



IHAB

INITIATIVE HÔPITAL AMI DES BÉBÉS - FRANCE

Référentiel IHAB avec 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 UNICEF France et par Santé publique France**

ACTUALISATION 2024 **Avec le soutien financier de Santé publique France**

Ce document est une adaptation pour la France du référentiel IHAB international en cohérence avec la publication de l'OMS : « Orientations de mise en œuvre : protection, encouragement et soutien de l'allaitement dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés : révision de l'Initiative Hôpitaux amis des bébés 2018" »

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241513807>

Pour la partie néonatalogie, les principales références utilisées sont les suivantes :

- Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the baby-friendly hospital initiative for small, sick and preterm newborns <https://www.who.int/publications/i/item/9789240005648> , 2020
- L'expansion de l'IHAB aux services de néonatalogie 2009 et 2015 <https://ilca.org/neo-bfhi/> ou <https://bfhinetnetwork.com/>

ACTUALISATION 2024

L'actualisation 2024 assemble les recommandations au nombre de 10 (anciennement au nombre de 12) et intègre les modifications internationales suivantes :

- ✓ Le respect du Code OMS (anciennement recommandation 11) est désormais dans la recommandation 1A ;
- ✓ Le suivi annuel des principaux indicateurs d'alimentation est intégré dans la recommandation 1C ;
- ✓ La recommandation 2 a évolué et intègre désormais une vérification régulière des compétences des soignants ;
- ✓ L'information sur l'accompagnement des mères pendant le travail et l'accouchement (anciennement recommandation 12) est désormais dans la recommandation 3B.

Ce référentiel français IHAB remplacera le référentiel actuel à partir de 2027. Les évaluations des pratiques IHAB des établissements entre 2024 et 2026 se feront selon le référentiel français IHAB de 2018.

Site IHAB France : www.i-hab.fr

LES 10 RECOMMANDATIONS

1.A Respecter le Code OMS international de commercialisation des substituts du lait maternel (SLM) afin de protéger les familles des pressions commerciales et de préserver les professionnels des conflits d'intérêt.

1.B Adopter une politique pour la mise en œuvre des recommandations IHAB, en accord avec les 3 principes, systématiquement portée à la connaissance de tous les professionnels, de la direction et des parents.

1.C Organiser le recueil des données permettant l'évaluation continue des pratiques. Les services analysent les résultats des données d'alimentation et d'autres données d'évaluation des pratiques. Ils mettent en place des adaptations des pratiques en fonction de ces analyses.

2. Veiller à ce que tous les professionnels de l'équipe possèdent les compétences nécessaires pour mettre en œuvre la politique IHAB.

Les compétences attendues dépendent de la catégorie du professionnel et de son rôle dans le parcours pré- per- et post-natal.

3.A Parler avec les femmes enceintes (et leur famille) de l'importance de l'allaitement et de sa pratique. Cela concerne également les situations de prématurité et d'enfant malade à naître.

3.B Parler avec les femmes enceintes et leur partenaire des pratiques pendant le travail et l'accouchement qui favorisent une expérience positive de la naissance et un bon démarrage de l'allaitement.

4. Encourager le contact peau à peau entre le nouveau-né et sa mère immédiatement à la naissance pendant au moins une heure et de façon ininterrompue, et inviter la mère à reconnaître quand son bébé est prêt à téter.

5. Aider les mères à commencer et maintenir l'allaitement et à gérer les difficultés les plus fréquentes, 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.

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

Pour les enfants prématurés et/ou malades, privilégier le lait de la mère, donné cru chaque fois que possible, et privilégier le lait de lactarium si un complément est nécessaire.

7. Favoriser la proximité de la mère et du bébé 24 heures sur 24, privilégier le contact peau à peau et le considérer comme un soin.

8. Aider les mères à reconnaître les signes qui montrent que leur bébé est prêt à téter et les aider à y répondre.

Observer le comportement et les compétences de l'enfant prématuré et/ou malade lors de ses expériences orales. Proposer des stratégies permettant de progresser vers une alimentation autonome de qualité.

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

Échanger avec les mères à propos des conséquences éventuelles de leur utilisation.

10. Travailler en lien avec la PMI, le secteur libéral et les associations de soutien à l'allaitement et à la parentalité, pour un soutien continu des mères. Échanger avec les mères et les informer avant la sortie de l'établissement.

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, 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 échange sur l'allaitement maternel et sa pratique, et sur le comportement du nouveau-né à venir. Elle accompagne et soutient 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 dix recommandations de l'OMS, dans le respect des trois principes www.i-hab.fr


Le label en France n'exige pas de taux minimal d'allaitement maternel exclusif.

Au-delà des chiffres, il est essentiel que l'accompagnement des équipes se structure à partir des besoins de la famille.

Présentation du référentiel IHAB et du formulaire d'auto-évaluation

Après **l'intitulé de chaque recommandation** (numérotée de 1 à 10) 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, et éléments de preuves associés).

La plupart des 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 » ou partenaire désigne 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, SAUF les critères de la recommandation 3B.

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 www.i-hab.fr

FORMULAIRE D'AUTO-EVALUATION

RECOMMANDATION 1

1.A Respecter le Code OMS international de commercialisation des substituts du lait maternel (SLM) afin de protéger les familles des pressions commerciales et de préserver les professionnels des conflits d'intérêt.

1.B Adopter une politique pour la mise en œuvre des recommandations IHAB, en accord avec les 3 principes, systématiquement portée à la connaissance de tous les professionnels, de la direction et des parents.

1.C Organiser le recueil des données permettant l'évaluation continue des pratiques. Les services analysent les résultats des données d'alimentation et d'autres données d'évaluation des pratiques. Ils mettent en place des adaptations des pratiques en fonction de ces analyses.

1.A Critères IHAB [voir [liste de vérification de la Politique IHAB ET Respect du code OMS et éthique financière des services IHAB en France ET Déclaration de Liens d'Intérêt](#)]

Les substituts du lait maternel (SLM) comprennent toutes les préparations commerciales pour nourrissons (PCN) données de 0 à 1 an, les préparations pour jeunes enfants (de 1 à 3 ans), et toute autre préparation destinée à remplacer le lait maternel. Les biberons, les tétines et les sucettes sont aussi inclus dans les SLM.

Pour les équipes de pédiatrie : Comme l'auto-évaluation s'adresse aux services de maternité et de néonatalogie, pour alléger, nous ne mentionnons pas les préparations pour jeunes enfants dans la politique. Mais les services de pédiatrie doivent intégrer le respect du code pour ces préparations.

La politique IHAB décrit les modalités d'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (dénommé ci-dessous Code OMS), notamment en ce qui concerne :

- L'achat des substituts du lait maternel (préparations commerciales pour nourrissons (PCN), biberons, tétines et sucettes, utilisés dans l'établissement, acquis par les voies normales d'achat et non reçus sous forme de livraisons gratuites ou subventionnées)
- La nécessité de refuser tout soutien* ou cadeau offert par des producteurs ou distributeurs de produits visés par le Code
- L'engagement à ne pas donner d'échantillon de PCN, de biberon, de tétine ou de sucette aux femmes enceintes et aux mères
- L'engagement à ne pas exposer les produits visés par le Code ni les articles portant le logo des fabricants de SLM, ni les noms des produits visés par le Code.

Une procédure écrite par l'établissement décrit ces modalités d'application du Code OMS.

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

- Aucun représentant ou personnel des firmes productrices ou distributrices de PCN, biberons, tétines ou sucettes, n'a de contact direct ou indirect (distribution de documents et/ou échantillons) 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 PCN, des biberons, des tétines ou des sucettes (ou des articles publicitaires, des équipements ou documents ou bons pour ces articles), venant des firmes productrices ou distributrices de 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.
- Si le service (et/ou l'établissement et/ou le groupe) reçoit des financements des fabricants de SLM, les exigences du Code OMS et des Résolutions de l'AMS (Assemblée Mondiale de la Santé) (objet des financements, transparence, absence de conflits d'intérêts) sont respectées :
 - Une Déclaration de Liens d'Intérêt (DLI) est remplie par les responsables (de l'association) du service et/ou par la Direction de l'établissement et/ou du groupement d'établissements, en ce qui concerne les financements reçus, pour chaque "projet de recherche ou d'études ou de participation à des conférences professionnelles ou activités analogues" et/ou pour des actions de formation ou d'amélioration de l'accueil des nouveau-nés ou de leur famille.
 - L'examen de la ou des DLI permet de vérifier avec ces responsables, l'origine des financements, leurs montants et leurs utilisations précises.
 - Les liens d'intérêt sont discutés avec ces responsables sur la base de la ou des DLI.
 - Le COPIL Comité de Pilotage IHAB ainsi que les responsables du service (ou association) et/ou de l'établissement et/ou du groupement d'établissements, réfléchissent à une stratégie de diversification des sources de financements afin de tendre vers un arrêt des financements de la part de firmes de SLM.

Des observations dans tous les services de la maternité ou du pôle révèlent que :

- Aucun matériel de promotion des PCN, biberons, tétines ou sucettes, n'est affiché ou distribué aux mères, aux femmes enceintes ou au personnel.
- Afin de protéger les mères et les familles dans leur choix, les boîtes de PCN, biberons, tétines et nouettes ne sont pas entreposées 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.

Au moins 80% des soignants de tous les services de la maternité ou du Pôle :

- Connaissent 2 raisons de ne pas donner de nouette, de boîte de PCN ou d'article publicitaire aux mères.
- Connaissent l'existence éventuelle de financements par les fabricants de SLM, et leur utilisation, que ces financements soient perçus par une association de service et/ou par l'établissement et/ou par le groupement d'établissement dont il fait partie.

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

- Niveau 1 : L'établissement ou le groupe 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 ou le groupe. Ce niveau 3 correspond au critère international.

1.B Critères IHAB [voir [liste de vérification de la Politique et critères attendus pour la charte IHAB](#)]

La "politique IHAB" est le document rédigé collectivement par les soignants. Elle encadre la mise en œuvre des 10 recommandations OMS (Organisation Mondiale de la Santé), décrit l'application concrète des 3 principes et montre l'engagement de l'équipe auprès des familles. Elle est la feuille de route de chaque professionnel.

La "charte IHAB" est le document destiné aux familles. Elle résume simplement et concrètement la politique pour présenter à tous les parents l'engagement des professionnels dans l'accueil et l'accompagnement pré, per et postnatal.

Le ou les service(s) a (ont) écrit une politique qui couvre les 10 recommandations IHAB et les 3 principes IHAB.

