

Contenu de la politique IHAB (« Liste de vérification »)

La “politique IHAB” est le document rédigé collectivement par, et pour, 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.

Elle comprend environ 10 à 15 pages et renvoie à des procédures et protocoles consultables à tout moment par l’équipe. La formulation est à élaborer par chaque équipe.

En accord avec les 3 principes, la politique doit couvrir les 10 recommandations de l’IHAB et tous les critères de chaque recommandation. Certaines recommandations renvoient à des protocoles et peuvent alors aborder juste les critères principaux. **La recommandation 1.A concernant le respect du Code OMS doit être bien détaillée car les professionnels ne la liront pas ailleurs.**

L’état d’esprit IHAB doit transparaitre à la lecture de la politique : les pratiques sont centrées sur les besoins de l’enfant et de sa mère, et non pas sur les soignants et l’organisation du service.

Une équipe **IHAB** assure aux parents un accompagnement qui leur permet de prendre totalement leur place dès la naissance. **Elle encourage, soutient et protège l’allaitement maternel.**

Le travail en équipe, entre équipes et en réseau est décrit dans les recommandations correspondantes.

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.

Dans une démarche de Pôle, certaines parties de la politique et de la charte peuvent être communes aux services de maternité et de néonatalogie.

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 Respect du Code OMS

- La politique décrit les modalités d’application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (Code OMS) et l’engagement à protéger les futurs parents, parents et le personnel de toute promotion des substituts du lait maternel, biberons, tétines et sucettes et autre article publicitaire qui promeut leur utilisation :
 - 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) ;
 - Pas de contact entre le personnel des firmes productrices ou distributrices de produits visés par le Code et les femmes enceintes ou les mères ;
 - Pas d’affichage ou d’utilisation d’autre matériel promotionnel pour ces produits ;
 - Pas de distribution aux futurs parents, aux parents et aux familles de documents, d’échantillons, de cadeaux, de bons pour ces articles ;

- Pas de cadeaux reçus par le personnel de la part des firmes productrices ou distributrices de SLM sous aucune forme (nourriture, échantillons, document non scientifique, matériel ou équipement, financements) ;
- Boîtes de PCN, biberons, télines et nouettes entreposées de manière non visible (sauf lors de l'utilisation et de la distribution de ces produits) ;
- Lieu adéquat à disposition et équipement nécessaire pour montrer la préparation des biberons aux mères qui n'allaitent pas, en postnatal.
- Si le service (et/ou l'établissement et/ou le groupe) reçoit des financements de la part de firmes de substituts du lait maternel (FSLM) :
 - Les exigences du Code OMS et des Résolutions de l'AMS (Assemblée Mondiale de la Santé) sont respectées (objet des financements, transparence, absence de conflits d'intérêt) (cf document « Gérer les financements dans le cadre d'un projet de service IHAB ») ;
 - 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 ;
 - Les soignants du Pôle en connaissent l'existence et leur utilisation ;
 - Le COPIL IHAB ainsi que les responsables du service (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 des FSLM.
- Les soignants savent pourquoi la politique interdit toute promotion pour les SLM : les principales raisons étant de promouvoir l'allaitement maternel, d'informer les familles tout en les protégeant des pressions commerciales et d'éviter aux professionnels des conflits d'intérêt.

1.B Politique et charte

- Politique communiquée à toute l'équipe (facilement accessible) et à chaque nouveau professionnel ;
- La politique demande à tous les membres des équipes de respecter tous les critères ;
- Les protocoles font référence aux données probantes de la recherche (EBM) ;
- L'accueil des fratries et des familles est décrit.
- La charte, destinée aux familles, décrit l'engagement de l'équipe en précisant les points clés des 10 recommandations et les 3 principes IHAB. Elle mentionne aussi l'importance du lait maternel et les recommandations de l'OMS concernant l'allaitement maternel. Elle est affichée dans tous les lieux appropriés, traduite selon les besoins et affichée dans au moins une autre langue que le français.

1.C Recueil de données

- Mise en place d'un système de recueil qui permet de suivre en continu l'évolution des données : tableau de suivi d'alimentation des nouveau-nés en maternité et néonatalogie ;
- Analyse des 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 et plan d'action avec 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.

