, professionnels libéraux, groupes de soutien de mères à mères, réseau de périnatalité,...)</p> <p>Le Pôle informe les mères de l'existence des associations de soutien à l'allaitement maternel (et autres soutiens adaptés) en pré et en post natal, <u>par oral et par écrit</u></p> <p>Le Pôle encourage la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel (et autres soutiens adaptés) et/ou collabore avec ces associations</p>			
10.3 	<p>Toutes les mères allaitantes sont encouragées à <u>contacter</u> un groupe de soutien entre mères ou un professionnel compétent en allaitement dans les 10 jours suivant la naissance</p> <p>En cas de difficulté d'allaitement (à la sortie ou après la sortie), le personnel <u>adresse</u> les mères à une personne compétente en allaitement, dans l'établissement ou en dehors</p>			
10.4 	<p>Toutes les mères sont informées <u>par oral et par écrit</u> des lieux où trouver de l'aide et des conseils pour l'alimentation et la croissance de leur bébé : services de PMI, sages-femmes libérales, associations de soutien à l'allaitement maternel et autres soutiens adaptés</p>			
10.5  	<p>En dehors des critères médicaux, la date de sortie du bébé est fonction de l'autonomie de la mère dans les soins et l'alimentation</p> <p>Le personnel indique aux parents d'enfants prématurés ou malades des soutiens adaptés à leur situation (soutien à l'allaitement, écoute psychologique, pathologies particulières...)</p> <p>Un RDV de suivi est programmé dans les 8 jours qui suivent la sortie de néonatalogie.</p>			

RECOMMANDATION 11

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

11. Critères IHAB

[voir **Gérer les financements dans le cadre d'un projet de service IHAB et Déclaration de Liens d'Intérêt**] [Pour en savoir plus sur le "Code OMS" - IHAB France \(i-hab.fr\)](#)

Les Responsables du (des) service(s) déclarent que :

- aucun représentant ou personnel des firmes productrices ou distributrices de substituts du lait maternel, biberons, tétines ou sucettes n'a de contact direct ou indirect avec les femmes enceintes ou les mères.
- le personnel ne montre pas et ne donne pas aux femmes enceintes, aux mères, ou aux membres de leur famille, des échantillons de substituts du lait maternel, des biberons, des tétines ou des sucettes (SLM), ou des articles publicitaires, des équipements ou documents venant des firmes productrices ou distributrices de SLM, ou des bons pour ces articles.
- le personnel ne reçoit pas de cadeau, pas de document non scientifique, pas de matériel ou équipement, pas d'échantillon, pas de financement, de la part des firmes productrices ou distributrices de SLM.
- ou dans le cas où des financements sont perçus, les exigences du Code OMS et des Résolutions de l'AMS (**objet des financements, transparence, absence de conflits d'intérêts**) sont respectées.*

L'examen des justificatifs de paiement des préparations pour nourrissons y compris les laits spéciaux et autres, permet d'établir qu'ils ont été achetés par l'établissement au prix habituel du marché.

Des observations dans les services prénatals et en post-partum, ainsi que dans toute unité où il y a des nouveau-nés, révèlent qu'aucun matériel de promotion des substituts du lait maternel, biberons, tétines ou sucettes, ou tout autre produit interdit par le Code OMS et les lois nationales, n'est affiché ni distribué aux mères, aux femmes enceintes ou au personnel.

Afin de protéger les mères et les familles dans leur choix, les boîtes de lait artificiel, biberons, tétines et nouettes ne sont pas entreposés de manière visible (sauf lors de l'utilisation et de la distribution de ces produits).

Les services disposent d'un lieu adéquat et de l'équipement nécessaire pour montrer la préparation du biberon aux mères qui n'allaitent pas.