Dans cette politique, les prises en charge décrites pour l'application des 10 recommandations sont centrées sur les besoins individuels du nouveau-né et de sa mère, couvrent l'accueil du père/partenaire, et le travail entre unités, entre services et en réseau, en pré, péri et post natal.

Les protocoles relatifs à l'accueil des nouveau-nés et à l'allaitement (et l'alimentation infantile en néonatalogie) 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, les procédures et protocoles s'y rattachant, sont accessibles pour que tous les professionnels s'occupant des mères et des bébés puissent s'y référer.

La **charte IHAB à destination des (futurs) parents** (résumé de la politique) couvre les 10 recommandations et les trois principes IHAB. Elle mentionne aussi l'importance du lait maternel, et les recommandations de l'OMS concernant l'allaitement maternel.

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).

Les observations dans les services confirment que la charte 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).

Les responsables du (des) service(s) déclarent que l'équipe travaille dans l'esprit des trois principes (soins centrés sur les besoins de chaque nouveau-né, de sa mère et du père/partenaire, et travail en réseau), et que des moyens sont mis en place pour créer un environnement favorable à la présence parentale et au développement de leur autonomie. Ils peuvent décrire les actions entreprises.

Ils décrivent aussi comment les fratries et les familles (et l'entourage social) sont accueillis.

Les critères évaluant la mise en place des 3 principes sont à la fin des critères des recommandations 3B et 7 (évalués par des questions aux femmes enceintes, aux mères en maternité et en néonatalogie, et des observations dans ces services).





1.C Critères IHAB [voir [données statistiques sur l'alimentation des nouveau-nés en maternité et en néonatalogie et enquête auprès des mères](#)]




Le(s) service(s) dispose(nt) d'un **système de recueil** qui permet de suivre en continu l'évolution des données : le tableau de suivi d'alimentation en maternité et en néonatalogie.


Les services analysent les résultats des données d'alimentation (au moins une fois par an), de l'enquête auprès des mères (réalisée deux ans après la labellisation), et d'éventuelles autres données d'évaluation des pratiques. Ils mettent en place des adaptations des pratiques en fonction de ces analyses.





Le comité de pilotage IHAB se réunit régulièrement pour examiner la mise en œuvre de ce système de suivi, les résultats obtenus, les adaptations de pratiques, et met en place un **plan d'action**.



Les documents de traçabilité sont tenus à jour et disponibles lors de chaque évaluation IHAB.



N°	QUESTIONS	Non	En cours	Oui	Document preuve
1.1 	<p>L'établissement écrit une procédure (intégrée à la politique ou en annexe) définissant les modalités d'application du Code OMS : achat des préparations pour nourrissons (y compris les laits spéciaux) et autres produits visés par le Code, et toutes les autres dispositions ci-dessous pour respecter le Code OMS.</p>				
1.2 	<p>Les substituts du lait maternel (SLM), y compris toutes les préparations commerciales pour nourrissons (PCN) et les autres produits visés par le Code OMS, utilisés dans l'établissement, sont achetés au prix du marché, par les voies normales d'achat et non reçus sous forme de livraisons gratuites ou subventionnées.</p> <p>L'établissement et tous les professionnels refusent qu'il leur soit fourni des préparations commerciales pour nourrissons (PCN), 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).</p> <p>Ils refusent également tout document non scientifique, échantillon, matériel (médical ou non), nourriture, cadeau, équipement et financement individuel.</p>				
1.3 	<p>Les professionnels ne montrent pas et ne donnent pas aux femmes enceintes ou aux mères, des articles faisant la promotion des préparations commerciales pour nourrissons, biberons, tétines, sucettes ou tout autre équipement pour l'alimentation infantile :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Échantillons de ces produits, articles publicitaires, colis-cadeaux 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. - Documents (élaborés par l'équipe ou venant d'institutions publiques ou privées) recommandant des 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. 				
1.4 	<p>Tout contact est interdit entre les représentants des fabricants de PCN, de biberons et de tétines, et les femmes enceintes ou les mères. Afin de protéger les mères et les familles dans leur choix, les boîtes de PCN, biberons, tétines, sucettes et nouettes, ne sont pas entreposées 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>				

N°	QUESTIONS	Non	En cours	Oui	Document preuve
1.5 	<p>Si le service (association) et/ou l'établissement et/ou le groupe d'établissements demandent et reçoivent des financements de la part des fabricants de SLM, ceux-ci sont utilisés uniquement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « A 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 et/ou d'amélioration de l'accueil des nouveau-nés ou de leur famille 				
1.6 	<p>Pour tous les financements reçus par les services (associations) et/ou les établissements et/ou les groupes, les exigences de l'OMS concernant la transparence et l'absence de conflits d'intérêt, sont respectées [Voir Respect du code OMS et éthique financière des services IHAB en France]</p> <p>La Déclaration de Lien d'Intérêt demandée par IHAB France est remplie de manière précise par les responsables (de l'association) du service et/ou de l'établissement et/ou du groupe d'établissements [Voir Déclaration de Lien d'Intérêt]. Afin de protéger les professionnels des conflits d'intérêts, le COPIL IHAB ainsi que les responsables du service (ou association) et/ou de l'établissement et/ou du groupe, réfléchissent à la suppression de tout financement des fabricants de SLM, à la possibilité d'autres sources de financement, et cela est noté dans la procédure définissant les modalités d'application du Code OMS (ci-dessus)</p>				
1.7 	<p>Les professionnels comprennent pourquoi il est important de respecter le Code de commercialisation OMS (avoir des informations factuelles sur les SLM, conserver son indépendance, éviter tout conflit d'intérêt et protéger les familles des pressions commerciales)</p> <p>Les soignants connaissent l'existence éventuelle de financements par les fabricants de SLM et leur utilisation (que ces financements soient perçus par une association de service et/ou par l'établissement et/ou par le groupement d'établissements dont il fait partie).</p>				

N°	QUESTIONS	Non	En cours	Oui	Document preuve
1.8 	<p>Le service a élaboré une politique pour la mise en œuvre de <u>toutes</u> les recommandations IHAB, y compris la vérification régulière des compétences des professionnels [voir Liste de vérification de la Politique IHAB].</p> <p><i>Les questions pour la mise en pratique des 3 principes, sont détaillées à la fin des questions des recommandations 3B et 7.</i></p> <p>Dans la politique, on retrouve l'état d'esprit des soins centrés sur les besoins de chaque nouveau-né, de sa mère et du père/partenaire et les moyens mis en place pour créer un environnement favorable à la présence des parents et au développement de leur autonomie, comme par exemple :</p> <p>Dans toutes les équipes pré, per et post-natales (dont la néonatalogie) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les femmes et les mères sont écoutées et aidées à formuler leurs questions. - Elles sont informées, afin qu'elles se sentent rassurées sur leurs compétences et valorisées. - Elles sont aidées à formuler leurs choix et ceux-ci sont respectés en dehors des contre-indications médicales. Si le respect d'un de leurs choix est impossible, il leur est clairement expliqué pourquoi. - Les professionnels s'adaptent de façon respectueuse aux situations de handicap (physique ou mental), et aux spécificités culturelles. <p>En prénatal :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les besoins (médicaux, psycho-sociaux et culturels) de chaque femme font l'objet d'une attention particulière et des aides sont proposées selon ces besoins. - Les EPP (entretiens prénatals précoces) sont réalisés dans ce but <p>Lors de l'accouchement et de la naissance (VB et césarienne) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il est proposé au partenaire de participer à toutes les étapes (travail, accouchement, peau à peau avec la mère, relais de la mère si besoin...). - Des aménagements existent pour un accueil bienveillant des parents. - Les professionnels veillent à ce que les parents aient bien compris le contenu des échanges et des informations. <p>En suites de naissance et en néonatalogie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les professionnels travaillent dans l'écoute et le respect des choix des mères et des pères/partenaires. - Les soins (mère et bébé) sont organisés selon les rythmes du nouveau-né et de sa mère. <p>Des aménagements sont prévus pour l'accueil du partenaire, des fratries et des familles.</p>				

<p>1.8 (suite)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Les professionnels invitent les fratries et les familles à respecter les besoins des nouveau-nés par une attention bienveillante. - Les temps de transmission sont centrés sur les besoins et les rythmes de chaque nouveau-né et de chaque mère. - À la sortie, des liens sont établis (ou proposés aux parents) avec les professionnels de ville et les associations de mères selon les besoins de chaque famille. - À la sortie de néonatalogie (ou au transfert de l'enfant dans une autre unité de soins), les informations concernant le soutien à la lactation, à l'allaitement et à l'alimentation du bébé sont incluses dans le compte-rendu de transfert ou de sortie. 				
<p>1.9</p> 	<p>Dans la politique, on retrouve également le travail entre les unités, les services et en réseau pré, péri et post-natal pour assurer la continuité des soins et offrir une cohérence de prise en charge aux (futurs) parents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des échanges en prénatal permettent le travail entre unités, entre services, et en réseau en dehors de l'établissement. - Les services de maternité et de néonatalogie mettent en place des actions pour s'assurer que le soutien à la lactation, à l'allaitement maternel et à l'alimentation du bébé est cohérent d'une unité à l'autre, d'un service à l'autre, et avec les professionnels de ville. - Des contacts sont établis avec les groupes de mères et associations de soutien à l'allaitement et à la parentalité. - Des contacts sont établis avec les sages-femmes, les médecins généralistes, les professionnels de PMI, les pédiatres et les gynéco-obstétriciens de ville. 				
<p>1.10</p> 	<p>Les protocoles sur l'accueil des nouveau-nés et sur l'allaitement (et l'alimentation infantile en néonatalogie) sont cohérents avec les critères IHAB et se réfèrent à des recommandations basées sur les données probantes de la recherche (EBM) : articles scientifiques, recommandations HAS ou OMS.</p> <p>De plus, les protocoles sur l'alimentation des nouveau-nés hospitalisés mettent en valeur le lait maternel.</p>	—	—	—	—
<p>1.11</p> 	<p>La politique et les protocoles s'y rattachant, sont accessibles dans tous les services du Pôle pour que tous les professionnels concernés puissent s'y référer.</p>	—	—	—	—