- La Formation de base et vérification des compétences des soignants (cf. Plan de développement des compétences IHAB) porte sur :
 - 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 ;
 - 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 recommandations 1 à 10 de l'IHAB ;
 - 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.
- La formation de base des soignants réguliers est interdisciplinaire et dure environ 20h.
 - La formation concernant le respect des besoins de la mère et du nouveau-né pendant le travail et l'accouchement (recommandation 3.B) est organisée en dehors de ce programme de 20 h.
 - La formation de base des soignants occasionnels est plus succincte et adaptée à leur fonction.
 - Le nouveau personnel est informé de la politique (lecture et information explicite) et formé dans les 6 mois.
 - En primo-évaluation : la pratique clinique est mise en place pour les soignants réguliers (et tient lieu de vérification des compétences)
 - Entre chaque réévaluation :
 - La vérification des compétences est mise en place de façon continue. L'équipe utilise ses propres outils de vérification des compétences et/ou ceux mis à disposition par IHAB France ;
 - Les modules de formation ou la formation de base sont mis en place en adéquation avec la vérification des compétences.

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.

3.A Information anténatale sur l'importance de l'allaitement et de sa pratique

- Toutes les femmes enceintes, même celles qui ne sont pas suivies dans l'établissement, sont informées par oral et par écrit 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 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 (allaitement, parentalité).
 - Les femmes à risque d'allaitement difficile ou ayant rencontré des difficultés lors d'un allaitement précédent sont repérées (avec traçabilité dans le dossier) et un soutien particulier est proposé.
 - Le service transmet au réseau de proximité les documents actualisés d'information à destination des femmes enceintes
 - Les femmes enceintes hospitalisées à risque d'accouchement prématuré ou de naissance d'un enfant malade et les mères dont l'enfant est hospitalisé en néonatalogie sont informées (en prénatal ou post-natal précoce (au minimum à l'oral) de :
 - 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.
- L'entretien est tracé dans leur dossier.

3.B Information anténatale sur les pratiques pendant le travail et l'accouchement qui favorisent une expérience positive de la naissance et un bon démarrage de l'allaitement

- La politique recommande des pratiques et/ou des procédures respectueuses des besoins de la mère et du bébé pendant le travail et l'accouchement, dans le respect de la sécurité médicale et visant une expérience positive de la naissance. Ce qui inclut :
 - o 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 ;
 - o De respecter la dignité, l'intimité et la confidentialité des femmes pendant le travail et l'accouchement ;
 - o De permettre aux femmes de boire et manger léger pendant le travail, si elles le désirent ;
 - o De proposer aux femmes les options non-médicamenteuses pour soulager les douleurs, en respectant leurs préférences personnelles ;
 - o D'encourager les femmes à marcher, à bouger et à adopter les positions qui leur conviennent ;
 - o D'informer les femmes afin qu'elles soient en mesure de prendre des décisions éclairées ;
 - o De les accompagner de manière adaptée en cas d'accouchement difficile.
- L'équipe médicale pèse les indications des procédures invasives (accélération ou induction du travail, rupture des membranes, épisiotomie, extraction instrumentale ou césarienne) spécifiquement exigées par une complication, et explique la raison de leur utilisation à la mère.
- Les soignants connaissent les pratiques (pendant le travail et l'accouchement) susceptibles d'apporter une expérience positive de la naissance, de favoriser le lien mère-enfant et un bon démarrage de l'allaitement.
- Les soignants médicaux connaissent les pratiques obstétricales qui devraient être évitées chaque fois que possible pour respecter la physiologie et y ont réfléchi en équipe.
- Les soignants savent comment vérifier la compatibilité d'un médicament avec l'allaitement maternel.

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.

- Pour toutes les mères et les nouveau-nés nés à 37 SA ou plus (en référence au protocole accueil du nouveau-né à la naissance) :
 - o Voie basse ou césarienne SANS anesthésie générale : contact peau-à-peau immédiatement à la naissance, de façon ininterrompue et pour une durée d'au moins une heure, à moins d'une raison médicale (EBM) ou d'un choix éclairé de la part de la mère justifiant de différer ou d'interrompre ce contact ;
 - o Après anesthésie générale : contact peau à peau avec la mère dès qu'elle est suffisamment réveillée, pendant au moins 1 heure.
- Quel que soit le mode d'accouchement :
 - o Peau à peau avec la mère toujours privilégié. S'il n'est pas réalisable avec la mère, il est proposé au père/partenaire et repris avec la mère dès que possible.
 - o Inviter les mères (et les pères/partenaires) à observer les signes qui indiquent que leur bébé est prêt à téter et proposer de l'aide si besoin.
- Pour les nouveau-nés nés avant 37 SA ou présentant une pathologie : Contact peau à peau précoce, continu et prolongé avec la mère à moins d'une raison médicale (EBM) ou d'un choix éclairé de la part de la mère justifiant de différer ou d'interrompre ce contact (en référence au protocole d'accueil du nouveau-né à la naissance).
- Pour les nouveau-nés transférés en néonatalogie à la naissance : contact peau-à-peau avec la mère au moment de la naissance, avant le transfert, à moins d'une raison médicale (EBM) ou d'un choix éclairé de sa part.