Sur un échantillon de personnels soignants **du service** :

- au moins 80% connaissent 2 raisons de ne pas donner de nouette, de boîte de lait pour nourrissons ou d'article publicitaire aux mères.
- au moins 80% connaissent, le cas échéant, l'existence et l'utilisation des financements par les fabricants de SLM (que ces financements soient perçus par l'établissement ou par une association de service).

* Si le service (ou l'établissement) reçoit des financements des fabricants de SLM, l'examen **des documents les encadrant** permet de vérifier leur **utilisation** pour des actions de recherche et d'études conformément aux dispositions du Code OMS et/ou des actions de formation ou d'amélioration de l'accueil des nouveau-nés ou de leur famille. **La transparence** totale des financements, requise pour le label, est évaluée à partir de ces documents et des interviews réalisées.

Si une association de service existe, les statuts, les derniers rapports d'activités et rapports financiers sont étudiés par IHAB-France.

Les liens d'intérêt sont discutés avec les Responsables du service sur la base de la Déclaration de Liens d'Intérêt demandée en cours de démarche, et avec la Direction de l'établissement en ce qui concerne chaque " projet de recherche ou d'études ou de participation à des conférences professionnelles ou activités analogues".

Un niveau est attribué selon le **degré de financement** par les fabricants de SLM :

- Niveau 1 : L'établissement reçoit des financements des fabricants de SLM.
Et/ou Niveau 1 : Une association de service reçoit des financements des fabricants de SLM et leur montant représente plus de 50% de l'ensemble des financements.
- Niveau 2 : Une association de service reçoit des financements des fabricants de SLM et leur montant représente moins de 50% de l'ensemble des financements.
- Niveau 3 : Aucun financement de la part des fabricants de SLM n'est perçu par le service ou l'établissement. Ce niveau 3 correspond au critère international.

N°	QUESTIONS	Oui	Non	En cours
11.1 	Les substituts du lait maternel (SLM), y compris les préparations spéciales, utilisés dans l'établissement, sont achetés au prix du marché L'établissement et tout son personnel refusent qu'il leur soit fourni des SLM, des biberons, tétines et sucettes, gratuitement ou à prix réduit, à titre personnel comme à titre professionnel (sauf à des fins de recherches strictement encadrées)			
11.2 	Le personnel ne montre pas et ne donne pas aux femmes enceintes ou aux mères des articles faisant la promotion des SLM, biberons, tétines, sucettes ou tout autre équipement pour l'alimentation infantile : - échantillons de ces produits, articles publicitaires, colis-cadeaux en contenant ou bons pour ces articles - documents émanant de fabricants de ces produits ou pour lesquels des fabricants ont participé à la rédaction et/ou à la diffusion			
11.3 	Tout contact est interdit entre les représentants des fabricants de SLM, biberons et tétines et les femmes enceintes ou les mères			
11.4 	Le personnel refuse de la part des fabricants et distributeurs de SLM: tout document non scientifique, échantillon, matériel (médical ou non), nourriture, cadeau, équipement et financement Si le service demande et reçoit des financements de la part des fabricants de SLM, ceux-ci sont utilisés uniquement : - « à des fins d'évaluation professionnelle ou de recherche au niveau institutionnel, ou pour une bourse d'études, un voyage d'études, la participation à des conférences professionnelles » (articles 7-4 et 7-5 du Code OMS) - ou pour des actions de formation ou d'amélioration de l'accueil des nouveau-nés ou de leur famille			