N°	QUESTIONS	Non	En cours	Oui	Document preuve
1.12 	<p>Le service a une charte, formulée par écrit, dans un langage courant, destinée aux (futurs) parents, qui résume la politique [voir Critères attendus pour la charte IHAB].</p> <p>La charte couvre les 10 recommandations et les 3 principes IHAB.</p> <p>Elle mentionne l'importance du lait maternel et les recommandations de l'OMS : l'allaitement maternel jusqu'à six mois pour couvrir l'ensemble de ses besoins nutritionnels, l'allaitement restant important jusqu'à deux ans et au-delà, associé à une diversification adaptée.</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> <p>La charte est affichée dans tous les secteurs accessibles aux futurs parents et parents de nouveau-nés : prénatal, naissance, hospitalisations, consultations, hall d'accueil.</p>	—	—	—	—
1.13 	<p>Il existe un recueil continu de données en maternité : statistiques d'alimentation des nouveau-nés selon le tableau IHAB [voir données statistiques sur l'alimentation des nouveau-nés en maternité].</p> <p>L'équipe ou les services choisissent de relever d'autres données pour l'évaluation des pratiques IHAB : questionnaires de sortie, enquêtes ponctuelles auprès des femmes enceintes et des mères sur certains critères...</p> <p>L'enquête auprès des mères peut être réalisée avant la première évaluation sans obligation. Elle est ensuite réalisée systématiquement deux ans après la première labellisation et entre chaque re labellisation.</p> <p>L'équipe (ou les services) analysent les résultats des données d'alimentation (plusieurs fois par an), d'éventuelles autres données d'évaluation des pratiques et de l'enquête auprès des mères (si elle a été réalisée).</p> <p>Ils mettent en place des adaptations des pratiques en fonction de ces analyses.</p>				

N°	QUESTIONS	Non	En cours	Oui	Document preuve
1.14 	<p>Il existe un recueil continu de données en néonatalogie : statistiques d'alimentation des nouveau-nés selon le tableau IHAB [voir données statistiques sur l'alimentation des nouveau-nés en néonatalogie].</p> <p>L'enquête auprès des mères peut être réalisée avant la première évaluation sans obligation. Elle est ensuite réalisée systématiquement deux ans après la première labellisation et entre chaque re labellisation.</p> <p>L'équipe (ou les services) choisissent de relever d'autres données pour l'évaluation des pratiques IHAB : questionnaires de sortie, fréquence et durée du peau-à-peau en néonatalogie, délai du 1er peau-à-peau, délai de la 1ère expression manuelle, utilisation de tire-laits, ...</p> <p>L'équipe (ou les services) analysent les résultats des données d'alimentation (plusieurs fois par an), de l'enquête auprès des mères, et d'éventuelles autres données d'évaluation des pratiques.</p> <p>Ils mettent en place des adaptations des pratiques en fonction de ces analyses.</p>				
1.15 	<p>Le comité de pilotage IHAB de l'établissement se réunit régulièrement pour examiner la mise en œuvre de ce système de suivi, les résultats obtenus, les adaptations de pratiques et met en place un plan d'action.</p> <p>Les documents de traçabilité à tous les niveaux, sont tenus à jour et disponibles lors de chaque évaluation.</p>				

RECOMMANDATION 2

Veiller à ce que tous les professionnels de l'équipe possèdent les compétences nécessaires pour mettre en œuvre la politique IHAB.

Les compétences attendues dépendent de la catégorie du professionnel et de son rôle dans le parcours pré- per- et post-natal.

On désigne par compétences des professionnels la capacité d'utiliser un ensemble de savoirs, savoir-faire et savoir-être... en vue d'accomplir une tâche, un rôle ou d'assumer une responsabilité avec succès.

Ces compétences attendues visent à guider les professionnels pour donner des soins sécurés, empreints d'empathie et basés sur des preuves scientifiques.

On désigne par "professionnels de l'équipe" tous les professionnels en contact avec des femmes enceintes, des mères et/ou des nouveau-nés, qu'ils exercent ou non des soins.

Professionnels de l'équipe		
Non soignants	Soignants	
	Occasionnels	Réguliers
Secrétaires, hôtesse, personnel en charge de l'entretien et du service des repas, assistants sociaux, brancardiers, photographes, bénévoles, ...	Anesthésistes, IADE, IBODE, internes en médecine, étudiants, psychologues, infirmières de liaison psychiatrique, addictologues, manipulateurs radio, kinésithérapeutes, diététiciennes, ...	Médecins pédiatres et gynéco-obstétriciens, responsables de services*, sages-femmes, infirmières, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, aides-soignantes, ... <i>*Les responsables de services englobent les chefs de service et de Pôle et tous les cadres. Bien que les cadres n'aient pas de fonction soignante régulière, ils sont placés dans cette catégorie dans une cohérence de formation de toute l'équipe soignante régulière</i>

2. Critères IHAB [voir IHAB Organisation formation ([lien](#)) ou IHAB Organisation Vérif Compétences pour une réévaluation ([lien](#))]

La formation de base et la vérification des compétences des soignants portent sur les thèmes suivants :

- Le renforcement des capacités d'écoute et de soutien, des aptitudes à établir un lien de confiance afin d'accompagner les parents dans leurs projets.
- Les recommandations 1 à 10 de l'IHAB.
- La protection de l'allaitement, incluant le Code OMS.
- Les besoins globaux et les rythmes de tous les nouveau-nés et de leur mère.
- La conduite pratique de l'allaitement et l'accompagnement des mères qui allaitent.
- La conduite pratique de l'alimentation artificielle et l'accompagnement des mères qui n'allaitent pas.
- Les besoins spécifiques des enfants prématurés et/ou présentant une maladie (ou un handicap) et l'accompagnement de leurs mères, qu'elles allaitent ou non.

Les responsables des services déclarent que chaque professionnel de l'équipe (soignant et non soignant) a reçu une information explicite sur la **politique IHAB**, et qu'il lui a été demandé de la mettre en pratique.

Au moins **80 % des professionnels de l'équipe** (y compris ceux arrivés dans le service depuis moins de 6 mois) confirment avoir reçu cette information.

A- Avant la première évaluation IHAB

Un plan de développement des compétences (ou plan de formation) décrit l'organisation des formations de tous les soignants. Ce plan de développement des compétences et le récapitulatif de la formation par catégorie professionnelle doivent être remis à IHAB France 4 mois avant l'évaluation. [Voir IHAB Plan de développement des compétences ([lien](#)) et IHAB Récap formation et vérif compétences par catégorie professionnelle ([lien](#))].

La liste des formations, le relevé nominatif de formation des soignants réguliers et occasionnels, et les fiches de traçabilité individuelles de pratique clinique accompagnée sont à mettre à disposition à l'arrivée des évaluateurs. [Voir IHAB Liste formations et vérif compétences ([lien](#)), IHAB Pratique Clinique Accompagnée (PCA) avec fiches de traçabilité individuelles ([lien](#)), IHAB Relevé nominatif formations et vérif compétences ([lien](#))].

La formation de base permet de souder l'équipe autour du projet. En principe, elle précède la pratique clinique accompagnée, sauf pour des cas particuliers (professionnel déjà formé de manière adéquate ou professionnel intégrant l'équipe quelques mois avant l'évaluation). La pratique clinique accompagnée est mise en place et tient lieu de vérification des compétences.

Les responsables des services déclarent que :

- **La formation de base** des soignants réguliers est interdisciplinaire et dure environ 20 heures.
- La formation de base des soignants occasionnels est ciblée, plus succincte et adaptée à leur fonction.
- **La pratique clinique accompagnée** des soignants réguliers est adaptée à leur fonction ; la traçabilité en est assurée.

Au moins **80 % des soignants** qui travaillent dans le service depuis au moins 6 mois et qui dispensent régulièrement des soins prénatals, une aide à la naissance et/ou des soins aux nouveau-nés et/ou aux mères :

- Déclarent avoir bénéficié d'une formation comme décrite plus haut ;
- Déclarent avoir effectué la pratique clinique pour accompagner les mères et les nouveau-nés ;
- Répondent correctement à 3 questions sur 4 (qui leur sont posées lors de l'évaluation externe) sur leurs connaissances, savoir-faire et capacités d'écoute et de soutien aux mères (questions adaptées à leur fonction).

Les soignants qui travaillent dans le service depuis au moins 6 mois et qui dispensent occasionnellement des soins prénatals, une aide à la naissance et/ou des soins aux nouveau-nés et/ou aux mères :

- Déclarent avoir bénéficié d'une formation comme décrite plus haut ;
- Sont capables de montrer leur connaissance du projet IHAB et leur implication.

B- Entre chaque réévaluation IHAB :

Après la première labellisation, un système de vérification des compétences est mis en place. [Voir [IHAB Organisation vérif compétences \(lien\)](#) et [IHAB Référentiel Vérif Compétences \(lien\)](#), [IHAB QCM sans réponses \(lien\)](#), [IHAB QCM avec réponses \(lien\)](#), [IHAB Etudes de cas \(lien\)](#), [IHAB Grilles d'observation \(lien\)](#)].

Le plan de développement des compétences décrit l'organisation de la vérification des compétences des soignants et si besoin les formations organisées. Ce plan de développement des compétences et le récapitulatif de la vérification des compétences et des formations par catégorie professionnelle doivent être remis à IHAB France 4 mois avant l'évaluation [Voir [IHAB Plan de développement des compétences \(lien\)](#) et [IHAB Récap formation et vérif compétences par catégorie professionnelle \(lien\)](#)].

La liste des outils de vérification des compétences et de formation, le relevé nominatif de vérification des compétences et de formation des soignants réguliers et occasionnels, et les fiches de traçabilité individuelles de vérification des compétences sont à mettre à disposition à l'arrivée des évaluateurs [Voir [IHAB Liste formations et vérif Compétences \(lien\)](#), [IHAB Relevé nominatif formations et vérif compétences \(lien\)](#), [IHAB Fiche individuelle Vérif Compétences \(lien\)](#)]

La vérification des compétences des soignants est continue. Elle précède les modules de formation qui seront adaptés selon les résultats. Il est important de se concentrer sur les compétences à maîtriser et non sur un programme spécifique. Cependant, s'il y a un fort taux de renouvellement de soignants, une nouvelle formation de base est souhaitable.

Les responsables des services déclarent que, au cours des 4 années précédentes :

- **La vérification des compétences** des soignants réguliers a été adaptée à leur fonction ; des outils tels que des auto-questionnaires, des études de cas et des observations des pratiques, ont été utilisés pour évaluer les compétences.
- Les soignants réguliers ont bénéficié, en adéquation avec la vérification de leurs compétences, de modules de formation ou d'une formation de base.
- Les soignants occasionnels ont bénéficié de modules de formation en adéquation avec l'évolution du projet IHAB.