- Pour toutes les mères dont les bébés nécessitent des soins médicaux à la naissance (qu'il ait été hospitalisé ou non ensuite) :
 - o Mères (et pères/partenaires) traitées avec douceur et respect ;
 - o Mères (et pères/partenaires) informées des raisons justifiées qui empêchent le contact peau à peau.

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.

- Pour toutes les mères :
 - o Evaluation des besoins de chaque nouveau-né et aide offerte rapidement (pour la 2^e alimentation ou au plus tard dans les six heures suivant la naissance)
- Pour les mères qui allaitent :
 - o Expliquer et montrer une installation et une position adéquates ;
 - o Expliquer et montrer une prise du sein adéquate ;
 - o Expliquer et montrer les signes d'une succion et d'un allaitement efficaces ;
 - o Expliquer et montrer l'expression manuelle ;
 - o Si besoin, expliquer et montrer l'expression du lait avec un tire-lait ;
 - o Si besoin, expliquer comment mettre en route une lactation au tire-lait et obtenir un volume de lait optimal si le bébé n'est pas efficace ou si la mère et le bébé sont séparés l'un de l'autre (ou en cas de tire-allaitement) ;
 - o Conseiller toutes les mères sur la conduite à tenir si le bébé ne tète pas souvent et/ou efficacement (priviliégiant contact peau à peau, expression du lait maternel et position et prise du sein adaptées)
 - o Attention et soutien particuliers apportés aux mères qui allaitent pour la première fois ou qui ont précédemment rencontré des problèmes d'allaitement (avec traçabilité dans le dossier).
- Pour les mères qui n'allaitent pas :
 - o Expliquer et montrer l'installation pour donner le biberon ;
 - o Expliquer et montrer la prise adéquate du biberon ;
 - o Montrer comment préparer un biberon (individuellement ou collectivement, en dehors de la présence des mères allaitantes) puis proposer à chaque mère d'en préparer un elle-même ;
 - o Expliquer les règles de sécurité et d'hygiène de préparation et de conservation des biberons
- Pour les mères d'enfants prématurés et/ou malades qui donnent leur lait à leur bébé (concerne les équipes de maternité et de néonatalogie) :
 - o Aide apportée pour exprimer le lait dans l'heure ou les deux heures qui suivent la naissance ou à leur arrivée en maternité (et en néonatalogie) ;
 - o Expliquer et montrer l'expression du lait à la main et au tire-lait ;
 - o Prêter et prescrire un tire-lait efficace et confortable (avec double pompage)
 - o Expliquer l'importance d'exprimer leur lait au moins 8 fois par 24 heures au début (au moins une fois la nuit) pour favoriser une lactation adéquate (fréquence adaptée ultérieurement au cas par cas)
 - o Expliquer comment conserver le lait recueilli

**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.**

- Compléments pour les bébés allaités (en référence aux protocoles correspondants) :
 - o Repérage et prise en charge des situations à risque de compléments (privilégier le contact peau à peau et lait maternel exprimé) ;
 - o Compléments donnés sur indication médicale justifiée et notifiée et/ou après discussion avec la mère pour une décision éclairée (description brève de l'attitude du soignant et de l'accompagnement proposé)
 - o Le motif (sur indication médicale justifiée à détailler ou sur décision éclairée de la mère), la nature, la quantité et le mode d'administration du complément sont notés dans le dossier.
- 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. Les mères en sont informées.

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.

La politique décrit l'organisation du service pour favoriser au maximum la proximité de la mère et du bébé (et du père/partenaire), dans de bonnes conditions d'accueil et de confort, de jour comme de nuit. Elle décrit aussi ce qui est mis en place pour l'accueil des parents en situation de handicap (mental, sensoriel ou physique), et des parents ayant des spécificités culturelles particulières.