N°	QUESTIONS	Oui	Non	En cours
11.4 suite 	<p>Une Déclaration est faite à la Direction de l'établissement pour chaque "projet de recherche ou d'études ou de participation à des conférences professionnelles ou activités analogues"</p> <p>Dans toutes ces situations, les critères demandés par IHAB France concernant la transparence et l'absence de conflits d'intérêt sont respectés [Voir Gérer les financements dans le cadre d'un projet de service IHAB]</p> <p>La Déclaration de Lien d'Intérêt demandée par IHAB-France est remplie [Voir Déclaration de Lien d'Intérêt]</p>			
11.5	L'établissement diversifie ses sources de financements pour mettre fin, dans la mesure du possible, aux financements provenant des fabricants de SLM			
11.6 	<p>Afin de protéger les mères et les familles dans leur choix, les boîtes de lait artificiel, biberons, tétines et nouettes ne sont pas entreposés de manière visible (sauf lors de l'utilisation et de la distribution de ces produits).</p> <p>Les services disposent d'un lieu adéquat et de l'équipement nécessaire pour montrer la préparation des biberons aux mères qui n'allaitent pas.</p>			
11.7 	Le personnel comprend pourquoi il est important de respecter le Code de commercialisation (conserver son indépendance, avoir des informations factuelles sur les SLM, éviter tout conflit d'intérêt et protéger les familles des pressions commerciales)			

RECOMMANDATION 12 : ne concerne que le service de maternité

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

12. Critères IHAB

L'évaluation se fera sur la lecture de la politique et sur ce qui est proposé aux femmes enceintes et non pas sur ce qui a été réalisé pour chaque mère. Il s'agit de mettre en œuvre les pratiques listées ci-dessous et de les présenter aux femmes enceintes.

L'examen de la politique révèle que des pratiques et/ou des procédures respectueuses des besoins de la mère et du bébé pendant le travail et l'accouchement sont proposées (en dehors des contre-indications et des complications obstétricales dont la mère doit être informée), ce qui inclut :

- d'encourager les femmes à se faire aider, physiquement et émotionnellement, par une ou deux personnes de leur choix, de façon continue pendant le travail et l'accouchement, si elles le désirent,
- de permettre aux femmes de boire et manger léger pendant le travail, si elles le désirent,
- d'encourager les femmes à prendre en considération les méthodes non-médicamenteuses pour soulager les douleurs, en respectant leurs préférences personnelles,
- d'encourager les femmes à marcher et bouger pendant le travail, si elles le désirent, et à adopter les positions de leur choix pour l'accouchement,

Il est en outre demandé de bien peser les indications des procédures invasives* spécifiquement exigées par une complication, et d'expliquer la raison de leur utilisation à la mère.

* accélération ou induction du travail, rupture des membranes, épisiotomie, extraction instrumentale ou césarienne.

Sur un échantillon de personnels soignants :

- au moins 80% peuvent citer au moins trois pratiques médicales pendant le travail et l'accouchement, qui devraient être évitées chaque fois que possible pour respecter la physiologie,
- au moins 80% peuvent mentionner au moins trois pratiques pendant le travail et au moment de l'accouchement, susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et un bon démarrage de l'allaitement.

Sur un échantillon de femmes enceintes :

- au moins 70% peuvent relater que le personnel leur a dit qu'elles peuvent se faire accompagner par une ou deux personnes de leur choix tout au long du travail et de l'accouchement, et elles peuvent se rappeler d'au moins une raison pour laquelle cela pourrait leur être profitable,
- au moins 70% peuvent relater que le personnel leur a parlé de diverses méthodes non médicamenteuses pour gérer les douleurs et se sentir mieux,
- au moins 70% peuvent relater que le personnel leur a expliqué ce qui permet à la mère et à son bébé d'être plus alertes à la naissance, et qui (par conséquent) favorise le démarrage de l'allaitement maternel.