La vérification des compétences des soignants occasionnels est souhaitable mais non obligatoire. Elle ne fait pas l'objet d'une évaluation externe. Lors de leur visite, les évaluateurs s'entreprendront avec quelques soignants occasionnels.








Au moins **80 % des soignants** qui travaillent dans le service depuis au moins 6 mois et qui dispensent régulièrement des soins prénatals, une aide à la naissance et/ou des soins aux nouveau-nés et/ou aux mères



- Déclarent avoir, au cours des 4 années précédentes, vérifié leurs compétences à accompagner les mères et les nouveau-nés ;
- Déclarent avoir bénéficié si besoin, d'une formation (ou de modules de formation), en adéquation avec la vérification de leurs compétences au cours des 4 années précédentes ;
- Répondent correctement à 3 questions sur 4 (qui leur sont posées lors de l'évaluation externe) sur leurs connaissances, savoir-faire et capacités d'écoute et de soutien aux mères (questions adaptées à leur fonction)

Les soignants qui travaillent dans le service depuis au moins 6 mois et qui dispensent occasionnellement des soins prénatals, une aide à la naissance et/ou des soins aux nouveau-nés et/ou aux mères :

- Déclarent avoir bénéficié, si besoin, d'une formation ou d'un module de formation en adéquation avec le projet IHAB ;
- Sont capables de montrer leur connaissance du projet IHAB et leur implication.

N°	QUESTIONS	Non	En cours	Oui	Document preuve
2.1 	Chaque nouveau professionnel de l'équipe (soignant et non soignant) reçoit, dès son arrivée dans le service, une information sur la politique IHAB du service.				
2.2 	Chaque professionnel de l'équipe (soignant et non soignant) connaît la politique IHAB mise en place dans le service. Il est demandé à chaque professionnel (même s'il est arrivé dans le service depuis moins de 6 mois) de la respecter et de la mettre en pratique.				
2.3 	La formation de base (et la vérification des compétences après la 1ère labellisation) des soignants réguliers et occasionnels tient compte des fonctions de chacun et de leur rôle dans le parcours de soins patient ou pré per ou post natal [voir IHAB Organisation formation (lien) ou IHAB Organisation Vérif Compétences (pour une réévaluation) (lien)]. Elles portent sur les thèmes suivants : - Les recommandations 1 à 10 de l'IHAB ; - La protection de l'allaitement maternel (incluant le Code OMS) ; - Les besoins globaux et les rythmes de tous les nouveau-nés et de leur mère ; - La conduite pratique de l'allaitement et l'accompagnement des mères qui allaitent ; - La conduite pratique de l'alimentation artificielle et l'accompagnement des mères qui n'allaitent pas ; - Le renforcement des capacités d'écoute et de soutien, des aptitudes à établir un lien de confiance afin d'accompagner les parents dans leurs projets.				
2.4 	La formation des professionnels soignants de néonatalogie aborde les besoins spécifiques des enfants prématurés et/ou présentant une maladie (ou un handicap) et l'accompagnement de leurs mères, qu'elles allaitent ou non.				
	<u>Avant la 1ère évaluation IHAB, remplir les points 2.5, 6, 7 et 13, 14.</u>				
2.5 	La formation de base des soignants réguliers (qui exercent depuis plus de 6 mois dans le service) est interdisciplinaire et dure environ 20 heures. <i>Cette durée peut être moindre pour certains soignants si leur formation initiale est de qualité et couvre les thèmes précités.</i>				

N°	QUESTIONS	Non	En cours	Oui	Document preuve
2.6 	Tous les soignants réguliers effectuent la pratique clinique accompagnée qui tient lieu de vérification des compétences à accompagner les mères et les nouveau-nés, adaptée à leur fonction.				
2.7 	La formation de base des soignants occasionnels (qui exercent depuis plus de 6 mois dans le service) est plus succincte. Elle est ciblée sur leur fonction dans le service pour qu'ils puissent s'impliquer dans le projet IHAB.				
	<u>Entre chaque réévaluation IHAB, remplir tous les points suivants :</u>				
2.8 	Après la 1 ^{ère} labellisation, un système de vérification des compétences est mis en place. [Voir IHAB Organisation vérif compétences (lien) et IHAB Référentiel Vérif Compétences (lien) ; IHAB QCM sans réponses (lien) , IHAB QCM avec réponses (lien) , IHAB Etudes de cas (lien) , IHAB Grilles d'observation (lien)]. Le rapport d'évaluation oriente sur les points à travailler. L'enquête auprès des mères documentera la progression des pratiques et les points à travailler en priorité.				
2.9 	Au cours des 4 années, tous les soignants réguliers bénéficient d'une vérification de leurs compétences à accompagner les mères et les nouveau-nés, adaptée à leur fonction.				
2.10 	Au cours de ces 4 années, tous les soignants réguliers participent, si besoin, à une formation (ou un module de formation) adapté à leur fonction et en adéquation avec la vérification de leurs compétences. <i>Il est important de se concentrer sur les compétences à acquérir et non sur un programme spécifique.</i>				
2.11 	Au cours des 4 années, la vérification des compétences de tous les soignants occasionnels est souhaitable. Elle porte sur leurs compétences à accompagner les mères et les nouveau-nés, selon leur fonction dans le service. Au cours de ces 4 années, les soignants occasionnels bénéficient de modules de formation en adéquation avec l'évolution du projet IHAB.				
2.12 	Les vérifications des compétences et les modules de formation sont discutés en équipe et validés par le Copil. Des outils de vérification des compétences sont construits et/ou adoptés pour que les professionnels puissent se les approprier. Ils concernent : <ul style="list-style-type: none"> - Le savoir (auto-tests, QCM, reprises de cas, études de cas...) - Le savoir-faire dont les techniques d'écoute (pratique clinique, ateliers, ...) - Le savoir-être dont l'état d'esprit et la posture de chaque professionnel (observation, jeux de rôle...) 				

N°	QUESTIONS	Non	En cours	Oui	Document preuve
2.12 (suite) 	Une liste recensant les vérifications des compétences et les formations de chaque professionnel est tenue à jour. [Voir IHAB Liste formations et vérif compétences (lien)				
2.13 	<p>Dès le début de la démarche IHAB, des outils de suivi sont mis en place (cf IHAB Organisation formation (lien) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un plan de développement des compétences (ou plan de formation, document type à compléter) (lien) - La Pratique Clinique Accompagnée (PCA) avec fiches de traçabilité individuelles (lien) - La liste des formations, en lien direct avec la démarche IHAB (lien) - Le relevé nominatif de formations et vérif compétences (lien) qui permettra de remplir le Récapitulatif de la formation et vérif compétences par catégorie professionnelle (liens) <p>Après la 1ère labellisation, tous les documents de suivi sont repris et complétés, et il est utile de mettre en place des fiches individuelles de vérification des compétences. [Voir IHAB Fiche individuelle Vérif Compétences (lien)]</p> <p>Lors de chaque évaluation, des documents sont préparés. À envoyer à IHAB France 4 mois avant la date d'évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le plan de développement des compétences (lien) - Le Récapitulatif de la formation et vérif compétences par catégorie professionnelle (lien) <p>À mettre à disposition des évaluateurs dès leur arrivée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La liste des formations et des vérifications de compétences (lien) - Le relevé nominatif de formations et de vérifications de compétences (lien) - Les fiches individuelles de Pratique Clinique Accompagnée (PCA) (lien) ou les fiches individuelles de vérification des compétences (pour une réévaluation) (lien) 				
2.14	L'établissement permet à certains soignants de suivre des formations spécialisées en allaitement.				

RECOMMANDATION 3

3.A Parler avec les femmes enceintes (et leur famille) de l'importance de l'allaitement et de sa pratique. Cela concerne également les situations de prématurité et d'enfant malade à naître.

3.B Parler avec les femmes enceintes et leur partenaire des pratiques pendant le travail et l'accouchement qui favorisent une expérience positive de la naissance et un bon démarrage de l'allaitement.

Pour la recommandation 3.B, l'évaluation se fera sur la lecture de la politique IHAB 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 progressivement les pratiques listées ci-dessous et de les présenter aux femmes enceintes.

3.A 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 IHAB.

Cette information prénatale, donnée par oral et par écrit, traite de l'importance (9 points-clés) :

- ✓ De l'allaitement, tant pour le bébé que pour la mère ;
- ✓ Du contact peau-à-peau immédiat et prolongé à la naissance (qui sera repris s'il est interrompu pour une raison justifiée, et reproposé au cours des premiers jours) ;
- ✓ De garder leur enfant près d'elle ;
- ✓ Du démarrage précoce de l'allaitement ;
- ✓ De l'allaitement dès que le bébé montre qu'il est prêt à téter ;
- ✓ Des tétées fréquentes pour assurer une lactation suffisante ;
- ✓ Des bases en matière de position et de prise du sein ;
- ✓ De l'allaitement exclusif (sans autre boisson ou aliment) pendant les 6 premiers mois en évitant si possible l'utilisation des biberons et des sucettes ;
- ✓ De la poursuite de l'allaitement après 6 mois, avec la diversification alimentaire.

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

Le responsable du service de maternité déclare que :

- Il est noté dans le dossier de chaque femme enceinte que l'allaitement a été discuté avec elle;
- Le dossier précise s'il s'agit d'un premier allaitement ou si la femme a eu des **difficultés lors d'un allaitement précédent** (ou une pathologie ou un traitement pouvant interférer avec l'allaitement) ; dans ces situations, un soutien particulier est proposé et tracé ;
- Le service transmet au réseau de proximité les documents d'information actualisés ;
- Il invite les professionnels de ce réseau à une formation ou une réunion, et sait comment les contacter.

Le(s) responsables du(des) service(s) (maternité et/ou néonatalogie) déclare(nt) qu'au moins 80% des **femmes enceintes hospitalisées** pour un 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-natal 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 ;
- ✓ 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, présence proposée 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 IHAB.

Au moins 70% des mères (en maternité et/ou néonatalogie) dont le nouveau-né est hospitalisé (et de femmes enceintes hospitalisées pour un risque d'accouchement prématuré) :

- 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 ;
- 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.