- Pour toutes les mères et les nouveau-nés :
 - o Tous les bébés restent dans la chambre avec leur mère (ou le père/partenaire) ;
 - o Séparation seulement pour des raisons justifiées et discutées avec la mère. La raison et la durée sont notées dans le dossier ;
 - o Pour des soins tels que la photothérapie, tout est mis en œuvre pour éviter la séparation ;
 - o Informer les parents de l'intérêt du contact peau-à-peau et les encourager à le pratiquer pendant le séjour en maternité ;
 - o Encourager les mères à s'occuper elles-mêmes de leur bébé dès qu'elles s'en sentent capables ;
 - o Soins douloureux effectués avec la participation des parents (si possible pendant une tétée (ou un biberon si non allaité) et/ou pendant un contact peau-à-peau) ;
 - o Examen pédiatrique du bébé organisé pour que le père ou partenaire puisse aussi être présent ;
 - o Les niveaux sonores et lumineux sont contrôlés et adaptés aux enfants et à leurs parents ;
 - o La disposition des lieux cherche à préserver l'intimité des familles.
- Pour tous les nouveau-nés hospitalisés en néonatalogie :
 - o Premier contact avec leur enfant dès leur sortie de salle de naissance ou de SSPI ;
 - o Inciter les mères à être hospitalisées avec leur bébé et/ou à rester avec leur bébé 24h/24 (avec possibilité de se reposer sur un lit ou un fauteuil inclinable si l'aménagement n'est pas possible) ;
 - o Expliquer l'intérêt du peau-à-peau et aider les mères à installer leur bébé en contact peau-à-peau ;
 - o Encourager les mères à porter leur bébé en contact peau-à-peau aussi souvent et aussi longtemps qu'elles le souhaitent ;
 - o Inciter les parents à participer aux soins de leur enfant dès les premières 24h, ou dès qu'elles s'en sentent capables ;
 - o Informer les parents à toutes les étapes, de l'état de santé de leur enfant et du plan de soins en cours ;
 - o Faire participer les parents aux décisions concernant leur enfant ;
 - o Unité néonatale ouvertes jour et nuit, 7 jours sur 7, sans restriction pour les parents même pendant les visites médicales et les soins des autres enfants ;

- Sanitaires et lieu pour boire et manger à proximité de l'unité néonatale où est hospitalisé leur enfant.

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.

- Pour toutes les mères :
 - Informer sur les rythmes d'éveil et de sommeil du bébé et l'importance de les respecter ;
 - Expliquer comment reconnaître quand le bébé est prêt à téter.
- Pour les mères qui allaitent :
 - Conseiller d'allaiter leur enfant aussi souvent et aussi longtemps qu'il tète ;
- Pour les mères qui n'allaitent pas :
 - Conseiller de ne pas forcer leur bébé à finir le biberon ;
 - Expliquer comment combler ses besoins autrement.
- Le personnel soignant de néonatalogie sait :
 - Respecter le sommeil des bébés prématurés et/ou malades et observer les signes discrets de recherche (du sein) ;
 - A quel moment les tétées au sein peuvent débuter (fonction des compétences du bébé prématuré, et non son âge gestationnel ou son poids) ;
 - Observer les items permettant d'évaluer la progression de l'enfant prématuré au sein
 - Décrire les stratégies à mettre en place pour favoriser la progression vers l'alimentation autonome de qualité de tous les bébés et de leurs parents (au sein ou au biberon).

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.

- Pour les mères qui allaitent :
 - Leur bébé ne reçoit pas de biberon ni de sucettes, sauf décision maternelle après information sur les conséquences éventuelles de leur utilisation ou sur indication médicale ;
 - Discussion avec elles sur les conséquences éventuelles de l'utilisation d'un biberon ou d'une sucette.
- Pour les bébés hospitalisés en néonatalogie :
 - Méthodes d'alimentation autres que le biberon, utilisées dans le service ; Les soignants savent les décrire dans le détail.
 - 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) ;
 - Conséquences liées à l'utilisation des sucettes pour les bébés allaités connues des soignants ;
 - Sucette et biberon donnés à un bébé allaité seulement avec accord des parents pour une raison particulièrement notifiée ou à leur demande après information ;
 - Succion au sein privilégiée parmi les autres moyens d'apaiser le bébé ;
 - Utilisation de la sucette selon les procédures définies dans le service.

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.

- Pour le retour à domicile :
 - Toutes les mères sont informées (par oral et par écrit) des lieux où elles pourront obtenir de l'aide en matière d'allaitement et d'alimentation infantile après leur sortie de l'établissement ;
 - Toutes les mères sont encouragées 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.
 - Le service encourage la constitution -ou collabore avec- des associations de soutien entre mères et d'autres organisation qui offrent aux mères de l'aide en matière d'allaitement maternel ou d'alimentation infantile afin que les mères soient soutenues en continu.
- Pour les mères dont le bébé sort de néonatalogie :
 - Planifier la sortie 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.
 - Informer 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)
 - 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.