N°	QUESTIONS	Oui	Non	En cours
12.1 	<p>Les pratiques concernant l'accompagnement des femmes pendant le travail et l'accouchement visent à respecter les besoins des mères et des bébés et sont écrites dans la politique du Pôle</p> <p>Elles s'appliquent en dehors des contre-indications et des complications obstétricales dont la mère doit être informée</p> <p>Les femmes enceintes sont informées des moyens non médicamenteux susceptibles de les aider pendant le travail et l'accouchement</p> <p>Les femmes sont encouragées à se faire aider, physiquement et émotionnellement, par 1 ou 2 personne(s) de leur choix, de façon continue pendant le travail et l'accouchement</p> <p>Dès que les femmes sont en travail, cette personne ou ces deux personnes accompagnantes sont accueillies par le personnel soignant et encouragées à offrir le soutien souhaité par les mères</p>			
12.2 	<p>Les femmes sont encouragées à marcher et bouger pendant le travail</p> <p>Les femmes peuvent boire et manger léger pendant le travail si elles le désirent</p>			
12.3 	<p>L'équipe connaît les pratiques physiologiques pendant le travail et l'accouchement susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et un bon démarrage de l'allaitement</p> <p>Les sages-femmes utilisent autant que possible des moyens non médicamenteux pour soulager la douleur (bain, ballons, changements de position, massages, mobilisations, suspension...), en respectant les préférences de la femme</p> <p>L'équipe prend en compte les souhaits de la femme à propos des positions d'accouchement</p>			
12.4 	<p>Le personnel médical pèse les indications et évite à chaque fois que possible les procédures invasives qui ne sont pas spécifiquement exigées par une complication (accélération ou induction du travail, rupture des membranes, épisiotomie, extraction instrumentale, césarienne, etc...)</p> <p>Le personnel médical explique à la femme les raisons de recourir à ces procédures invasives</p>			
12.5 	<p>Le personnel médical prend en compte l'intention d'allaiter de la femme lorsqu'il décide d'utiliser un sédatif, un analgésique ou un anesthésique pendant le travail et l'accouchement</p>			
12.6 	<p>Le personnel médical connaît les effets des médicaments habituellement utilisés lors du travail et de l'accouchement sur l'allaitement maternel</p>			

CONCLUSION

Date à laquelle ce formulaire d'autoévaluation a été rempli :

Par qui:

Pour quelles recommandations souhaitez-vous un soutien particulier par IHAB France?

-
-
-
-

Evaluation IHAB souhaitée

pour la maternité seule ? pour la maternité ET la néonatalogie ?
(le service de néonatalogie ne peut pas être évalué seul)

Dans quel délai l'envisagez-vous?

DECLARATION DE MISE EN ROUTE VERS LE LABEL

Remplir cette déclaration et adhérer à IHAB France vous permet :

- d'être informé des actualités
- de bénéficier d'un soutien téléphonique tout au long de la démarche IHAB
- d'obtenir des tarifs préférentiels pour les formations proposées par IHAB France
- et d'accéder au FORUM IHAB France (réservé aux équipes labellisées et en démarche).

Déclaration de Mise en route vers le label disponible sur [MAJ DMR août 2022.xlsx \(i-hab.fr\)](#)

Vous pouvez l'adresser complétée à maud.chopin@i-hab.fr et marie-anne.delmas@i-hab.fr

IHAB France vous accompagne tout au long de la démarche de labellisation, et après !

DURANT TOUTE LA DEMARCHE IHAB

Maud CHOPIN 07 69 70 08 33 maud.chopin@i-hab.fr

Jocelina MILLUY 07 82 19 09 14 jocelina.milluy@i-hab.fr

DURANT L'ÉVALUATION (ET L'ANNÉE QUI PRÉCÈDE)

Florence SCHENCK 06 77 88 91 50 florence.schenck@i-hab.fr

DURANT LE SUIVI ANNUEL DES ÉQUIPES LABELLISÉES

Louise LEBLANC louise.leblanc@i-hab.fr

Directrice générale IHAB France

Kristina LOFGREN 06 95 14 96 13 kristina.lofgren@i-hab.fr

Directrice administrative et financière

Marie-Anne DELMAS 06 11 96 13 13 marie-anne.delmas@i-hab.fr

Plus d'infos sur : [IHAB - un label de l'OMS et de l'UNICEF pour la bientraitance en maternité \(i-hab.fr\)](http://i-hab.fr)