3.B Critères IHAB

L'examen de la politique IHAB révèle aussi que des pratiques et/ou des procédures respectueuses des besoins de la mère et du bébé pendant le travail et l'accouchement sont proposées aux femmes enceintes dans le respect de la sécurité médicale et visant une expérience positive de la naissance, 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 respecter la dignité, l'intimité et la confidentialité des femmes pendant le travail et l'accouchement ;
- ✓ De permettre aux femmes de boire et manger léger pendant le travail, si elles le désirent ;
- ✓ De proposer aux femmes les options non-médicamenteuses pour soulager les douleurs, en respectant leurs préférences personnelles ;
- ✓ D'encourager les femmes à marcher, à bouger et à adopter les positions qui leur conviennent ;
- ✓ D'informer les femmes afin qu'elles soient en mesure de prendre des décisions éclairées ;
- ✓ De les accompagner de manière adaptée en cas d'accouchement difficile.

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.*

Au moins 80% des soignants médicaux (gynéco-obstétriciens, pédiatres et sages-femmes) travaillant en salle de naissance :

- Ont réfléchi en équipe aux pratiques obstétricales invasives (pour raison médicale) et à leur impact sur le processus de parentalité et peuvent citer un sujet de réflexion abordé ;
- Peuvent citer des modalités d'accompagnement de ces situations potentiellement traumatisantes ;
- Savent comment vérifier la compatibilité d'un médicament avec l'allaitement maternel.

Au moins 80% des soignants, intervenant même ponctuellement en salle de naissance, peuvent relater un exemple d'accompagnement adapté à une situation difficile, afin que le moment de la naissance soit une expérience positive, favorise le lien mère enfant et un bon démarrage de l'allaitement.

3.A et 3.B Critères IHAB







Au moins 70% des femmes enceintes, à partir de 34 semaines d'aménorrhée qui ont bénéficié d'au moins deux visites prénatales dans l'établissement :





- Confirment qu'un membre de l'équipe ou un professionnel du réseau a discuté avec elles individuellement de l'allaitement **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) ;
- 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/24 ;
 - ✓ L'importance d'un allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois (bénéfices de l'allaitement et conséquences possibles des compléments non justifiés).
- Ont pu échanger avec un professionnel sur leurs souhaits et inquiétudes pour l'accouchement et l'accueil du bébé ;
- Relatent qu'un professionnel leur a parlé de diverses méthodes non médicamenteuses (autres que la péridurale) pour gérer les douleurs et se sentir mieux, et elles peuvent en citer une ;
- Savent qu'elles seront soutenues et accompagnées durant cette période afin que cette expérience soit positive et facilite la rencontre avec leur enfant.





1.Critères IHAB pour évaluer la mise en place des 3 principes



Au moins 80% des femmes enceintes déclarent que :

- Les professionnels sont particulièrement à leur écoute, et les aident à exprimer leurs difficultés ;
- Les professionnels leur expliquent comment ils vont les accompagner aux différentes étapes pour qu'elles soient rassurées sur leurs compétences et valorisées ;
- Les professionnels les aident à formuler au mieux leurs choix ;
- Leur partenaire est bien accueilli.

N°	QUESTIONS reco 3.A	Non	En cours	Oui	Document preuve
3.A1 	<p>Des consultations et des services prénataux sont proposés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans l'établissement ; - Et/ou dans les centres périnataux de proximité ; - Et/ou dans le secteur libéral ; - Et/ou en PMI. <p>Des actions sont mises en place pour informer <u>toutes</u> les femmes enceintes suivies en dehors de l'établissement (travail en réseau...). L'organisation mise en place est <u>décrite dans la fiche de renseignements</u>.</p> <p>Le contenu de l'information prénatale est <u>écrit dans la politique</u>.</p>				
3.A2 	<p>Toutes les femmes enceintes ont pu échanger sur l'allaitement et sont <u>informées par oral et par écrit des 9 points-clés cités dans les Critères</u>.</p> <p>Elles sont aussi informées par écrit de l'existence des associations de soutien entre mères (allaitement, parentalité).</p> <p>En cas de suivi hors établissement, l'équipe s'assure que la femme a pu échanger sur l'allaitement et a reçu les informations des 9 points clés.</p>				
3.A3 	<p>Les femmes enceintes à partir de 34 semaines d'aménorrhée qui ont bénéficié d'au moins deux visites prénatales dans l'établissement, sont capables de restituer les informations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'importance de l'allaitement, suffisant pour le bébé pendant les 6 premiers mois (sans autre boisson ou aliment) ; - Les conséquences possibles de donner des compléments non justifiés ; - L'importance d'un contact peau à peau ; - L'importance de garder leur bébé près d'elles 24h/24. 				
3.A4 	<p>Le dossier prénatal indique si l'allaitement maternel a été discuté avec la femme enceinte (la distribution d'un document n'est pas suffisante).</p> <p>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.</p> <p>Dans ces situations, une attention et un soutien particulier sont apportés à la femme et sont tracés.</p>				
3.A5 	<p>Les documents remis aux femmes enceintes, sont sélectionnés et révisés de façon à être en accord avec la politique IHAB.</p>				
3.A6 	<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>				

N°	QUESTIONS reco 3.A	Non	En cours	Oui	Document preuve
3.A7 	Les professionnels médicaux travaillant en prénatal connaissent les ressources disponibles pour vérifier la compatibilité des médicaments avec l'allaitement.				
3.A8 	<p>Les femmes enceintes présentant un risque de naissance d'enfant prématuré ou malade et les mères dont le nouveau-né est hospitalisé 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 et l'importance du lait de sa mère et/ou du lactarium ; - La possibilité de nourrir leur enfant avec leur lait tiré ; - Les bénéfices du contact peau à peau pour elles et pour leur bébé ; - L'importance de la proximité mère-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. Cette organisation est <u>décrite dans la politique IHAB.</u></p>				
3.A9 	La mère et le père/partenaire reçoivent ces informations plus en détail le jour de la naissance et/ou dès le début de l'hospitalisation de leur enfant.				
N°	QUESTIONS reco 3.B et 1	Non	En cours	Oui	Document preuve
3.B1 	<p>Les pratiques de l'équipe concernant l'accompagnement des femmes pendant le travail et l'accouchement sont <u>écrites dans la politique IHAB du Pôle.</u></p> <p>Elles tiennent compte des contre-indications et des complications obstétricales, dans le respect de la sécurité médicale.</p> <p>Cet accompagnement aborde les pratiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les options non médicamenteuses susceptibles d'aider les femmes pendant le travail et l'accouchement ; - L'encouragement 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 ; dès que les femmes sont en travail, cette personne ou ces deux personnes accompagnantes sont accueillies par le soignant et encouragées à offrir le soutien souhaité par les mères ; - L'encouragement à marcher et bouger pendant le travail ; - L'encouragement à adopter les positions qui leur conviennent ; - La possibilité de boire et de manger léger pendant le travail si elles le désirent. 				

N°	QUESTIONS reco 3.B et 1	Non	En cours	Oui	Document preuve
3.B1 <i>(suite)</i> 	Elles visent globalement à respecter les besoins des mères et des bébés : - En respectant la dignité, l'intimité et la confidentialité des femmes ; - En les informant afin qu'elles soient en mesure de prendre des décisions éclairées ; - En les accompagnant de manière adaptée en cas de situation traumatisante.				
3.B2 	Toutes les femmes enceintes : - Échangent avec un professionnel de leurs souhaits et inquiétudes pour l'accouchement et l'accueil de leur bébé ; - Savent qu'elles seront soutenues et accompagnées pendant le travail et l'accouchement (afin que cette expérience soit positive et facilite la rencontre avec leur enfant) ; - Sont informées des options non médicamenteuses susceptibles de les aider et elles peuvent en citer une ; - Sont aidées à préparer leur projet de naissance (pas un critère).				
3.B3	<u>Les soignants qui travaillent en salle de naissance s'approprient des pratiques et/ou des procédures respectueuses des besoins de la mère et du bébé pendant le travail et l'accouchement</u> , dans le respect de la sécurité médicale et visant une expérience positive de la naissance. 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. L'équipe prend en compte les souhaits de la femme en temps réel à propos des positions d'accouchement.				
3.B4 	Les soignants médicaux pèsent les indications et évitent 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...)) Les soignants médicaux expliquent aux femmes, de façon compréhensible et respectueuse, les raisons de recourir à ces procédures invasives (informer, se faire comprendre et s'adapter). Les soignants médicaux savent accompagner les femmes en cas de situation potentiellement traumatisante et peuvent en citer les modalités. Tous les soignants intervenant en salle de naissance savent accompagner les femmes (et leurs partenaires) en cas de situation difficile (attitude de respect, de réconfort...) et ils peuvent citer un exemple d'accompagnement des femmes en situation difficile.				
3.B5 	Les soignants médicaux prennent en compte l'intention d'allaiter de la femme lorsqu'ils décident d'utiliser un sédatif, un analgésique ou un anesthésique pendant le travail et l'accouchement. Les soignants médicaux savent comment vérifier la compatibilité d'un médicament avec l'allaitement maternel.				

N°	QUESTIONS reco 3.B et 1	Non	En cours	Oui	Document preuve
3.B6 	Les soignants médicaux travaillant en salle de naissance, réfléchissent en équipe : - Aux pratiques obstétricales invasives (pour raison médicale) et à leur impact sur le processus de parentalité ; - Aux modalités d'accompagnement de ces situations pour qu'elles ne soient pas traumatisantes.				
3.B7	Il existe un recueil des statistiques obstétricales demandées dans la fiche de renseignements IHAB. Ainsi, l'équipe de salles de naissance mesure l'évolution de ses pratiques.				
1. 	<p><i>Les points suivants concernent les critères de la mise en place des 3 principes par les équipes de prénatal et de salle de naissance (cf recommandation 1).</i></p> <p>Lors de tous les contacts pendant la grossesse (EPP, consultations, échographies...), et lors de l'accouchement, les professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tiennent compte de façon respectueuse des situations de handicap (mental ou physique), et des spécificités culturelles (c'est mentionné dans la politique) ; - sont particulièrement à l'écoute des femmes et de leur partenaire, les aident à exprimer leurs difficultés et leurs questions, - leur expliquent comment ils vont les accompagner aux différentes étapes pour que les mères soient rassurées sur leurs compétences et valorisées, - les aident à formuler au mieux leurs choix. <p>Les professionnels sont formés (selon leur qualification) à l'écoute, à la relation d'aide, à l'EPP...</p> <p>Ils partagent les situations difficiles avec d'autres professionnels.</p>				

RECOMMANDATION 4

Les professionnels intervenant en salle de naissance doivent se référer également aux critères et aux questions de la recommandation 3B

Encourager le contact peau à peau entre le nouveau-né et sa mère immédiatement à la naissance pendant au moins une heure et de façon ininterrompue, et inviter la mère à reconnaître quand son bébé est prêt à téter.

4. Critères IHAB

La mise en place de cette recommandation est brièvement décrite dans **la politique** et fait l'objet d'un ou plusieurs protocole(s). **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** ou présentant une pathologie est décrite dans ce protocole d'accueil du nouveau-né.

Au moins 80% des mères qui ont accouché dans l'établissement **par voie basse ou par césarienne SANS anesthésie générale**, confirment que leur bébé, né à 37 Semaines d'Aménorrhée ou plus, a été en contact peau-à-peau sur elles, immédiatement à la naissance et de façon ininterrompue pour une durée d'au moins une heure, à moins d'une raison médicale (EBM) ou d'un choix éclairé de leur part justifiant de différer ou d'interrompre ce contact.

Les mères qui ont eu une anesthésie générale (pour césarienne ou autre raison), confirment (à moins d'une raison médicale EBM justifiant de procéder autrement ou d'un choix éclairé de la mère) que leur bébé a été 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 contact peau-à-peau avec la mère est toujours privilégié. Lorsqu'il n'est pas réalisable avec la mère, le contact peau-à-peau est proposé au père/partenaire et repris avec la mère dès que possible. Au moins 80% de **toutes les mères** confirment cette pratique.

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*).








** Si nécessaire, l'équipe peut aider la mère 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.*





Au moins 80% des **mères dont le bébé a nécessité des soins médicaux à la naissance** (qu'il ait été hospitalisé ou non ensuite),

- Déclarent qu'elles (et le père/partenaire) ont été traitées avec douceur et respect
- Déclarent qu'elles (et le père/partenaire) ont été informées des raisons justifiées qui ont empêché le contact peau à peau. L'équipe confirme ces raisons.

Au moins 80 % des **mères d'enfants nés avant 37 Semaines d'Aménorrhée** ou présentant une pathologie, confirment que leur bébé a été en contact peau-à-peau précoce, continu et prolongé sur elles, à moins d'une raison médicale (EBM) ou d'un choix éclairé de leur part justifiant de différer ou d'interrompre ce contact.

Au moins 80% des mères dont **le bébé a été transféré en néonatalogie à la naissance**, confirment que leur bébé a été en contact peau-à-peau avec elle au moment de la naissance, avant le transfert, à moins d'une raison médicale (EBM) ou d'un choix éclairé de leur part.

N°	QUESTIONS	Non	En cours	Oui	Document preuve
4.1 	<u>Les bébés nés par voie basse</u> sont en contact peau à peau avec leur mère immédiatement à la naissance, et leurs mères sont encouragées à poursuivre ce contact de façon ininterrompue si la mère le souhaite pendant au moins 1 heure (avec toute la surveillance nécessaire et en l'absence de raison médicale justifiée obligeant à différer ou à interrompre ce contact)				
4.2 	En cas de césarienne <u>SANS anesthésie générale</u> , le contact 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 de manière ininterrompue, Si la mère le souhaite, avec toute la surveillance nécessaire et en l'absence de raison médicale justifiée obligeant à différer ou à interrompre ce contact. <i>Dissocier les 3 items permet d'apprécier la progression des pratiques, l'objectif étant de répondre « oui » aux 3 items pour satisfaire au Critère.</i>				
4.3	En cas de césarienne (hors AG et hors contexte d'urgence), il est proposé au partenaire d'être présent en salle de césarienne pour l'accueil de son enfant.				
4.4 	<u>En cas d'Anesthésie générale (pour césarienne ou toute autre raison)</u> , les bébés sont en contact peau à peau avec leur mère dès qu'elle est suffisamment réveillée, pour une durée minimum de 1 heure.				
4.5 	En cas d'indisponibilité de la mère, le contact peau-à-peau est proposé au père/partenaire puis débuté avec la mère dès que possible.				
4.6 	Pendant cette première période de contact 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>). Le contact peau-à-peau est poursuivi idéalement jusqu'à la 1ère tétée.				
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 l'installation de la mère et de son bébé, les modalités de la surveillance du contact 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 contact peau à peau est assurée.				

N°	QUESTIONS	Non	En cours	Oui	Document preuve
4.9 	<p>La prise en charge des enfants de moins de 37 SA et/ou les enfants porteurs de pathologie est décrite dans le protocole d'accueil du nouveau-né.</p> <p>L'expression manuelle du lait pour ces enfants dès la naissance, si la mère le souhaite, est décrite également.</p>				
4.10 	<p>Les enfants de moins de 37 SA et/ou présentant une pathologie, sont en contact peau-à-peau précoce, continu et prolongé avec leur mère à moins d'une raison médicale (EBM) ou d'un choix éclairé de la mère justifiant de différer ou d'interrompre ce contact.</p> <p>La nécessité d'une prise en charge en néonatalogie n'empêche pas ce contact peau-à-peau.</p> <p>Les équipes se mobilisent pour que le contact peau-à-peau soit possible dans toutes les situations et dans un délai le plus court possible. La progression des pratiques peut être appréciée sur les délais du premier contact peau-à-peau :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Immédiatement à la naissance - Dans les 2h qui suivent la naissance - Dans les 6h qui suivent la naissance - Entre la 6^{ème} et 24^{ème} heure qui suit la naissance 				
4.11 	<p>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.</p>				
4.12 	<p>Les mères séparées de leur bébé (pour des soins médicaux justifiés ou en cas de transfert en néonatalogie) sont traitées avec douceur et respect, ainsi que leur partenaire.</p>				
4.13	<p>Si la mère ne peut pas rester auprès de son bébé, la présence du père/partenaire auprès du bébé est encouragée.</p>				

RECOMMANDATION 5

**Aider les mères à commencer et maintenir l'allaitement et à gérer les difficultés les plus fréquentes, 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) responsable(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.

Au moins 80% des soignants du service :

- Ont des connaissances adaptées sur les installations possibles pour que le bébé prenne le sein, et peuvent les décrire et les transmettre aux mères de manière adéquate, ou ils précisent à qui ils adressent les mères pour ces conseils,
- Connaissent les critères de prise du sein optimale,
- Connaissent les signes montrant que la succion et l'allaitement sont efficaces,
- Connaissent les stratégies à mettre en place afin d'augmenter le transfert de lait et la production de lait si nécessaire,
- Apprennent à toutes les mères allaitantes 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,
- 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,
- Savent comment mettre en route la lactation d'une mère si la succion du bébé n'est pas efficace ou s'ils sont séparés l'un de l'autre, et comment obtenir un volume de lait optimal (techniques d'expression du lait adaptées, fréquence et durée des expressions),
- 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,
- 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 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 ces démonstrations sont précises et complètes.

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

Au moins 80% des mères déclarent qu'un soignant leur a apporté de l'aide rapidement (pour la deuxième alimentation ou au plus tard dans les 6 heures suivant la naissance).

Au moins 80% des mères qui allaitent :

- Peuvent montrer ou décrire une installation et une position au sein adéquates,
- Peuvent montrer ou décrire une prise du sein adéquate,
- Peuvent décrire deux signes indiquant que la succion et l'allaitement sont efficaces,
- Déclarent qu'on leur a montré comment exprimer leur lait à la main,

Au moins 80% des mères qui n'allaitent pas :





- Peuvent montrer ou décrire l'installation pour donner le biberon,






- Peuvent montrer ou décrire la prise adéquate du biberon,
- Déclarent qu'on leur a proposé de préparer un biberon,
- 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) :

Au moins 80% des mères dont le bébé est prématuré et/ou malade, et qui donnent leur lait à leur bébé déclarent :

- Avoir reçu de l'aide pour exprimer leur lait, dans l'heure ou les 2 heures qui suivent la naissance ou à leur arrivée en maternité (et en néonatalogie),
- Qu'un soignant leur a montré comment exprimer leur lait à la main et au tire-lait,
- Qu'un soignant leur a prêté et prescrit un tire-lait efficace et confortable (avec double pompage),
- Qu'un soignant leur a dit d'exprimer leur lait au moins 8 fois par 24 heures au début (au moins une fois la nuit) pour favoriser une lactation adéquate. Cette fréquence est adaptée ultérieurement au cas par cas.

N°	QUESTIONS	Non	En cours	Oui	Document preuve
5.1	Les soignants du service offrent leur aide à toutes les mères à leur arrivée en suites de naissances. Le soignant 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	 Au plus tard dans les 6 heures qui suivent la naissance, le soignant évalue les besoins de chaque nouveau-né et apporte son aide aux mères.				
5.3	Il y a en permanence un professionnel compétent en allaitement (ayant reçu ou non une formation spécialisée) disponible pour conseiller les mères pendant leur séjour dans l'établissement et pour préparer leur sortie.				
5.4	 Le soignant accorde une attention et un soutien particuliers aux mères qui allaitent pour la première fois ou qui ont eu des problèmes pour allaiter. Ces antécédents sont tracés dans le dossier.				
5.5	 Le soignant 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 connaissent les critères d'une succion et d'un allaitement efficaces.				
5.6	 Le soignant montre à toutes les mères qui allaitent comment exprimer leur lait à la main . Le soignant informe toutes les mères qui allaitent et qui en ont besoin, d'une utilisation correcte du tire-lait , leur montre comment l'utiliser et leur indique à qui s'adresser si besoin.				

N°	QUESTIONS	Non	En cours	Oui	Document preuve
5.7 	<p>Le soignant connaît les signes d'une succion et d'un allaitement efficaces, et les explique aux mères.</p> <p>Les mères sont informées qu'un bébé allaité tête souvent et de manière irrégulière (dans les jours, semaines et mois qui suivent).</p> <p>Le soignant donne des conseils à toutes les mères sur la conduite à tenir si le bébé ne tête pas souvent et/ou efficacement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - De le garder en proximité corporelle (contact peau à peau...), - De s'assurer d'une position et d'une prise du sein adéquates (revoir la tétée), - D'exprimer leur lait et de le lui donner. 				
5.8 	<p>Le soignant 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, même s'il ne s'agit pas de son premier enfant.</p>				
5.9 	<p>Le soignant informe les mères qui n'allaitent pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 				
5.10 	<p>Le soignant 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.</p>				
5.11	<p>Si besoin, le soignant accompagne les mères qui n'allaitent pas pour gérer leur montée de lait.</p>				
5.12 	<p>Cette question concerne les mères dont le bébé est prématuré et/ou malade (services de maternité et de néonatalogie) :</p> <p>Les soignants accompagnent 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 aussi rapidement que possible, à adapter au contexte (idéalement dans l'heure suivant la naissance).</p> <p>Les soignants expliquent aux mères l'intérêt d'exprimer leur lait au moins 8 fois par 24 heures au début (dont la nuit) pour favoriser une bonne lactation (même si leur bébé ne boit pas tout).</p> <p>Les soignants expliquent aux mères l'importance d'utiliser à la fois l'expression manuelle et le tire-lait, et montrent aux mères comment le faire.</p> <p>Un document sur l'expression du lait est remis aux mères qui tirent leur lait pour leur enfant hospitalisé.</p> <p>Le service met à disposition de chaque mère un tire-lait électrique double pompage efficace et confortable.</p> <p>Les soignants médicaux prescrivent aux mères un tire-lait électrique double pompage efficace et confortable, afin qu'elles apprennent à l'utiliser avant leur sortie.</p>				

RECOMMANDATION 6

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

Pour les enfants prématurés et/ou malades, 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 nouveau-nés en maternité et en néonatalogie]

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.

L'analyse de l'évolution des chiffres (cf. statistiques d'alimentation du nouveau-né) permet à l'équipe d'adapter ses actions ; le travail mené pour accompagner 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 montré et/ou distribué aux mères.

Au moins 80% des **soignants 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% des **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'ont 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 préparation commerciale pour nourrisson. Ils décrivent l'information donnée aux mères en cas d'hospitalisation de leur enfant.

N°	QUESTIONS	Non	En cours	Oui	Document preuve
6.1 	<p>Les données suivantes sont notées dans le dossier médical du nouveau-né :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentation avec des préparations pour nourrissons (PCN) sur indication médicale (= contre-indication à l'allaitement), - Alimentation au lait maternel (de la mère), comptabilisée en allaitement maternel, - Don de compléments : motif (sur indication médicale justifiée à détailler, ou sur décision de la mère), nature, mode d'administration, quantité <p>En France, le lait de lactarium (issu du Don anonyme d'autres mères) est à considérer aussi comme un complément car une équipe IHAB essaie de privilégier toujours le lait de la mère. Mais parmi les compléments proposés, il doit être priorisé (en fonction du protocole de service).</p> <p>[Voir Statistiques sur l'alimentation des nouveau-nés en maternité et en néonatalogie]</p> <p><i>« Les compléments sont définis comme tout ce qui est donné au nouveau-né en dehors du lait de la propre mère (eau, eau sucrée, soluté de réhydratation, tisane, préparation pour nourrisson, lait de lactarium issu de Don anonyme d'autres mères, et tout autre substitut possible du lait maternel...), quel que soit le mode d'administration (sonde gastrique, sonde sur le doigt ou sur le sein, tasse, seringue, biberon...). »</i></p>				
6.2	<p>Ces données statistiques sont analysées régulièrement par l'équipe pour adapter ses actions (en valorisant le travail d'accompagnement de chaque mère quelle que soit sa décision).</p> <p>Les données sont étudiées aussi lors des COPIL.</p>				
6.3 	<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 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 soignant anticipe les situations à risque de compléments sur indication médicale (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 contact 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>				

N°	QUESTIONS	Non	En cours	Oui	Document preuve
6.4 	<p>Le soignant 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. 				
6.5 	<p>En cas d'hospitalisation d'un nouveau-né non allaité, le soignant rediscute dès que possible avec sa mère, des bénéfices santé de donner son lait à son bébé.</p> <p>En plus des questions précédentes, les équipes de néonatalogie doivent répondre aux questions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Les nouveau-nés reçoivent en priorité le lait de leur propre mère, donné cru chaque fois que possible (sauf indication médicale justifiée et notifiée). -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 autres préparations. <p>Les soignants informent les mères qui ne souhaitent pas allaiter que leur bébé pourra recevoir (selon le protocole du service) du lait de lactarium.</p> <p>Il existe un protocole sur l'alimentation des bébés hospitalisés en néonatalogie qui reprend ces points et qui est connu de tous les soignants.</p>				

RECOMMANDATION 7

Favoriser la proximité de la mère et du bébé 24 heures sur 24, privilégier le contact peau à peau et le considérer comme un soin.

Les critères marqués concernent la mise en place des 3 principes de la recommandation 1.*

7. Critères IHAB

La politique décrit l'organisation du service pour favoriser au maximum la proximité de la mère et du bébé (et du père ou partenaire), dans de bonnes conditions d'accueil et de confort.

Elle décrit aussi ce qui est mis en place pour l'accueil des parents en situation de handicap (mental ou physique), et des parents ayant des spécificités culturelles particulières*.

Les observations dans toute unité où il y a des nouveau-nés confirment que :

- Au moins 80% des nouveau-nés ont leur mère (ou le père/partenaire) auprès d'eux ou, si ce n'est pas le cas, ils ont été séparés pour des raisons justifiées,
- Les niveaux sonores et lumineux sont contrôlés et adaptés aux enfants et à leurs parents*,
- La disposition des lieux cherche à préserver l'intimité des familles*.

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

- Les unités néonatales sont ouvertes jour et nuit, 7 jours sur 7, sans restriction pour les parents, même pendant les visites médicales et les soins des autres enfants,
- Toutes les mères peuvent se reposer près de leur bébé dans l'unité néonatale sur un lit (ou un fauteuil inclinable si l'aménagement n'est pas possible) *,
- Les parents disposent de sanitaires ainsi que d'un lieu pour boire et manger à proximité de l'unité néonatale où est hospitalisé leur enfant (peu importe qui fournit la nourriture) *.

Au moins 80% des mères en maternité 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 et discutées avec la mère. La raison et la durée de la séparation sont tracées dans le dossier. Pour des soins tels que la photothérapie, tout est mis en œuvre pour éviter la séparation,
- Elles ont été informées de l'intérêt du contact peau à peau et ont été encouragées à le pratiquer pendant le séjour en maternité,
- Elles ont été encouragées à s'occuper elles-mêmes de leur bébé dès qu'elles s'en sont senties capables,
- Les éventuels soins douloureux pour leur bébé ont été effectués avec leur participation (si possible pendant une tétée (ou un biberon si non allaité) et/ou pendant un contact peau à peau).

Au moins 80% des mères dont le bébé est hospitalisé en néonatalogie, déclarent que :

- Les soignants les ont incitées à être hospitalisées avec leur bébé **et/ou** à rester avec leur bébé 24h sur 24,
- Les soignants leur ont expliqué l'intérêt du contact peau à peau et les ont aidées à installer leur bébé en contact peau à peau,
- Elles ont porté leur bébé en contact peau à peau aussi souvent et aussi longtemps qu'elles le souhaitent (si son état le permettait).




En outre, **au moins 80% de ces mères** déclarent qu'elles ont pu bénéficier de 3 de ces 4 propositions :




- Elles ont pu avoir un premier contact avec leur enfant dès leur sortie de salle de naissance ou de SSPI*.

- Elles ont été incitées à participer aux soins de leur enfant dès les premières 24h, ou dès qu'elles s'en sont senties capables*,
- Les professionnels les ont informées à toutes les étapes, de l'état de santé de leur enfant et du plan de soins en cours*,
- Elles ont pu participer aux décisions concernant leur enfant*.

Au moins 80% des mères dans les services de maternité et de néonatalogie déclarent qu'elles ont pu bénéficier de 3 des 4 propositions suivantes* :

- Les professionnels ont été à leur écoute, les ont informées et les ont aidées à formuler leurs choix, lors de la grossesse, de l'accouchement et ensuite*,
- Leur partenaire a été bien accueilli et a été invité à participer aux soins de son enfant*,
- L'examen pédiatrique du bébé est organisé pour que le père ou partenaire puisse être présent*,
- La présence du père ou partenaire la nuit en maternité est possible et proposée*.

N°	QUESTIONS	Non	En cours	Oui	Document preuve
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. (Terme OMS : "séparation pour des raisons médicales justifiables")				
7.2 	En l'absence de contre-indication (référence EBM), le soignant explique à tous les parents l'intérêt du contact peau à peau, et il l'encourage en insistant sur la bonne position et les consignes de sécurité. Il utilise le contact peau à peau couramment comme un soin : Pour faciliter l'éveil du bébé et l'encourager à téter, 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 partenaire), s'ils l'acceptent, et si possible dans leur chambre. Ils peuvent accompagner activement leur bébé dans un soin potentiellement douloureux, au cours d'un repas (tétée sein ou biberon pour les bébés non allaités) ou par un contact peau à peau prolongé. Les soins particuliers tels que la photothérapie et dépistages sont faits avec les parents dans de bonnes conditions de confort et d'intimité.				
7.4	Une unité kangourou ou des chambres mères-enfants sont présentes dans l'établissement.				
7.5	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.				

N°	QUESTIONS	Non	En cours	Oui	Document preuve
7.6 	<p>Les services s'organisent pour que les mères soient hospitalisées avec leur bébé le plus souvent possible.</p> <p>Si la séparation est obligée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La mère est amenée près de son enfant dès qu'elle le peut (premier contact organisé dès sa sortie de salle de naissance ou de SSPI) *, - Le père/partenaire est incité à venir à tout moment, - Les parents sont incités à rester le plus possible avec leur enfant, 24h sur 24, et sont accueillis dans de bonnes conditions de confort et d'intimité. 				
7.7 	<p>Le soignant 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.</p> <p>Le soignant de néonatalogie montre à chaque mère (et chaque partenaire) 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) savent le faire seuls et correctement.</p> <p>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.</p>				
7.8	<p>Le soignant dialogue avec les parents sur les besoins des bébés la nuit.</p> <p>Le soignant informe les parents de la sécurité du couchage des bébés, adaptée à chaque situation.</p>				
7.9 	<p><i>Cette question 7.9 concerne la mise en place des 3 principes de la recommandation 1 (soins centrés sur les besoins de chaque nouveau-né, de sa mère et de son père, environnement favorable à leur autonomie).</i></p> <p>En maternité et en néonatalogie :</p> <p>Les niveaux sonores et lumineux sont contrôlés et adaptés aux nouveau-nés.</p> <p>La disposition des lieux cherche à préserver l'intimité des familles.</p>				

N°	QUESTIONS	Non	En cours	Oui	Document preuve
7.9 (suite)	<p>Les mères dont l'enfant est hospitalisé à la naissance ont un premier contact avec leur enfant dès leur sortie de salle de naissance ou de SSPI.</p> <p>Les mères sont incitées à s'occuper elles-mêmes de leur bébé dès les premières 24h, dès qu'elles s'en sentent capables.</p> <p>Leur partenaire est bien accueilli et invité à participer à ces soins.</p> <p>Il est accueilli jour et nuit dans la chambre de sa compagne (en maternité).</p> <p>L'examen pédiatrique du bébé est organisé pour qu'il puisse être présent.</p> <p>Les professionnels sont à l'écoute des parents, ils échangent avec eux pour les aider à formuler leur choix.</p>				
7.10	<p><i>Cette question 7.10 concerne la mise en place des 3 principes de la recommandation 1 (soins centrés sur les besoins de chaque nouveau-né, de sa mère et de son père, environnement favorable à leur autonomie).</i></p> <p>En néonatalogie, toutes les mères peuvent se reposer près de leur bébé sur un lit (ou un fauteuil inclinable si l'aménagement n'est pas encore possible).</p> <p>Les parents disposent de sanitaires ainsi que d'un lieu pour boire et manger à proximité de l'unité néonatale où est hospitalisé leur enfant.</p> <p>Les professionnels informent les parents de toutes les étapes de l'état de santé de leur enfant.</p> <p>Ils connaissent le plan de soins en cours (en particulier les stratégies pour soutenir la lactation, l'allaitement et l'alimentation de leur enfant).</p> <p>Les parents sont consultés et peuvent participer aux décisions concernant leur enfant.</p>				

RECOMMANDATION 8

Aider les mères à reconnaître les signes qui montrent que leur bébé est prêt à téter et les aider à y répondre.

Observer le comportement et les compétences de l'enfant prématuré et/ou malade lors de ses expériences orales. Proposer des stratégies permettant de progresser vers une alimentation autonome de qualité.




8. Critères IHAB

Au moins 80% des mères en maternité :

- 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 ;
- Celles qui allaitent, déclarent qu'on leur a conseillé d'allaiter leur enfant aussi souvent et aussi longtemps qu'il tète ;
- Celles qui n'allaitent pas, déclarent qu'on leur a conseillé de ne pas forcer leur bébé à finir le biberon et savent combler ses besoins autrement.

Au moins 80% des soignants de néonatalogie :

- Connaissent l'importance de respecter le sommeil des bébés prématurés et/ou malades, et savent observer les signes discrets de recherche (du sein) ;
- Savent que les compétences du bébé prématuré déterminent le moment où il peut téter le sein, et non son âge gestationnel ou son poids ;
- Connaissent les items à observer pour évaluer la progression de l'enfant prématuré au sein ;
- Savent comment favoriser la progression vers l'alimentation autonome de qualité **de tous les bébés et de leurs parents** (au sein ou au biberon).

N°	QUESTIONS	Non	En cours	Oui	Document preuve
8.1 	<p>Le soignant 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. <p>Le soignant 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>				
8.2 	<p>Le soignant 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>				
8.3 	<p>Le soignant de néonatalogie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sait que les compétences du bébé prématuré déterminent le moment où il peut téter au sein, et non son âge gestationnel ou son poids ; - Transmet aux mères les petits signes indiquant que leur bébé cherche à téter ; - Connait les items à observer pour évaluer la progression de l'enfant prématuré au sein. <p>Il conseille à toutes les mères de respecter les périodes de sommeil de leur bébé (contact peau à peau sans stimulation), et il fait de même pour les soins (si possible).</p> <p>Il connaît les outils mis en place dans le service pour permettre aux bébés, allaités ou non, et à leurs parents de progresser vers l'alimentation autonome.</p> <p>Il propose aux enfants prématurés et/ou malades des expériences orales positives pour les aider à progresser vers l'alimentation autonome en incluant les parents. Lors de ces expériences orales ou de l'alimentation d'un enfant, le soignant tient compte en permanence de la stabilité des systèmes (respiratoire, postural, physiologique, relationnel...), et il apprend aux parents comment observer cette stabilité.</p> <p>Il aide les mères qui allaitent à s'installer avec leur bébé. Il apprend aux mères qui n'allaitent pas à donner le biberon à leur bébé dans le respect de ses capacités.</p>				

RECOMMANDATION 9

**Pour les bébés allaités, réserver l'usage des biberons et des sucettes aux situations particulières.
Échanger avec les mères à propos des conséquences éventuelles de leur utilisation.**

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 conséquences éventuelles liées à leur utilisation, ou qu'il y avait une indication médicale à le faire.

Au moins 80% des mères qui allaitent déclarent :

- Que leur enfant n'a reçu ni biberon ni sucette de la part du personnel ou que, s'il a reçu un biberon ou une sucette, il s'agit d'une indication médicale expliquée par les soignants ou parce qu'elles l'avaient décidé après avoir été bien informées ;
- Qu'un soignant a discuté avec elles des conséquences éventuelles de l'utilisation d'un biberon et d'une sucette.

Au moins 80% des soignants de néonatalogie :

- Connaissent les méthodes d'alimentation autres que le biberon et savent décrire dans le détail celles qui sont utilisées dans le service ;
- 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, contact peau à peau, portage...) est toujours privilégiée.

- Savent décrire les conséquences liées à l'utilisation des sucettes pour les bébés allaités.

Au moins 80% des mères qui allaitent et dont le bébé est hospitalisé, déclarent que :

- S'il a reçu un biberon, c'était avec leur accord pour une raison particulière notifiée, ou à leur demande après information ;
- 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 leur absence), ou à leur demande après information ;
- 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	Non	En cours	Oui	Document preuve
9.1 	<p>« <i>Même si les lignes directives de l'OMS ne recommandent pas d'éviter absolument les biberons, tétines et sucettes dans le cas de nouveau-nés à terme, plusieurs raisons font qu'il est préférable d'être prudent quant à leur utilisation, notamment pour des raisons d'hygiène, de développement de la bouche ou de reconnaissance des signaux de faim.</i> »</p> <p>Les bébés nourris au sein ne reçoivent pas de biberon de la part des soignants (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 des soignants (ou alors c'est à la demande de la mère, après son information).</p> <p>Le soignant 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 soignant montre aux mères d'autres méthodes.</p>				
9.2	<p>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.</p>				
9.3 	<p>Si un complément est donné, le soignant utilise (et propose d'expliquer et de montrer à la mère) les méthodes d'alimentation autres qu'au biberon utilisables pour son bébé.</p> <p>Les bébés que leur mère souhaite allaiter, reçoivent un biberon uniquement si leur mère le demande expressément après avoir été bien informée.</p> <p>Le soignant connaît les bénéfices de l'utilisation des sucettes pour les bébés allaités prématurés et/ou malades (Pour apaiser le bébé et/ou stimuler son oralité en l'absence de sa mère, l'aider lors d'un soin douloureux).</p> <p>Il informe également les mères qui allaitent des autres moyens pour apaiser leur bébé : donner le sein, faire du contact peau à peau et/ou le porter.</p> <p>Il connaît les conséquences de l'utilisation des sucettes pour les bébés allaités prématurés et/ou malades.</p> <p>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>				

RECOMMANDATION 10

Travailler en lien avec la PMI, le secteur libéral et les associations de soutien à l'allaitement et à la parentalité, pour un soutien continu des mères. Échanger avec les mères et les informer avant la sortie de l'établissement.

10. Critères IHAB

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

- Les mères reçoivent des informations par oral et par écrit, 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 afin que les mères soient soutenues en continu.
- Le 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**,






- Un rendez-vous est programmé dans les 8 jours suivant la sortie, en néonatalogie ou à défaut avec un consultant extérieur compétent pour le suivi.
- 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.
- La sortie est planifiée en fonction de l'état médical de l'enfant et de l'autonomie de sa mère dans les soins et l'alimentation, et en coordination avec les professionnels de ville.

Au moins 80% des mères sortant de maternité déclarent qu'un soignant 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% des mères qui allaitent déclarent qu'un soignant les a encouragées à contacter un groupe de soutien à l'allaitement dans les 10 jours suivant la naissance, et/ou qu'un soignant 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).

Au moins 80% des mères dont le bébé est sorti de néonatalogie (ou dont la sortie est proche), déclarent :

- Qu'un soignant 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).
- Qu'un soignant 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	Non	En cours	Oui	Document preuve
10.1 	<p>Le service 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 service a établi une coordination entre ces différents suivis pour offrir un soutien adéquat à toutes les mères.</p>				
10.2 	<p>Le service travaille en réseau avec les partenaires de la périnatalité (services de PMI, professionnels libéraux, groupes de soutien de mères à mères, associations de soutien à la parentalité, réseau de périnatalité).</p> <p>Le service encourage la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel 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. Elles sont informées des coordonnées des groupes de soutien de leur secteur.</p> <p>En cas de difficulté d'allaitement (à la sortie ou après la sortie), le soignant <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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - services de PMI, sages-femmes libérales, - associations de soutien à l'allaitement maternel et autres soutiens adaptés. 				
10.5 	<p>En dehors des critères médicaux, la date de sortie du bébé hospitalisé est fonction de l'autonomie de la mère dans les soins et l'alimentation.</p> <p>La sortie est planifiée en coordination avec les professionnels de ville.</p> <p>Le soignant indique aux parents d'enfants prématurés ou malades des soutiens adaptés à leur situation (soutien à l'allaitement, écoute psychologique, pathologies particulières...).</p> <p>Pour les enfants sortant de néonatalogie, un rendez-vous est programmé dans les 8 jours suivant la sortie, en néonatalogie ou à défaut avec un consultant extérieur compétent pour le suivi.</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 :

- De bénéficier de conseils et de l'accompagnement des coordinatrices IHAB et d'un soutien téléphonique/visio par un référent IHAB tout au long de la démarche de labellisation (3 entretiens visio par an au rythme qui vous convient et réponses par mail selon les besoins, relecture des documents requis pour le label) ;
- D'utiliser les outils qualité élaborés par IHAB France ;
- D'être informés en priorité et bénéficier de tarifs préférentiels pour les formations proposées par IHAB France ;
- D'accéder à l'espace Adhérents du site d'IHAB France (réservé aux équipes labellisées et en démarche) permettant échanges d'expériences, outils et documents ;
- D'être informés des actualités.

Déclaration de Mise en route vers le label (DMR) disponible sur [Déclaration de Mise en Route vers le label IHAB](#)

Vous pouvez l'adresser complétée à 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

Dorothee LOHSE 07 67 29 45 41 dorothee.lohse@i-hab.fr

Louise LEBLANC 06 15 47 45 99 louise.leblanc@i-hab.fr

Directrice générale d'IHAB France

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

Directrice administrative et comptable

Marie-Anne DELMAS 06 95 08 44 14 marie-anne.delmas@i-hab.fr

Plus d'infos sur : <http://i-hab.fr>